

## **GE\_GERICHTE A/3706/2015 vom 23. Mai 2016**

GE Cour de justice, 2016-05-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3706\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3706_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/3706/2015 du 23 mai 2016

IT: GE\_GERICHTE A/3706/2015 del 23 maggio 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Astrid RICO-MARTIN 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 ou la recourante) est née en 1964 au Maroc. Elle s'est établie en Suisse à une date qui ne ressort pas clairement du dossier, mais qui se situe entre 1989 et 1991. Elle s'est mariée en décembre 1991 à un ressortissant suisse et a obtenu la nationalité suisse. ![/endif]>![if> 2. Du 26 mai au 9 juin 2010, l'assurée a été hospitalisée à la Clinique La Lignière . Les diagnostics de claustrophobie et agoraphobie avec trouble panique, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, d'abus intermittent réactionnel d'alcool et de nourriture et de status après ablation d'un hyste hydatique hépatique ont été posés. L'assurée était en larmes, triste, déprimée, avec des idées noires persistantes, sans idéation suicidaire active. Après son divorce, l'assurée avait tenté de travailler, mais elle n'avait pas pu le faire en raison d'une agoraphobie intense accompagnée d'attaques de panique. Un seul essai professionnel avait dû être interrompu après un mois.![endif]>![if> 3. Le 3 mai 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office d'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), invoquant des phobies, une panique, une angoisse et une claustrophobie présentes depuis plus de 20 ans.![endif]>![if> 4. Selon l'extrait de compte individuel AVS que l'OAI s'est procuré en date du 17 mai 2011, l'assurée a réalisé en qualité d'indépendante des revenus oscillant entre CHF 3'861.- et CHF 4'406.- entre 1998 et 2008. En 1993 et 1994, elle avait perçu des indemnités de chômage de respectivement CHF 408.- et CHF 10'256.-. En 1995, elle avait réalisé un revenu de CHF 2'580.- dans l'hôtellerie et de CHF 7'477.- dans une bijouterie.![endif]>![if> 5. Dans son rapport du 23 mai 2011, la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a noté que l'assurée, qu'elle suivait depuis novembre 2010, souffrait depuis l'adolescence d'un trouble anxieux qui s'était aggravé lors de son arrivée en Suisse en 1989, mais surtout depuis cinq ans, à savoir depuis que son dernier compagnon avait pris ses distances. Ce trouble était tellement envahissant qu'il mettait l'assurée dans l'incapacité de sortir de chez elle pour faire les courses, se rendre aux rendez-vous, faire les activités de la vie quotidienne, excepté si elle avait consommé de l'alcool. L'assurée avait toujours vécu aux crochets ( sic ) d'hommes fortunés qui subvenaient à ses besoins. Lors de sa séparation après une relation qui avait duré 15 ans, elle avait décidé de débiter une thérapie pour traiter son trouble anxieux et regagner son autonomie. La Dresse B\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec répercussions sur la capacité de travail, un trouble panique avec agoraphobie (F40.1) depuis 1989, un trouble dépressif majeur, épisode isolé (F32.2), depuis novembre 2010, une dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.2) et un trouble de la personnalité dépendante (F60.7) depuis l'âge adulte. L'assurée était actuellement très invalidée par son

trouble et n'était pas en mesure de travailler. Les limitations fonctionnelles liées à ses capacités de compréhension, d'adaptation et de concentration existaient depuis 1996. L'assurée se sentait très déprimée et anxieuse. Elle avait du mal à se projeter et exprimait des idéations suicidaires. En raison du trouble de personnalité dépendante, le pronostic était réservé.![endif]>![if> 6. Dans son rapport du 30 mai 2011, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, un trouble panique et une claustrophobie depuis 2001 au moins. L'assurée souffrait d'attaques de panique avec hyperventilation, de tremblements et d'angoisse ; elle ne pouvait pas prendre de bus, conduire, voire sortir de chez elle selon les jours. A la question de savoir depuis quand