

GE_GERICHTE A/3365/2018 vom 18. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3365_2018

FR: GE_GERICHTE A/3365/2018 du 18 juin 2019

IT: GE_GERICHTE A/3365/2018 del 18 giugno 2019

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.06.2019
A/3365/2018

A/3365/2018 ATAS/535/2019 du 18.06.2019 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 18.09.2019, rendu le 30.06.2020, PARTIELMNT ADMIS, 9C_597/2019 En fait En droit République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/3365/2018 ATAS/535/2019 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 18 juin 2019 1 ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à CHAMBÉSY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yvan JEANNERET recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), ressortissante du Kosovo, née en _____957, est mère de trois enfants nés en 1983, 1985 et 1986. Elle est arrivée en Suisse en avril 1994 et a notamment travaillé en qualité de nettoyeuse pour la société B_____ SA à raison de 2 heures par jour pendant 5 jours ouvrables et pour la société C_____ SA à raison de 7 heures 30 par semaine. 2. En date du 27 juin 2000, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité visant à l'octroi d'une rente, en raison d'arthrose aux jambes et d'asthme. 3. Une enquête économique sur le ménage a été conduite au domicile de l'assurée en date du 30 novembre 2001. 4. L'assurée a également été soumise à une expertise pluridisciplinaire effectuée au centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité à Lausanne (ci-après le COMAI). Elle a fait l'objet d'un examen clinique le 12 novembre 2002, d'un consilium de rhumatologie le 13 novembre 2002, ainsi que d'un consilium de psychiatrie le 20 décembre 2002. Les conclusions du rapport d'expertise global ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 11 décembre 2002. 5. Par décision du 8 septembre 2003, confirmée sur opposition le 27 novembre 2003, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) a constaté que le rapport d'expertise du COMAI concluait à une capacité de travail dans une activité adaptée de 80%, et a effectué une comparaison des revenus avant et après invalidité, fondée sur un salaire avant invalidité réalisé à temps partiel (40%) de CHF 14'800.- par an et le salaire que l'assurée pourrait prétendre dans une activité légère de type sériel à 40%, soit CHF 14'028.-, et obtenu une perte de gain de 5,2%. Quant aux 60% restants, l'enquête sur le ménage avait permis d'évaluer un taux d'invalidité de 26% dans le ménage. L'OAI a dès lors déterminé l'invalidité globale comme suit : Taux Empêchement Degré d'invalidité Activité lucrative 40% 5,2% 2% Travaux habituels 60% 26% 15,6% ce qui représentait un degré d'invalidité total de 17,6%. Considérant que ce degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations AI. 6. Par courrier du 22 décembre 2003, l'assurée a recouru contre ladite décision, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. 7. Par arrêt du 20 juillet 2004 (ATAS/594/2004), la chambre de céans a rejeté le recours interjeté par l'assurée. Elle a confirmé le statut de ménagère mixte. Elle a en effet considéré qu'il

