

GE_GERICHTE A/3059/2015 vom 11. Januar 2016

GE Cour de justice, 2016-01-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3059_2015

FR: GE_GERICHTE A/3059/2015 du 11 janvier 2016

IT: GE_GERICHTE A/3059/2015 del 11 gennaio 2016

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Thônex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître HALAUCESCU Oana recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Mme A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1970, originaire de Serbie/Montenegro, mariée depuis 1988, mère de trois enfants nés en 1992, 1993 et 1995, sans formation, est entrée en Suisse en 1992; elle est titulaire d'une autorisation de séjour B. Elle a exercé une activité d'ouvrière dans une usine de textile en Serbie de 1986 à 1992. L'assurée a été inscrite à l'office cantonal de l'emploi (OCE) le 25 octobre 2002 et le 5 septembre 2005. Le 12 juin 2003, le médecin-conseil de l'OCE a estimé que l'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 1 er décembre 2002. Le département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (HUG) a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 1 er janvier au 28 février 2003, du 17 au 25 février 2005 et du 3 mars au 6 avril 2005. La doctoresse B_____, généraliste FMH, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 25 février au 9 mars 2005. Le 30 mars 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Le 7 novembre 2007, le docteur C_____, FMH psychiatrie-psychothérapie, de l'association Appartenances, a rempli un rapport médical AI, cosigné par Mme D_____, psychologue. Il a posé les diagnostics existants en tous les cas depuis 2002, d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques, agoraphobie, trouble panique, modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, difficultés dans les rapports avec le conjoint et décès d'un membre de la famille (enfant). Le traitement avait débuté le 9 mars 2006. Actuellement, l'incapacité de travail était totale. Le 15 novembre 2007, l'assurée a rempli le questionnaire servant à déterminer le statut d'assurée et indiqué qu'en bonne santé elle travaillerait à 100 % dans la vente/ménage. Le 3 janvier 2008, le docteur E_____ du SMR a requis une instruction complémentaire concernant le traitement médicamenteux administré. Le 22 janvier 2008, ASSURA a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) une copie des frais de pharmacie de l'assurée pour 2004 et 2005. Le 23 janvier 2008, la MUTUEL ASSURANCES a transmis à l'OAI les copies de factures de pharmacie de l'assurée depuis 2005. Le 5 mars 2008, le Dr C_____ a indiqué à l'OAI que le traitement prescrit était du Paroxetine 20 mg 1 comprimé par jour et de l'Alprazolam 0,25 mg en réserve. Les crises de panique survenaient une à deux fois par semaine. Le 31 mars 2008, la Dr E_____ a préconisé un examen psychiatrique au SMR. Le 18 avril 2008, l'assurée a été examinée au SMR par le docteur F_____, lequel a rendu un rapport le 21 avril 2008. L'assurée se plaignait de fatigue,