l'assurée présentait une incapacité de travail médicalement attestée de 20 % au moins, le médecin a répondu que l'assurée n'avait pas exercé de profession depuis de nombreuses années.![endif]>![if> 7. Dans son rapport du 11 octobre 2011, la Dresse C\_\_\_\_\_ a notamment expliqué que l'assurée ne travaillait pas depuis de nombreuses années en raison de son handicap. Elle était aidée financièrement par son compagnon, qui l'avait récemment quittée.![endif]>![if> 8. Dans son rapport du 26 novembre 2011, la Dresse B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état était stationnaire. L'assurée n'avait pas évolué sur le plan clinique. Elle avait rarement pu se rendre aux entretiens psychothérapeutiques, étant donné qu'elle devait s'alcooliser massivement avant de sortir de chez elle. Cela avait mené à son hospitalisation pour un sevrage d'alcool, qui était en cours depuis le 14 novembre 2011. Elle présentait notamment une forte anxiété dans les situations de la vie quotidienne, qui la rendait incapable de réaliser les activités de tous les jours. La capacité de travail était pour l'heure nulle, l'assurée n'ayant aucune formation. ![endif]>![if> 9. Le 28 décembre 2011, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin auprès de la Clinique La Lignière, a indiqué que l'assurée y avait été hospitalisée du 14 novembre au 14 décembre 2011 en raison de la constance et de l'aggravation d'un état dépressif sévère, avec des idées noires persistantes. Elle utilisait l'alcool comme anxiolytique. Le sevrage s'était réalisé sans difficultés, avec la présence de douleurs évoquant un diagnostic de somatisation. En fin d'hospitalisation, l'humeur était meilleure et les attaques de panique moins fréquentes, mais le sentiment de détresse et de fragilité restait entier.![endif]>![if> 10. L'OAI a confié l'expertise de l'assurée aux docteurs E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et F\_\_\_\_\_, médecin interne au Département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Dans leur rapport du 17 décembre 2012, ces experts ont indiqué qu'ils avaient pris contact avec les médecins traitants de l'assurée. Ils ont retracé l'anamnèse de l'assurée en indiquant notamment qu'elle avait complété sa scolarité obligatoire jusqu'au baccalauréat sans doubler d'année, malgré des absences répétées à l'école secondaire d'une fréquence presque hebdomadaire, justifiées par des douleurs dorsales et de l'hypochondrie ainsi que par un sentiment d'angoisse et d'enfermement. Au Maroc, elle était tombée amoureuse d'un homme suisse et s'était établie en Suisse en 1990, avant de se marier en 1991. Elle avait divorcé en 1993 et avait fait peu après la connaissance d'un homme de 27 ans plus âgé qu'elle, qui l'avait entretenue. Cet homme avait pris ses distances six ans plus tôt. Elle avait depuis cinq ans une relation amoureuse avec un homme d'affaire de 53 ans. Au niveau professionnel, l'assurée avait travaillé au Maroc en tant que secrétaire dans une entreprise d'ascenseurs pendant un mois. Elle avait ensuite été licenciée en raison d'absences répétées liées à ses phobies de la voie publique et de la foule. Par la suite, elle avait travaillé dans une société de télévision pendant un mois et dans une boulangerie pendant quatre jours, avant de donner son congé en raison d'absences répétées dans le même contexte. En 1993,

elle s'était engagée dans un poste de réceptionniste dans un hôtel où elle était restée 6 semaines. Elle avait ensuite donné son congé en raison du harcèlement de son patron. Durant cette période, l'assurée s'était absentée du travail à plusieurs reprises en raison de ses phobies et s'y rendait alcoolisée pour y faire face. Elle avait ensuite travaillé un mois comme vendeuse, avant d'être licenciée en raison d'absences répétées. En 1999, elle s'était inscrite à l'Académie de langues et de commerce à Genève pour des études d'une durée de deux ans, qu'elle avait arrêtées au bout d'un an en raison d'absences répétées, malgré le fait qu'elle s'y rendait accompagnée par son compagnon. En 2009, elle avait accompli, malgré des absences, une formation en bijouterie et horlogerie d'une durée de six semaines.