n'était pas plausible que l'assurée aurait augmenté son temps de travail, si elle avait été en bonne santé, au motif que « ses trois enfants étaient déjà âgés, et ce n'est donc pas pour cette raison qu'elle aurait voulu travailler plus. Son mari a, d'autre part, une activité constante et la recourante n'avait donc pas de raisons objectives d'augmenter son taux de travail. Elle n'apporte par ailleurs aucun justificatif de recherche d'emploi, mais se contente d'alléguer, sans dire dans quelle mesure, qu'elle aurait recherché des emplois à un taux plus élevé ». Se fondant sur les conclusions de l'expertise du COMAI - dont elle a admis la valeur probante - et non sur celles du SMR, - selon lesquelles la capacité de travail était de 30% dans une activité adaptée dès février 1999 -, elle a en revanche retenu un degré d'invalidité de 25,04%, au lieu de 17,6%, restant toutefois inférieur aux 40% nécessaires à l'octroi d'un quart de rente. 8. Le 27 juillet 2016, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations, déclarant qu'elle travaillait « comme nettoyeuse à 20% depuis 2007 » et qu'elle avait été en incapacité de travail de 100% du 28 août 2015 au 31 août 2016. Elle allègue qu'elle souffre « de douleurs à la tête - AVC en 2014, le dos ne me permet plus de rester assise et genoux et pieds ». 9. Le docteur D_____, généraliste et médecin traitant, a indiqué le 25 août 2016 que les diagnostics suivants devaient être retenus : une pathologie neurologique complexe avec syndrome post-accident ischémique transitoire, une obésité sévère (94 kg - 174 cm) diabète non insulino-dépendant, hypertension artérielle, gonalgies invalidantes en voie d'investigations rhumatologiques et fibromyalgiques. 10. L'assurée a été hospitalisée du 8 juillet au 10 juillet 2014 au service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en raison de vertiges persistants, parésie des membres inférieurs, hypoacousie et cécité transitoire. Il ressort de la lettre de sortie du 10 juillet 2014 que le diagnostic d'accident ischémique transitoire a été posé. 11. Par courrier du 18 septembre 2016, le fils de l'assurée a signalé que l'assurée n'était plus capable de s'occuper d'elle-même et qu'elle vivait chez lui depuis son AIT/AVC en 2014. 12. Dans un rapport du 16 novembre 2016, le Dr D_____ a retenu les diagnostics suivants : « état dépressif [illisible], vertiges sur status post AIT 2014, [illisible] chroniques, fibromyalgie (2004), gonarthrose, diabète non insulino-dépendant et hypertension artérielle ». Il estime que l'incapacité de travail de l'assurée en tant que ménagère est de 100% à compter du 28 août 2014. 13. Le 30 mai 2017, la doctoresse E_____, psychiatre, a attesté qu'elle suivait l'assurée « pour un trouble dépressif récurrent et fibromyalgie. Elle a été hospitalisée à Montana dans le courant du mois de mai 2017 en raison de l'aggravation de ses troubles. La patiente ne peut plus s'occuper d'elle-même, elle bénéficie de l'aide de son fils et de sa belle-fille. Elle est handicapée par ses douleurs ». 14. Les médecins de la clinique de Montana ont confirmé le 12 juin 2017 que l'assurée avait séjourné à Montana du 28 février au 16 mars 2017 en raison d'un état dépressif léger à modéré. Ils ont relevé, à titre de diagnostics secondaires, une perturbation globale des tests hépatiques, une leucocyturie asymptomatique, un QTc long et un déconditionnement global, et, à titre de comorbidités, un syndrome douloureux chronique, des céphalées chroniques, un diabète de type 2 NIR, un HTA, une obésité stade I (BMI=34,3 kg/m²) et des troubles de la marche et de l'équilibre d'origine multifactorielle. L'hospitalisation a été motivée par un éloignement des facteurs de stress, un soutien psychologique, un cadre thérapeutique et un reconditionnement global. 15. Dans un avis du 25 juin 2017, le médecin du SMR a admis une aggravation de l'état de santé, le début de l'incapacité à 100%, même dans une activité adaptée, étant fixé à août 2015. Il a retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un glaucome chronique à angle ouvert bilatéral avec diminution du champ visuel bilatéral, une gonarthrose bilatérale et des troubles de la marche et de l'équilibre, et à titre de diagnostics

sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent d'intensité légère à moyenne, un trouble somatoforme douloureux, des céphalées chroniques, un diabète de type 2 non insulino-dépendant, une hypertension artérielle (HTA), de l'hypercholestérolémie et de l'obésité. Il a précisé qu'« il s'agit du développement dans les suites de l'AIT de juillet 2014, de vertiges et de troubles de la marche incapacitants d'origine multifactorielle (déconditionnement musculaire global, obésité, trouble dépressif et somatoforme médicamenteux post AIT/AVC, limitation du champ visuel) et aggravation du trouble dépressif récurrent, des douleurs chroniques et une gonarthrose bilatérale avec épanchements à répétition. (...) Malgré une reprise de quelques mois dans son activité habituelle après l'AIT, l'assurée a dû interrompre son activité habituelle dès août 2015 de manière définitive, ainsi l'incapacité de travail est nulle dans toute activité dès août 2015, le pronostic est réservé, l'atteinte ophtalmologique est susceptible de s'aggraver ». Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : trouble de la vision avec vision tubulaire centrale, pas d'activité nécessitant la vision, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de marche prolongée ni station debout, pas d'escaliers, échelles, ni travail en hauteur. Un statut mixte (72% ménagère et 28% active) a été pris en considération du fait que l'assurée travaillait comme employée d'entretien depuis 2011 à 28%. 16. L'assurée a rempli le 23 avril 2017 le formulaire intitulé « instructions relatives à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ». Le docteur F_____, médecine interne - généraliste, a retenu le 12 octobre 2017 : - une spondylarthropathie (2013), - des séquelles d'accident vasculaire cérébral (juillet 2014), - un syndrome douloureux chronique (2013), - un syndrome anxio-dépressif, - un diabète type 2, - une hypertension artérielle. Il a confirmé que les dates concernant le début de l'incapacité de l'assurée à effectuer les actes ordinaires de la vie lui semblaient correctes, précisant que son fils et sa belle-fille lui apportaient l'aide régulière et importante. Il a ajouté que l'état de santé s'était aggravé. Le pronostic va en s'aggravant. 17. L'enquête économique sur le ménage a été tentée le 13 novembre 2017, en vain. L'entretien avait en effet été difficile, selon l'enquêtrice. Il ne lui avait pas été possible de « requérir les dires de l'assurée concernant les travaux habituels exécutés avant l'atteinte à la santé, soit avant août 2015. Le fils répondait souvent à la place de l'assurée malgré que j'ai demandé à plusieurs reprises de traduire seulement et non de répondre à sa place. Par contre, le fils et l'assurée ont pu nous dire que celle-ci ne pouvait plus faire aucun des travaux habituels dans la maison. Je propose qu'une nouvelle enquête ménagère ait lieu à l'OAI avec l'aide d'un interprète afin de mieux pouvoir comprendre ce que l'assurée a à dire concernant sa situation et ce qu'elle faisait avant l'atteinte à la santé ». 18. Une enquête a pu être réalisée le 6 décembre 2017, et a fait l'objet d'un rapport le 12 décembre 2017. L'enquêtrice a retenu les diagnostics suivants : Glaucome chronique à angle ouvert bilatéral avec diminution du champ visuel Gonarthrose bilatérale Trouble de la marche et de l'équilibre Trouble dépressif récurrent d'intensité légère à moyenne Trouble somatoforme douloureux Céphalées chroniques Diabète de type 2 non insulino-dépendant HTA, obésité Elle a relevé que l'assurée vivait avec son mari, âgé de 58 ans, salarié à plein temps et qui ne rentre pas à midi, son fils, âgé de 34 ans, également salarié à plein temps, sa belle-fille âgée de 32 ans, femme au foyer et de ses quatre petits-enfants âgés de 9, 7, 6 et 5 ans, tous scolarisés. Elle indique que selon l'assurée, sans atteinte à la santé, elle aurait vraisemblablement continué à travailler comme employée d'entretien à 28%. L'assurée lui a déclaré qu'avant son incapacité de travail de 2015, elle faisait tout à la maison, « car sa belle-fille avait quatre jeunes enfants à charge dont certains souvent malades », soit la conduite du ménage, la préparation des repas, l'entretien du logement, les emplettes et