d'anxiété, de sommeil perturbé, de rumination, de trouble de la concentration et de l'attention. Le diagnostic retenu est celui de dysthymie (F 34.1), sans répercussion sur la capacité de travail.![endif]>![if> L'examen clinique SMR mettait en évidence une dépression chronique de l'humeur qui, d'après l'assurée, remontait à 1998, dont la sévérité était insuffisante pour justifier, actuellement, un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger; cette dépression chronique de l'humeur était particulière de part sa fluctuation avec à raison de 30 % du temps des moments où elle se sentait mieux, supportait ses enfants, faisait des efforts pour recevoir ses amis, sortait et à 70 % du temps des moments où elle s'isolait, ne supportait plus les bruits et était en proie à des tremblements. On retrouvait des traits de personnalité anankastique avec perfectionnisme qui entravaient l'achèvement des tâches, nécessité de contrôle, rigidité, inhibition intellectuelle et affective. Ces traits de la personnalité n'en constituaient pas pour autant un trouble de personnalité anankastique. En dehors de ce tableau de dysthymie et des traits de personnalité anankastique, l'examen clinique psychiatrique n'avait pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée invalidante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. L'assurée n'avait jamais travaillé en Suisse et donc n'avait pas été mise au bénéfice d'une incapacité de travail. Sa capacité de travail était totale dans toute activité. 15. Le 29 avril 2008, le Dr E_____ a confirmé une capacité de travail totale.![endif]>![if> 16. Par projet de décision du 5 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations vu l'absence d'atteinte à la santé invalidante.![endif]>![if> 17. Par décision du 20 juin 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations.![endif]>![if> 18. Le 24 juillet 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en raison d'une "dépression aiguë suivie par l'angoisse et amaigrissement aigu".![endif]>![if> 19. Le 3 mai 2011, l'OAI a écrit à l'assurée qu'il lui incombait de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la dernière évaluation.![endif]>![if> 20. Le 14 juin 2011, la doctoresse G_____, FMH psychiatrie, psychothérapie, a écrit à l'OAI qu'elle suivait l'assurée depuis février 2010 en raison d'un état dépressif grave, d'une agoraphobie importante et d'une anxiété généralisée, avec trouble du sommeil et cauchemars, que l'assurée avait perdu plus de 10 kilos, que le traitement médicamenteux (antidépresseur) n'améliorait pas la situation et que l'incapacité de travail était totale.![endif]>![if> 21. Le 14 juin 2011, la doctoresse H_____, médecin généraliste, a attesté qu'elle suivait l'assurée depuis le 4 novembre 2008 pour des rachialgies sur troubles statiques de la colonne lombaire et état anxio-dépressif aigu et que l'état de santé s'aggravait. ![endif]>![if> 22. Le 23 juin 2011, la doctoresse I_____ du SMR a estimé que l'aggravation de l'état de santé était plausible. ![endif]>![if> 23. Le 13 juillet 2011, la doctoresse G_____ a rempli un rapport médical AI. Elle a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique chronique depuis 1999, anxiété généralisée depuis 1999, crises de panique avec agoraphobie depuis 2001 au plus tard, épisode dépressif majeur sévère sans symptômes psychotiques depuis 2009 au plus tard et résistant aux médicaments (été).![endif]>![if> Pendant la guerre au Kosovo, l'assurée avait subi des stress dont elle ne s'était pas remise (peur pour sa famille). Elle avait tenté de travailler en EMS en 2005, sans succès en raison du stress du travail. L'agoraphobie était extrême et les troubles du sommeil majeurs. Elle présentait un dégoût de la nourriture et avait perdu 10 kilos depuis l'été 2009. Le traitement médicamenteux avait été modifié sans succès. Le traitement actuel était le suivant : Valdoxan 50mg/jour, Seroquel 62,5mg/jour, Xanax-retard 2mg/jour et Xanax 0,25 jusqu'à 3x/jour. Sous la rubrique énumérations des restrictions physiques, mentales ou