L'historique médical révélait entre autres que l'assurée souffrait depuis l'âge de 14 ans environ de douleurs fréquentes de l'épaule droite et de l'hypochondre ayant conduit à une intervention chirurgicale en juillet 1992. Au plan psychiatrique, l'assurée s'était sentie délaissée par son père à l'âge de 11 ans. A l'âge de 13 ans, elle avait été témoin d'un incident provoqué par du feu dans son immeuble et avait commencé à développer une peur du feu. C'était à l'âge de 14 ans qu'elle avait commencé à prendre conscience qu'elle souffrait de plusieurs phobies, telles qu'une peur de sortir seule de la maison, une peur de la foule et des endroits publics ainsi que des espaces clos, raison pour laquelle elle se serait quasiment toujours fait accompagner à l'école. L'assurée se souvenait des attaques de panique survenant depuis l'âge de 14 ans, avec des rots à répétition, un sentiment de peine à respirer ayant amené sa mère à faire appel à plusieurs reprises à l'imam afin que ce dernier guérisse sa fille. De plus, elle avait commencé à avoir peur de l'obscurité. Dans ce contexte, elle évoquait des épisodes d'hallucinations visuelles commencées à l'âge de 18 ans et survenues uniquement avant de s'endormir (ombre du démon qui voulait coucher avec elle et par lequel elle se sentait prise en otage). Ces hallucinations avaient pris fin à la suite d'une cérémonie d'exorcisme quand elle avait 25 ans. Durant cette période, elle n'avait jamais eu de suivi psychiatrique et elle était occasionnellement traitée par benzodiazépines prescrites par le médecin de famille. Peu après son arrivée en Suisse, l'assurée avait débuté sa consommation d'alcool dans le but de faire face à ses phobies, ce qui générait chez elle un sentiment de honte. C'était en 1992 que l'assurée avait entamé un suivi psychiatrique en raison de ses troubles anxieux. Ce suivi restait toutefois ponctuel avec des périodes de plusieurs années sans thérapie, en raison de la difficulté de sortir de la maison et aller jusqu'au cabinet des médecins, où elle se rendait alcoolisée. En 2006, dans le cadre d'une séparation, l'assurée avait présenté une baisse de la thymie avec désespoir, sentiment de dévalorisation et de culpabilité et présence d'idées noires et de troubles du sommeil, en faveur d'un état dépressif sévère sans périodes d'amélioration de la thymie décrite depuis. L'assurée avait été hospitalisée à la Clinique La Lignière en 2010 et 2011 dans un contexte de sevrage à l'alcool et de prise en charge de ses troubles anxieux phobiques, de ses crises d'hyperphagie, ainsi que d'un trouble dépressif récurrent avec projet de déféstration en novembre 2011. Après avoir relaté les plaintes de l'assurée, qui outre ses phobies verbalisait un sentiment de détresse envahissant ainsi qu'un sentiment de mal-être, les experts ont relaté leur examen clinique et les résultats des épreuves psychométriques, avant de poser les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail d'agoraphobie avec troubles de panique (F40.00) depuis 1978, de phobies spécifiques (F40.2) depuis 1978, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.3) depuis 2006, et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1) depuis 1991. Les experts ont motivé ces diagnostics, en soulignant notamment que l'assurée ne

remplissait pas les critères pour un diagnostic de personnalité dépendante, la dépendance à autrui se résumant par les troubles anxieux phobiques handicapants. Du fait de la nature et de la sévérité des troubles, et de leur impact sur le fonctionnement social et interpersonnel de l'assurée, le pronostic était très réservé, particulièrement en ce qui concernait la capacité de travail. Une prise en charge psychothérapeutique ainsi que des ajustements du traitement psychopharmacologique pourraient peut-être réduire l'intensité des symptômes. Les médecins ont toutefois souligné la difficulté de l'assurée à adhérer à un suivi régulier. Il existait des limitations psychiques et mentales. L'assurée souffrait d'un trouble anxieux phobique avec agoraphobie se manifestant par une forte angoisse avec présence d'attaques de panique, sentiment de perte de contrôle de soi, d'étouffement et de palpitations, avec désorganisation de la pensée et du comportement lors de ces épisodes. De plus, elle présentait une humeur dépressive avec des troubles du sommeil, un sentiment de fatigue et de nervosité avec tension interne et un grand sentiment de