courses diverses, la lessive et le repassage pour toute la famille, et même l'entretien d'un jardin familial pendant un an et quelques travaux de couture, mais qu'après, elle ne faisait plus rien. L'enquêtrice a ainsi admis un empêchement pondéré sans exigibilité de 66%, se décomposant comme suit : - Conduite du ménage : 40% (pondération du champ d'activité : 5%) « Elle ne fait plus rien, elle déclare que c'est sa belle-fille qui a tout repris en main. Cette assurée souffrant d'un état dépressif de léger à moyen, il a été tenu compte d'un 40% d'empêchements pour gérer la conduite du ménage ». - Alimentation : 60% (pondération du champ d'activité : 35%) « L'assurée déclare qu'elle ne fait plus rien du tout depuis son arrêt de travail, même mettre la table. Elle explique à l'enquêtrice que ses mains lui font mal, que sa tête tourne. Sa belle-fille a entièrement pris le relais. 60% d'empêchements ont été retenus dans ce poste, en effet les travaux lourds, la position debout prolongée sont certainement trop difficiles pour l'assurée, cependant nous n'avons pas de limitations fonctionnelles pouvant expliquer qu'elle ne puisse pas effectuer de petits travaux légers et aider à la préparation des repas en position assise ». - Entretien du logement : 70% (pondération du champ d'activité : 20%) « L'assurée dit qu'elle ne fait plus rien du tout, que maintenant elle est une charge pour sa famille, car elle ne peut strictement plus rien faire, même les petits travaux légers. Sa belle-fille fait tout. 70% d'empêchements ont été retenus, en effet les limitations fonctionnelles expliquent que tous les travaux d'entretien demandant de la force, de se pencher, de lever les bras ne sont plus possibles, cependant faire le petit rangement et la poussière à sa hauteur, nettoyer le lavabo par exemple devrait être possible ». - Emplettes et courses : 90% (pondération du champ d'activité : 10%) « Depuis son incapacité de travail, elle ne fait plus les commissions, elle n'accompagne plus son fils ou sa belle-fille non plus. Elle ne fait plus rien dit-elle. Ses gonarthroses bilatérales et son trouble de la marche rendent effectivement les commissions difficilement réalisables seule ». - Lessive : 60% (pondération du champ d'activité : 10%) « L'assurée déclare qu'elle ne peut plus rien faire du tout, même plier les sous-vêtements ou ranger les petites pièces d'habits, strictement rien. Sa belle-fille fait tout. Porter les habits à la buanderie et étendre les grandes pièces ne sont plus possibles, repasser peut être considéré comme trop difficile, mais par contre suspendre et dépendre les petits effets, plier à table tous les sous-vêtements devrait être possible selon les limitations fonctionnelles de cette assurée ». Un empêchement pondéré avec exigibilité de 35% a été retenu, compte tenu d'une exigibilité de 30,75% pour le mari, le fils et la belle-fille. L'enquêtrice a ajouté que « selon les limitations fonctionnelles, l'assurée pourrait effectuer les petits travaux légers à l'intérieur de son foyer, en se ménageant des temps de repos et en répartissant sur la semaine les petites tâches à effectuer ». 19. Le 13 décembre 2017, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande d'allocation pour impotent était rejetée, au motif que selon l'enquête effectuée le 6 décembre 2017 à son domicile, elle n'avait besoin de l'aide de tiers que pour un seul acte ordinaire de la vie, à savoir se déplacer. L'assurée s'est opposée à ce projet de décision le 10 janvier 2018. Par décision du 14 février 2018, l'OAI a confirmé son refus, considérant que l'assurée n'avait apporté aucun élément nouveau sur une modification de son état de santé, ni démontré que les constatations effectuées lors de l'enquête à son domicile n'étaient pas justifiées. 20. Le 11 mai 2018, l'OAI a transmis à l'assurée un second projet de décision, aux termes duquel le droit à une demi-rente d'invalidité lui était reconnu, compte tenu d'un degré d'invalidité de 53% (incapacité de travail de 100% et degré d'empêchement à accomplir les tâches habituelles de 35%), dès le 1^{er} août 2016. Le versement des prestations ne pouvait toutefois intervenir qu'à compter du 1^{er} janvier 2017, soit six mois après le dépôt de la demande. 21. Par