psychiques existantes, la Dresse G_____ a mentionné "patiente qui n'arrive plus à sortir de chez elle, qui est tout le temps angoissée et fait de surcroît des crises de panique, n'arrive plus à manger, n'a plus d'énergie et une concentration nulle. Se sent tout le temps extrêmement fatiguée. Intolérance au stress totale, incapacité à se concentrer sur quoi que ce soit, fatigue intense et insurmontable, angoisse permanente". 24. A la demande de l'OAI, le docteur J_____, FMH psychiatrie-psychothérapie, a rendu le 2 décembre 2011 un rapport d'expertise fondé notamment sur un entretien le 8 novembre 2011 avec l'assurée et un dosage plasmatique des médicaments. !endif]>![if> L'assurée se plaignait d'angoisses depuis la guerre au Kosovo. Elle avait vécu cette guerre avec beaucoup d'intensité et d'anxiété concernant ses proches dont elle n'avait plus de nouvelles. Elle n'avait donc pas vécu directement la guerre ni n'avait été menacée de mort. Dans ce sens-là, on ne pouvait pas retenir les diagnostics d'état de stress post-traumatique ni de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. L'expert a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble panique (anxiété généralisée paroxystique) (F41.0) et sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1). Il s'interrogeait sur la compliance médicamenteuse car selon le dosage le seul médicament que l'assurée prenait vraiment était le Xanax. Les crises de panique représentaient au maximum un 20 % d'incapacité de travail et devaient se réduire avec la prise de psychotropes à la dose prescrite. 25. Le 13 janvier 2012, le docteur K_____ du SMR a estimé que l'assurée était capable de travailler à 80 % avec comme limitations fonctionnelles une difficulté à gérer le stress et une fragilité psychologique, l'incapacité de travail de 20 % était survenue en janvier 2010.![endif]>![if> 26. Par projet de décision du 24 janvier 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que la capacité de travail était de 80 % et que l'incapacité de 20 % pouvait être réduite avec la prise des médicaments prescrits.![endif]>![if> 27. Le 5 mars 2012, l'assurée, représentée par une avocate, a transmis à l'OAI des observations. Elle a sollicité une nouvelle expertise et relevé que l'OAI n'avait pas tenu compte des avis des médecins-traitants lesquels la suivaient depuis des années. Le contenu de l'expertise était pauvre, lacunaire, dirigé et manquait d'objectivité. L'expert ne l'avait reçue qu'une fois et n'avait pas contacté la Dresse G_____. Elle était victime d'effets secondaires des médicaments, telle que l'hypotension. Il était invraisemblable de lui reprocher de ne pas prendre des médicaments qu'elle ne supportait pas. !endif]>![if> 28. Par décision du 6 mars 2012, l'OAI a confirmé son projet du 24 janvier 2012.![endif]>![if> 29. Le 2 août 2012, la doctoresse L_____ du SMR a estimé que les observations de l'assurée n'apportaient aucun nouvel élément médical. !endif]>![if> 30. Par décision du 20 août 2012, annulant et remplaçant celle du 6 mars 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations.![endif]>![if> 31. Le 28 septembre 2012, 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 précitée en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 % et, préalablement, à la comparution des parties, l'audition de son époux et des Drs J_____ et G_____ ainsi qu'à l'ordonnance d'une expertise auprès d'un médecin externe à l'OAI. !endif]>![if> Son droit d'être entendue avait été violé car l'OAI n'avait pas répondu à ses observations et l'expertise du Dr J_____ n'était pas probante. 32. Le 10 décembre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que la décision litigieuse était motivée puisqu'elle se fondait sur l'expertise du Dr J_____ laquelle était probante et sur le défaut d'élément médical nouveau apporté par l'assurée; en outre les avis divergents des médecins-traitants n'étaient pas de nature à remettre en question les conclusions de l'expert.![endif]>![if> 33. Le 21 janvier 2013, l'assurée a répliqué en