dévalorisation, secondaire à ses troubles anxieux et accentué par les consommations d'alcool. Ces dernières renforçaient le sentiment de culpabilité et provoquaient un sentiment de fatigue et une difficulté de concentration. Les troubles anxieux, responsables d'une incapacité totale de travail, étaient compliqués par les consommations d'alcool. En l'absence d'une telle consommation, la capacité de travail s'élèverait selon les experts à 50 %. La capacité de travail était pour l'heure nulle dans toute activité lucrative. A la question de savoir depuis quand il existait une incapacité de travail de 20 % au moins, les médecins ont indiqué « Depuis 1989, selon le dossier AI de l'expertisée. En effet, l'expertisée n'a jamais pu tenir un poste de travail plus de six semaines en raison d'absences répétées durant la période de travail en lien avec son agoraphobie et des conduites d'évitement ». Des mesures de réadaptation professionnelle pourraient être envisageables dans un deuxième temps, c'est-à-dire après une prise en charge psychothérapeutique et un ajustement du traitement médicamenteux qui pourrait permettre une amélioration de la symptomatologie, visant un lieu de travail avec un minimum de facteurs « phobogènes » (éviter la foule, les magasins, poste de travail à proximité du domicile), ce qui pourrait aussi permettre une diminution des consommations d'alcool. 11. Dans son avis du 8 avril 2013, la docteure G\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu, sur la base des conclusions de l'expertise, que le début de l'incapacité de travail durable remontait à 1978 et que l'incapacité de travail était totale dans toute activité depuis lors. Une désintoxication alcoolique ainsi qu'une prise en charge psychiatrique n'étaient pas exigibles selon l'assurance-invalidité. 12. Dans une note de travail datée du 17 avril 2013, l'OAI a relevé que l'assurée, d'origine marocaine, s'était établie en Suisse depuis 1990. Au vu des circonstances personnelles et financières, il convenait de retenir que l'assurée avait un statut d'active, car sans atteinte à la santé elle devrait travailler pour subvenir à ses besoins, de sorte que la méthode générale de comparaison des revenus devrait être utilisée. L'affection était jugée incapacitante depuis 1989 au plus tard, selon l'expertise, de sorte que l'invalidité était survenue avant l'entrée sur le territoire suisse. Les conditions d'assurance n'étaient ainsi pas remplies. 13. Le 22 avril 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision aux termes duquel les prestations étaient refusées, l'invalidité étant survenue avant son établissement en Suisse. 14. Le 23 mai 2013, l'assurée, par sa mandataire, a contesté le projet de l'OAI. Elle a affirmé qu'elle était arrivée en Suisse en 1991, et que sa maladie ne représentait pas un handicap professionnel ou social à cette époque. Comme cela ressortait de l'expertise, elle avait eu l'occasion de travailler plusieurs années au Maroc après l'obtention de son baccalauréat. Ce n'était qu'en 1992 que sa

maladie s'était réellement développée, à la suite d'un avortement et d'une intervention chirurgicale, et en 1995 seulement que sa maladie était devenue invalidante. Elle avait d'ailleurs bénéficié de prestations de l'assurance-chômage en 1993 et 1994. La position de l'OAI était erronée, dans la mesure où elle se fondait sur les conditions d'assurance applicables aux étrangers et que l'assurée avait la nationalité suisse. [endif]>[if> 15. Dans sa décision du 21 juin 2013, l'OAI a confirmé les termes de son projet. Il a souligné qu'il n'existait aucune convention de sécurité sociale entre le Maroc et la Suisse. L'expertise avait révélé une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 1978, soit avant l'arrivée de l'assurée en Suisse. Les conditions d'assurance n'étaient pas réalisées.[endif]>[if> 16. L'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI par acte du 15 juillet 2013, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité, en reprenant les arguments développés dans son courrier du 23 mai 2013. [endif]>[if> 17. Dans un avis du 6 septembre 2013, la Dresse G\_\_\_\_\_ a maintenu que tous les documents médicaux faisaient remonter les troubles phobiques et paniques à l'adolescence.