décision du 27 août 2018, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2017. 22. L'assurée, représentée par Me Yvan JEANNERET, a interjeté recours le 27 septembre 2018 contre ladite décision et a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2017. Elle a complété ses écritures le 24 octobre 2018. Elle conteste l'évaluation de l'empêchement dans le ménage de 35% retenu par l'OAI, considérant qu'elle est non seulement contraire aux conclusions de la Dresse E_____ et du Dr D_____, mais également à celles du rapport du SMR du 25 juin 2017, en particulier quant aux limitations fonctionnelles. Dans ce rapport, le SMR relève en effet qu'aucune activité nécessitant la vision ne peut être exigée, alors que l'enquêtrice retient que « les petits ouvrages à la machine à coudre ne sont pas forcément exclus selon les limitations fonctionnelles ». De même, elle ne comprend pas comment elle pourrait aider à la préparation des repas vu ses troubles de la vision, plus particulièrement. Elle considère dès lors que cette enquête n'a pas valeur probante. Elle reproche enfin à l'OAI d'avoir retenu un taux d'exigibilité de 30,75 % à charge des membres de la famille. Elle fait valoir à cet égard que son mari et son fils travaillent à plein temps et que sa belle-fille est mère de quatre jeunes enfants. 23. Dans sa réponse du 19 novembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il considère quant à lui que l'enquête ménagère a pleine valeur probante, et rappelle que le fait que le SMR ait retenu une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle n'implique pas nécessairement une incapacité totale à accomplir les travaux habituels dans le ménage. L'exigibilité de 30,8% retenue pour les membres de la famille n'est pas excessive selon lui, dès lors que l'aide des proches va plus loin que ce que l'on pourrait normalement attendre d'eux si l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé. La jurisprudence ne pose du reste pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. 24. Dans sa réplique du 11 décembre 2018, l'assurée a persisté dans ses conclusions, soulignant que « contrairement à l'avis de l'OAI, il ressort du texte même du rapport du 25 juin 2017 que les limitations fonctionnelles ne sont pas limitées à la seule activité lucrative ». Elle allègue par ailleurs que « la situation s'est notablement modifiée depuis le prononcé de la décision du 27 août 2018, l'état de santé s'est fortement dégradé depuis le début de l'année 2018, elle est désormais suivie pour une dépression sévère chronique et résistante aux antidépresseurs. En tant qu'elle se fonde expressément sur un état dépressif de léger à moyen, l'enquête économique du 12 décembre 2017 ne correspond donc plus à son état de santé actuel et à ses possibilités ». 25. Dans sa duplique du 15 janvier 2019, l'OAI a maintenu ses conclusions et rappelé que la décision litigieuse avait été rendue le 27 août 2018, de sorte que seuls peuvent être retenus dans le cadre de la présente procédure les faits antérieurs à cette date. Quoiqu'il en soit, le mandataire n'explique pas dans quelle mesure l'état de santé de sa mandante serait de nature à modifier les constatations de l'enquêtrice. Aucun document médical n'a à cet égard été produit. 26. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger. 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), 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. Le litige porte sur le droit de

l'assurée à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2017, singulièrement sur le taux d'empêchement dans la sphère ménagère. 4. 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. 5. 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; 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). 6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir si la personne concernée peut

objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. L'examen des indicateurs standards est superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a). 7. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPG), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide, il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'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 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). Lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative (art. 27bis al. 1 RAI). 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). 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. 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). 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). c. Elle garde également valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressée rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, 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. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.2). d. S'agissant de la prise en compte de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage) dans l'évaluation de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, 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). La jurisprudence ne pose pas de limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.3). À titre d'exemple, le Tribunal fédéral a retenu qu'une exigibilité de 30 %

répartie entre le mari et trois enfants n'était pas une charge excessive (arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 4). L'assuré est en outre tenu d'adopter une méthode de travail adéquate et de répartir son travail en conséquence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_19/2012 du 4 octobre 2012 consid. 5.2). Dans ce contexte, on peut notamment citer la possibilité d'alléger la préparation des repas par l'achat de produits alimentaires prêts à l'emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 309/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.3.2.1). 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). 9. Lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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). 10. 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101

- Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d). 11. En l'espèce, l'OAI a retenu un statut mixte, à raison de 28% pour l'activité lucrative et, partant, de 72% pour les tâches ménagères, se fondant sur le fait que l'assurée travaillait comme nettoyeuse à 28% depuis 2011. La qualification du statut ne peut être que confirmée, l'assurée ayant toujours exercé une activité lucrative à temps partiel. Il y a en revanche lieu d'examiner la question de la répartition des taux. Il convient à cet égard de rappeler que l'OAI avait, en 2003, pris en considération un taux de 40% pour l'activité lucrative. La chambre de céans, dans son arrêt du 20 juillet 2004 (ATAS/594/2004), avait confirmé ce taux de 40%, considérant alors que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable qu'elle aurait, en bonne santé, travaillé à un taux plus élevé. Par la suite, l'assurée a, selon l'enquête ménagère, exercé divers emplois à temps partiel, puis travaillé pour Dosim depuis 2011 à 28%. On ignore pour quelle raison elle a diminué son temps de travail en 2011, passant de 40% à 28%. Il n'est pas contesté que l'état de santé de l'assurée se soit aggravé dès août 2015, date à compter de laquelle elle a cessé toute activité lucrative. Une incapacité de travail de 100% lui a été reconnue. Cette aggravation est en grande partie liée à l'AVC dont elle a été victime en juillet 2014. Aussi doit-on en conclure que ce n'est pas en raison de son état de santé qu'elle a réduit son taux d'activité à 28% en 2011, ce d'autant moins qu'elle a déclaré à l'enquêtrice que sans atteinte à la santé, elle aurait vraisemblablement continué le poste d'employée d'entretien à 28%. Il n'apparaît ainsi pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, que sans invalidité, elle aurait continué à travailler à 40% après 2011. C'est donc à juste titre que l'OAI a établi le taux d'invalidité de l'assurée selon la méthode mixte, avec la répartition 28% / 72%. 12. a. L'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 53%, correspondant à une incapacité de travail de 100% et à un empêchement à accomplir les tâches ménagères de 35%. b. L'OAI a admis que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé au sens de l'art. 17 LPGA et qu'elle présentait une incapacité de travailler de 100% quelle que soit l'activité lucrative envisagée, depuis le 1^{er} août 2015. c. Il a en revanche considéré, sur la base de l'enquête ménagère menée au domicile de l'assurée le 6 décembre 2017, que le degré d'empêchement à accomplir les tâches ménagères était de 35%. Il s'agit de déterminer si les conclusions de cette enquête ménagère ont ou non valeur probante. Il importe de rappeler à cet égard qu'une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. Elle a en l'occurrence été conduite par une personne qualifiée dont le rapport est plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations. L'enquêtrice a conclu à un empêchement pondéré sans exigibilité de 66% et avec exigibilité de 35%. 13. a. L'assurée reproche à l'enquêtrice d'avoir retenu un taux d'exigibilité de 30,8% à charge des membres de la famille. Elle fait valoir à cet égard que son mari et son fils travaillent à plein temps et que sa belle-fille est mère de quatre jeunes enfants. Elle a relevé deux cas traités par la chambre de céans, pour lesquels il avait été admis une exigibilité de 29,70% pour l'époux qui ne travaillait pas (ATAS/474/2016) et de 29% pour un époux et les deux enfants âgés de 19 et 22 ans (ATAS/668/2017). Le Tribunal fédéral a confirmé un taux de 26,5% pour une fille majeure (9C_666/2016). Force est cependant de constater que la jurisprudence ne pose pas de limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière

habituelle sans atteinte à la santé. Ainsi, le Tribunal fédéral a jugé, par exemple, qu'une exigibilité de 30% répartie entre le mari et trois enfants n'était pas une charge excessive, de sorte qu'il y a lieu de considérer en l'espèce qu'une exigibilité globale de 30,8% à charge du mari, du fils et de la belle-fille, dans la sphère ménagère, bien que très élevée, reste encore dans la fourchette admissible. En effet, en partant du principe que l'activité de l'assurée dans le ménage représente 28 heures et 48 minutes (les 11 heures et 12 minutes restantes étant consacrées à l'activité professionnelle), on obtient un total de 8 heures et 52 minutes hebdomadaires (30,8% de l'activité ménagère), lequel réparti entre le mari, le fils et la belle-fille, ne représente pas une charge excessive ; il représente 2 heures et 57 minutes en moyenne par semaine et par personne et se situe dans la norme des taux retenus pour des ménages comparables comprenant un conjoint, ainsi que deux, voire trois enfants déjà grands ; il est d'autant plus admissible que la belle-fille qui ne travaille pas et qui est mère d'enfants déjà scolarisés aurait sensiblement la même quantité de tâches ménagères à accomplir si l'assurée ne vivait pas dans le même logement.

b. L'assurée relève des contradictions avec le rapport du SMR du 25 juin 2017, en particulier quant aux limitations fonctionnelles. Le médecin du SMR a conclu à une capacité de travail exigible de 0% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il a énuméré à titre de limitations fonctionnelles, un trouble de la vision avec vision tubulaire centrale, pas d'activité nécessitant la vision, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de marche prolongée ni station debout, pas d'escaliers, échelles, ni travail en hauteur. S'il est vrai, d'une part, qu'une incapacité de travail totale, quelle que soit l'activité lucrative envisagée, n'implique pas nécessairement une incapacité totale à accomplir les travaux habituels dans le ménage, et, d'autre part, que certaines des limitations fonctionnelles reconnues par le SMR ne sauraient concerner qu'une activité lucrative, il n'en est pas moins vrai que les limitations fonctionnelles relatives au trouble de la vision sont incapacitantes pour les tâches ménagères également. Aussi le fait de retenir pour l'enquêtrice que « les petits ouvrages à la machine à coudre ne sont pas forcément exclus selon les limitations fonctionnelles » ne manque pas de surprendre.