relevant que l'OAI n'avait pas tenu compte de ses remarques, en particulier concernant la médication et les problèmes consécutifs à celle-ci, soit un problème médical réel.![endif]>![if> 34. Le 21 février 2013, l'OAI a dupliqué en exposant que les déclarations de l'assurée concernant sa médication n'avaient pas été confirmées par l'examen de l'expert, que l'assurée ne respectait pas la médication prescrite par ses médecins-traitants et qu'enfin l'expert n'avait pas l'obligation de prendre contact avec le médecin-traitant.![endif]>![if> 35. A la demande de la Cour de céans, les parties se sont prononcées sur le statut de l'assurée.![endif]>![if> L'intimé a observé que la détermination du statut de l'assurée nécessitait une enquête ménagère. Cependant, au vu de la capacité de travail à 80 % médicalement attestée, une telle enquête n'était pas nécessaire. Cela dit, les éléments du dossier faisaient ressortir les indices suivants : - L'assurée est arrivée en Suisse en 1992.![endif]>![if> - Au regard du parcours professionnel tel qu'il ressort de l'extrait de compte individuel, l'assurée n'a travaillé que deux mois en 2005.![endif]>![if> - L'assurée a été inscrite à l'Office cantonal de l'emploi (OCE) le 25 octobre 2002 et la dernière inscription date du 5 septembre 2005. Il ressort de l'avis médical du médecin conseil de l'OCE du 12 juin 2003 que l'assurée était en incapacité temporaire.![endif]>![if> - L'assurée se déclare "femme au foyer" dans sa demande de prestations de 2011.![endif]>![if> - L'assurée n'a jamais effectué aucune démarche pour exercer une activité professionnelle, aucun document au dossier n'atteste de la moindre recherche pour s'insérer dans le marché de l'emploi même suite à la décision de refus de prestations de 2008.![endif]>![if> - Bien que l'assurée s'estime malade, suite au refus de prestations de 2008, fondé sur une expertise médicale et démontrant une capacité de travail entière, aucune recherche d'emploi n'a été faite.![endif]>![if> - Il ressort de la dernière expertise, mise en place soit le 2 décembre 2011, que l'assurée doit se voir reconnaître une capacité de travail de 80 % dans toute activité.![endif]>![if> 36. Le 17 juin 2013, la Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré :![endif]>![if> "J'envisageais de travailler à partir de l'année 2000, d'abord à temps partiel puis à 100 %, mais je ne l'ai pas fait car je suis tombée malade. J'avais déjà des crises d'angoisse et de panique et je suis tombée en dépression. Les enfants étaient grands à ce moment-là et j'avais envie de m'occuper, de sortir de chez moi et aussi d'obtenir un revenu. Les crises ont débuté en 1998, j'avais des vertiges, des nausées et des tremblements. J'ai été suivie au CTB à la rue de Lausanne et par la Dresse M_____ à Plainpalais. Ma fille aînée est mariée et les deux autres enfants vivent encore avec moi. Ma fille a un garçon de 13 mois et je n'arrive pas à m'en occuper du tout. J'ai travaillé deux mois en EMS en 2005 mais je n'ai pas pu continuer ce travail en raison de ma santé. Je suis toujours suivie par les Dresses G_____ et N_____. Je prends actuellement un médicament, je crois que c'est un somnifère, prescrit par la Dresse G_____, et je le supporte bien. Je me sens totalement incapable de travailler principalement en raison de l'agoraphobie qui m'oblige à sortir en étant toujours accompagnée. La plupart du temps je ne sors pas du tout. Je passe mes journées à la maison. Mon mari et ma fille s'occupent des courses. Je ne m'occupe d'aucune tâche ménagère. En particulier, je ne fais pas à manger et je ne nettoie pas l'appartement. Je prends six médicaments par jour, soit du Xanax Retard, un médicament pour la tension, un antidépresseur et un somnifère. Ces médicaments n'ont pas amélioré les symptômes liés à l'agoraphobie. Lors de l'expertise auprès du Dr J_____, l'entretien a duré entre 1h00-1h30. J'ai trouvé ce médecin un peu agressif dans la manière de poser ses questions". 37. Par ordonnance du 19 août 2013, la Cour de céans a confié une expertise au Dr O_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, après avoir constaté que le rapport du