[endif]>[if> 18. Dans sa réponse du 12 septembre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que ce n'était pas l'acquisition de la nationalité suisse qui était déterminante, mais la date de la survenance de l'invalidité. Or, l'assurée présentait des atteintes à la santé incapacitantes depuis 1978. Tous les documents faisaient remonter la claustrophobie, l'agoraphobie et les troubles paniques à l'adolescence de l'assurée, soit avant son arrivée en Suisse. Le fait d'avoir réussi son diplôme et d'avoir pu travailler quelques mois au Maroc n'était pas incompatible avec les atteintes à la santé dont l'assurée souffrait, et le fait qu'elle ait par la suite entrepris et quitté dans de brefs délais des activités lucratives démontrait bien que l'assurée travaillait au-dessus de ses forces. [endif]>[if> 19. Par réplique du 8 octobre 2013, l'assurée a fait grief à l'OAI de ne pas tenir compte du fait qu'elle était de nationalité suisse. Elle a ajouté qu'elle avait débuté l'automédication par l'alcool après son arrivée en Suisse et qu'elle avait entamé un suivi psychiatrique en raison de troubles anxieux dès 1992. Aucun psychiatre n'avait suggéré qu'elle était invalide, et aucun médecin ne lui avait conseillé de déposer une demande de prestations auprès de l'OAI. Il était donc surprenant de retenir que l'invalidité serait survenue en 1978. Les experts ne disposaient d'aucun élément objectif pouvant établir que, par leur nature et leur gravité, les phobies dont elle souffrait étaient à tel point invalidantes qu'elles la rendaient incapable de travailler. Elle avait à plusieurs reprises entrepris de se réinsérer dans la vie professionnelle, mais la répartition des tâches adoptée avec l'homme qui partageait sa vie entraînait en contradiction avec la reprise d'une activité professionnelle. [endif]>[if> 20. Par duplique du 30 octobre 2013, l'OAI a relevé que les conditions légales d'assurance restaient applicables aux cas d'assurance survenus avant le 1<sup>er</sup> janvier 1997. Que le début de l'incapacité de travail soit fixé en 1978, 1989, 1991 ou en 1992 ne modifiait pas la situation, dès lors qu'en toute hypothèse, les conditions d'assurance n'étaient pas remplies.[endif]>[if> 21. Par arrêt du 13 janvier 2014 ( ATAS/72/2014 ), la chambre de céans a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. [endif]>[if> Elle a notamment souligné que jusqu'au 31 décembre 2000, la législation en matière d'invalidité contenait une clause subordonnant le droit aux prestations à la condition de l'assurance au moment de la survenance de l'invalidité. Cette clause avait été supprimée au 1<sup>er</sup> janvier 2001. L'absence de cette condition au moment de la survenance du cas d'assurance n'empêchait désormais plus tout réexamen du cas. Selon la jurisprudence, si un ressortissant étranger acquérait à un moment déterminé la nationalité suisse, l'examen de son droit à des prestations des assurances sociales suisses devait se faire selon les règles applicables aux

ressortissants suisses à compter de ce moment précis. En l'occurrence, l'assurée, qui avait déposé sa demande de prestations en 2011, était ressortissante suisse depuis 1991. Partant, les dispositions applicables aux étrangers n'étaient pas pertinentes. Selon la loi, jusqu'au 31 décembre 2007, les assurés avaient droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité, si lors de la survenance de l'invalidité, ils comptaient une année entière au moins de cotisations. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les assurés devaient compter trois années entières au moins de cotisations pour avoir droit aux rentes ordinaires d'invalidité. La chambre de céans a relevé que l'issue du litige dépendait du point de savoir à partir de quand les atteintes à la santé de l'assurée avaient entraîné une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable. Une fois déterminée la date de la survenance de l'invalidité, la condition relative aux trois années de cotisations pourrait être examinée. Au plan médical, il apparaissait que l'assurée présentait effectivement des troubles psychiques depuis 1978. Cependant, aucun médecin n'avait fait d'une incapacité de travail totale dans toute activité depuis cette année-là, soit depuis ses 14 ans. Si les troubles déjà présents en 1978 avaient certes pu avoir une certaine influence sur la capacité de travail de l'assurée, on ne saurait toutefois tenir pour établie l'existence d'une incapacité de travail totale depuis cette date en raison de l'absence d'une activité lucrative et des seules explications de l'assurée. L'instruction ne permettait ainsi pas de conclure