c. L'assurée considère enfin que l'évaluation faite par l'enquêtrice est contraire aux conclusions de la Dresse E_____ et du Dr D_____. Il est vrai que le Dr D_____ a indiqué, le 16 novembre 2016, que l'incapacité de travail de l'assurée en tant que ménagère était de 100% à compter du 28 août 2014 et que selon la Dresse E_____, l'assurée ne peut plus s'occuper d'elle-même. Il y a toutefois lieu de rappeler qu'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. 137 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 cas de divergences entre les conclusions médicales et celles de l'enquête économique, il y a lieu, en règle générale, de se fonder sur les premières. Pour cela, il faut bien sûr que le rapport médical en cause ait valeur probante au sens de la jurisprudence, à savoir notamment que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets et que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c et les références). La chambre de céans relève ainsi que lorsqu'elle considérait que les limitations fonctionnelles ne pouvaient objectivement expliquer un empêchement, en particulier, aux rubriques « alimentation », « entretien du

logement » et « lessive », l'enquêtrice ne tenait pas compte des déclarations de l'assurée, selon lesquelles elle ne faisait plus rien depuis son atteinte à la santé. Elle admettait ainsi que l'assurée était malgré tout capable d'effectuer de petits travaux légers, ce qui conduisait nécessairement à un taux d'empêchement moins élevé pour la rubrique considérée.

L'enquêtrice a pris note de ce que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent d'intensité légère à moyenne, mais n'en fait plus état lorsqu'elle fixe l'empêchement pour chaque rubrique de l'enquête, alors que l'assurée affirme à chaque fois qu'elle ne fait plus rien. Or, la Dresse E_____ a attesté, le 30 mai 2017, qu'elle suit l'assurée pour un trouble dépressif récurrent et fibromyalgie, qu'elle a été hospitalisée à Montana dans le courant du mois de mai 2017 en raison de l'aggravation de ses troubles, qu'elle ne peut plus s'occuper d'elle-même, et qu'elle est « handicapée par ses douleurs ». 14. Il pourrait se justifier, au vu de ce qui précède (ch. 13 let. b et let. c), de modifier les taux d'empêchement retenus par l'enquêtrice. La question peut toutefois être laissée ouverte, dès lors que même si l'on augmentait ces taux, en passant de 70% à 90% pour l'entretien du logement, de 90% à 100% pour les courses et emplettes et de 70% à 100% pour la lessive, on obtiendrait un empêchement pondéré sans exigibilité de 72%, et de 41% avec exigibilité de 30,8% et, compte tenu d'une incapacité de travail de 100% pour l'activité lucrative, un degré d'invalidité de 58%, soit un degré d'invalidité insuffisant pour justifier une rente supérieure à une demi-rente d'invalidité. 15. L'assurée allègue par ailleurs que « la situation s'est notablement modifiée depuis le prononcé de la décision du 27 août 2018, l'état de santé s'est fortement dégradé depuis le début de l'année 2018, elle est désormais suivie pour une dépression sévère chronique et résistante aux antidépresseurs. En tant qu'elle se fonde expressément sur un état dépressif de léger à moyen, l'enquête économique du 12 décembre 2017 ne correspond donc plus à son état de santé actuel et à ses possibilités ». Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération, dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). En conséquence, la décision litigieuse ayant été rendue le 27 août 2018, seuls peuvent être retenus dans le cadre de la présente procédure les faits antérieurs à cette date.

16. Le recours est en conséquence rejeté, étant toutefois précisé qu'il reste loisible à l'assurée de déposer une nouvelle demande auprès de l'OAI. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Met un émoluments de CHF 200.- à la charge de l'assurée. 4. 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 Nathalie LOCHER La**

présidente Doris GALEAZZI 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.