Dr J _____ était mis en doute par celui de la Dresse G _____. Elle a par ailleurs considéré que l'assurée avait un statut d'active à 100 % ! [endif] > [if > 38. Le 5 novembre 2013, le Dr O _____ a rendu son rapport d'expertise fondé, notamment, sur deux entretiens avec l'assurée les 3 et 17 octobre 2013. ! [endif] > [if > L'assurée se plaignait d'angoisses depuis 1999-2000, avec aggravation en 2011, par la survenance de malaises, de ruminations persistantes sur les scènes violentes de la guerre d'ex-Yougoslavie, avec cauchemars et insomnies, de tension nerveuse, d'épisodes aigus de panique, de peur de sortir, de fatigue et de culpabilité. Les taux plasmatiques de Cymbalta étaient, selon la Dresse G _____, de 273 nmol/l le 17 mars 2012, de 198 nmol/l le 22 août 2012 et de 916 nmol/l le 22 octobre 2013. Ce dernier taux étant très élevé, il pouvait correspondre à un surdosage de l'assurée dans la perspective de l'expertise. Au moment de l'expertise il n'y avait pas de défaut d'observance du traitement médicamenteux. Il a posé les diagnostics de pathologie anxieuse durable et sévère, résistant aux traitements pratiqués, incluant les diagnostics suivants : agoraphobie avec trouble panique (F40.11) et anxiété généralisée (F41.1) ; trouble de l'humeur lui aussi durable, sous la forme actuellement d'un épisode dépressif moyen à sévère (F32.11). Le tableau anxieux était présent depuis 2002 et était documenté depuis novembre 2007 (Dr C _____) ; son appréciation se rapprochait de celles des médecins-traitants, à savoir celle d'une gravité certaine et d'une résistance aux traitements mis en place, bien que certains éléments du tableau soient atypiques et puissent susciter des interrogations. Sur la base de l'observation actuelle, la composante dépressive ne faisait pas de doute. Le plus probable était que l'humeur avait pratiquement toujours été dépressive au sens d'un épisode dépressif depuis que l'affection actuelle était documentée, soit novembre 2007, avec des fluctuations d'intensité, d'ailleurs reconnues par l'expertisée. L'état clinique actuel était incompatible avec l'exercice de toute activité professionnelle. L'état clinique était resté sévère depuis au moins l'observation du Dr C _____ de novembre 2007. 39. Le 2 décembre 2013, le Dr K _____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel le Dr O _____ posait les mêmes diagnostics que le Dr J _____, avec une intensité différente par rapport à sa gravité et sa répercussion sur la capacité de travail ; le Dr O _____ se basait sur des données subjectives pour évaluer la gravité de l'agoraphobie ; il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état de fait ; le doute concernant la compliance médicamenteuse persistait. ! [endif] > [if > 40. Le 9 décembre 2013, l'OAI a maintenu ses conclusions. La recourante n'a pas formulé d'observations. ! [endif] > [if > 41. A la demande de la Cour de céans, le Dr O _____ a précisé le 18 décembre 2013 que le tableau de l'agoraphobie qu'il avait observé était superposable avec celui décrit par le Dr C _____ en novembre 2007, par la Dresse G _____ en juillet 2011 et par le Dr J _____ en décembre 2011 ; quant au Dr F _____, il n'avait pas formellement retenu le diagnostic d'agoraphobie mais indiqué que l'assurée avait l'angoisse de sortir et de se trouver au milieu des gens, ce qui suggérait un degré relativement sévère d'agoraphobie ; le Dr F _____ n'avait pas précisé si l'assurée sortait seule, ce qui était crucial pour évaluer cette affection ; l'assurée avait cependant indiqué qu'elle ne sortait plus seule depuis 2002, ce que son mari avait confirmé ; s'agissant de l'agoraphobie, l'état clinique était fixé depuis au moins novembre 2007, date du rapport du Dr C _____. S'agissant des autres problèmes cliniques, moins importants, il n'y avait pas d'évidence qu'ils aient changé de manière significative et durable depuis 2007 ; l'état était ainsi à peu près stationnaire depuis novembre 2007, sans aggravation significative, ni après juin 2008, ni à partir de l'été 2009. ! [endif] > [if > 42. Le 8 janvier 2014, le Dr K _____ a indiqué que le SMR maintenait son avis dès lors que le Dr O _____ attestait d'un tableau observé superposable à celui décrit par le Dr C _____ en novembre 2007 et

par les Drs G_____ et J_____ en juillet et décembre 2011.![endif]>![if> 43. Le 20 janvier 2014, l'intimé a estimé qu'aucun élément médical ne permettait de revoir sa position. ![endif]>![if> 44. La recourante n'a pas formé d'observations.![endif]>![if> 45. Par arrêt du 17 mars 2014 (ATAS/309/2014), la chambre de céans a admis le recours de l'assurée et dit qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2012. Elle a considéré que l'assurée avait un statut d'active à 100% et que son état de santé s'était aggravé postérieurement à la décision de refus de rente de l'OAI du 30 juin 2008, de sorte qu'il existait un motif de révision (art. 17 LPGA).![endif]>![if> 46. Par arrêt du 14 octobre 2014, le Tribunal fédéral a annulé le jugement précité et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il complète l'instruction par l'ordonnance d'une enquête ménagère, la constitution d'un dossier médical concernant l'impact des atteintes à la santé dans la sphère ménagère et rende une nouvelle décision. Il a considéré que l'assurée avait un statut de ménagère.![endif]>![if> 47. Le 27 janvier 2015, l'OAI a rendu un rapport d'enquête économique sur le ménage concluant à un empêchement pondéré sans exigibilité de 27% et un empêchement pondéré avec exigibilité nul. L'enquête s'était déroulée le 22 janvier 2015 en présence du mari pour une durée de 35 minutes. Les diagnostics retenus étaient ceux de trouble panique et anxiété généralisée paroxystique. Il est relevé que cette liste n'est pas exhaustive et que les éléments retenus par le SMR font foi. L'enquête a retenu les chiffres suivants :![endif]>![if> Empêchement Pondération Exigibilité Conduite du ménage 20% 4% 20% Alimentation 20% 46% 20% Entretien du logement 20% 20% 20% Emplettes et courses diverses 90% 10% 90% Lessive et entretien des vêtements 20% 20% 20%

L'enquête se fonde sur les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, soit les difficultés à gérer le stress et une fatigabilité psychologique en relevant qu'elles n'expliquent pas à elles seules les limitations invoquées par l'assurée dans son ménage ; elle retient un empêchement ménager en raison de crises de panique. 48. Le 29 avril 2015, le docteur K_____, du SMR, a rendu un rapport selon lequel « les constatations de l'enquêtrice sont compatibles avec les constatations médicales. »![endif]>![if> 49. Par projet de décision du 26 mai 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations en se fondant sur l'enquête ménagère du 22 janvier 2015.![endif]>![if> 50. Par décision du 7 juillet 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations.![endif]>![if> 51. Le 9 septembre 2015, 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 de l'OAI du 7 juillet 2015, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle fait valoir que l'OAI n'a pas respecté les instructions du Tribunal fédéral qui exigeait la constitution d'un dossier médical concernant l'impact des atteintes à la santé dans la sphère ménagère, que son droit d'être entendue a été violé car elle avait été empêchée de faire des observations contre le projet de décision de l'OAI ; celui-ci ayant rendu la décision litigieuse le 7 juillet 2015 alors qu'elle-même n'avait reçu son dossier que le 2 juillet 2015, que l'expertise ménagère piquait des éléments médicaux dans l'expertise du Dr O_____ et celle du Dr J_____, alors même que ce dernier rapport avait été écarté par la chambre des assurances sociales, qu'enfin, elle sollicitait un nouvel examen médical.![endif]>![if> 52. Le 10 novembre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que l'enquête ménagère avait repris les diagnostics retenus et était probante ; par ailleurs, il n'y avait pas, selon le SMR, de divergence entre les données médicales et les conclusions de l'enquête à domicile, de sorte que celle-ci était prépondérante ; les empêchements tenaient compte de l'atteinte à la santé de l'assurée d'une manière appropriée ; le SMR avait implicitement conclu qu'une instruction médicale complémentaire n'était pas nécessaire ; enfin, le droit d'être entendu

de l'assurée n'avait pu être violé car l'avocate de l'assurée avait été avertie par téléphone de l'enquête ménagère et pouvait en demander le rapport à tout moment.![endif]>![if> 53. Le 11 décembre 2015, l'assurée a observé que l'OAI n'avait pas répondu aux arguments soulevés dans l'acte de recours.![endif]>![if> 54. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).![endif]>![if> 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.![endif]>![if> 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. 56ss LPGA.![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.![endif]>![if> 5. 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 (art. 7 LPGA). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).![endif]>![if> 6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. ![endif]>![if> 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). 7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V

193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).>[if> 8. a) Chez les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'évaluer l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) ; 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).>[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). d) 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). e) 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. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 10. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 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. 28a al. 1 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 12. En l'espèce, à la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral du 16 octobre 2014, l'intimé a fait procéder à une enquête ménagère dont le rapport a été rendu le 27 janvier 2015 ; ce rapport a fondé la décision de refus de toute prestation du 7 juillet 2015. La chambre de céans constate cependant que l'intimé n'a pas obtempéré aux instructions du Tribunal fédéral, lequel avait clairement renvoyé la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction au sens des considérants et rende une nouvelle décision en réalisant une enquête ménagère et en constituant un dossier médical concernant l'impact des atteintes à la santé dans la sphère ménagère. A cet égard, le rapport du SMR du 29 avril 2015, qui se borne à relever que les constatations de l'enquête sont compatibles avec les constatations médicales, ne remplit manifestement pas les critères d'un avis médical relatif aux impacts des atteintes à la santé dans la sphère ménagère. En outre, en cas de trouble psychique, comme c'est le cas en l'espèce, s'il existe des divergences entre 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 ; or, en l'espèce, de telles constatations médicales ne figurent pas dans le dossier, faute pour l'intimé de les avoir requises. Enfin, l'enquête ménagère se réfère aux éléments retenus par le SMR, en déclarant qu'ils font foi, sans expliquer pour quels motifs ceux de l'expertise judiciaire ne sont pas pertinents et tout en se fondant néanmoins sur ceux-ci (enquête ménagère p. 4 – 8). Pour ces motifs, la décision litigieuse doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il procède à l'instruction médicale selon l'arrêt du Tribunal fédéral précité. A cet égard,

la chambre de céans a procédé à une expertise psychiatrique judiciaire. Le rapport d'expertise du Dr O_____, en tant qu'il pose les diagnostics actuels et évalue la capacité de travail de la recourante, répond à tous les réquisits de la jurisprudence pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Les plaintes de la recourante sont relatées en détail, tout comme le sont l'anamnèse et la vie sociale et quotidienne de cette dernière. Les constatations objectives sont complètes et la discussion du cas est très approfondie et bien motivée. Chaque diagnostic posé ou écarté est discuté et des explications claires sont dispensées sur les raisons qui ont amené l'expert à le poser ou à l'écarté. L'expertise a été complétée par une analyse de taux plasmatiques et un entretien téléphonique avec le psychiatre traitant. Enfin l'expert a motivé les raisons qui lui permettaient de confirmer ou d'infirmer les rapports des médecins traitants ou des autres experts ayant été amené à rendre des avis sur l'état de santé de la recourante et l'évaluation de la capacité de travail de celle-ci. Au vu de ce qui précède, il paraît judicieux de demander des informations complémentaires à l'expert judiciaire, lequel a examiné l'assurée plus récemment que le Dr J_____ et a une parfaite connaissance du dossier de la recourante ; il incombera ainsi à l'intimé de requérir auprès du Dr O_____ une expertise complémentaire concernant l'impact des atteintes à la santé de la recourante sur les activités ménagères. 13. Au vu du sort du recours, il est superflu d'examiner le grief de la recourante de violation de son droit d'être entendue. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du

E. 7

juillet 2015 de l'intimé sera annulée. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFP - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1 er 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.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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