que le début de l'incapacité de travail était survenu en 1978. Les experts avaient indiqué que l'incapacité de travail existait depuis 1989, en se référant au dossier. Or, le seul rapport faisant état d'une incapacité de travail dès 1989 était celui établi de la Dresse B\_\_\_\_\_ le 23 mai 2011. Cette indication ne pouvait cependant pas être retenue sans autre mesure d'instruction, car ce médecin, qui suivait l'assurée depuis novembre 2010 seulement, n'expliquait pas sur quels éléments elle s'appuyait pour fixer le début de l'incapacité de travail en 1989, alors que les limitations fonctionnelles n'étaient selon elle présentes que depuis 1996. En outre, à la lecture de son rapport, il semblait que la Dresse B\_\_\_\_\_ avait retenu 1989 comme étant l'année de l'arrivée de l'assurée en Suisse, au cours de laquelle une aggravation de son état de santé serait survenue. Or, l'assurée indiquait être arrivée en Suisse en 1991, alors que les experts faisaient quant à eux état de son établissement en Suisse en 1990. Il aurait en outre été utile d'obtenir des renseignements auprès des médecins consultés en 1992 par l'assurée pour son suivi psychiatrique. En outre, les experts n'avaient pas estimé la capacité de travail de l'assurée avant l'apparition du trouble dépressif en 2006. Ainsi, aucune pièce médicale ne permettait d'établir depuis quand il y avait une incapacité de travail de 40 % en moyenne au moins pendant une année, sans interruption notable, ni si une capacité résiduelle de travail – compte tenu notamment de l'apparition du trouble dépressif en 2006 – avait existé. Enfin, l'OAI n'avait diligenté aucune enquête pour déterminer le statut de l'assurée. Or, on ne pouvait retenir un statut d'actif dès 1978. L'assurée avait certes indiqué qu'elle avait travaillé entre l'obtention de son baccalauréat en 1982 et sa venue en Suisse. Ces faits n'étaient toutefois pas attestés. En l'absence d'instruction portant sur sa situation personnelle, familiale et sociale avant son arrivée en Suisse, on ne saurait retenir que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait exercé une activité à plein temps à compter de 1978. Pendant son mariage, elle n'avait pas non plus exercé d'activité lucrative. Il semblait qu'elle n'avait pas non plus eu besoin de travailler pendant la longue relation qu'elle avait entretenue avec son ami, qui la soutenait financièrement. La chambre de céans ne disposait ainsi pas des éléments nécessaires pour déterminer le statut de l'assurée. Il appartenait à l'OAI de compléter l'instruction sur ce point. 22. A la suite de l'arrêt de renvoi, la Dresse G\_\_\_\_\_ a suggéré dans son avis du 11 juillet 2014 qu'une nouvelle expertise soit mise en

œuvre pour déterminer depuis quand chaque atteinte avait une influence sur la capacité de travail de l'assurée.![endif]>![if> 23. L'OAI a confié une nouvelle expertise médicale au docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> juin 2015, ce dernier a brièvement retracé l'anamnèse personnelle et familiale de l'assurée, puis a résumé son dossier. Dans ce cadre, il a notamment indiqué que selon la Dresse B\_\_\_\_\_, l'assurée était arrivée en Suisse en 1989 à Genève pour se marier avec un diplomate libyen rencontré au Maroc, projet qui ne s'était pas concrétisé. Elle avait très vite rencontré un homme suisse qu'elle avait épousé en 1990, et dont elle exprimait clairement qu'il l'avait «aidée à s'en sortir ». Il a ensuite relaté les plaintes de l'assurée avant de procéder à l'examen clinique, qu'il a complété par des tests sanguins. Le Dr H\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail d'agoraphobie avec trouble panique (F40.00) existant depuis l'adolescence ; de phobies spécifiques (F40.2) existant depuis l'adolescence ; et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), existant depuis longtemps. L'assurée présentait également des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool ; utilisation continue (F10.25), ainsi qu'une personnalité dépendante (F60.7), ces atteintes n'ayant toutefois pas d'incidence sur sa capacité de travail. Dans son appréciation, l'expert a relaté que les premiers symptômes d'angoisse s'étaient développés pendant l'adolescence. L'assurée n'avait pratiquement jamais travaillé, ni au Maroc ni en Suisse, et ceci à cause de ses angoisses. Du point de vue financier, elle avait toujours vécu avec des hommes fortunés qui subvenaient à ses besoins. Le Dr H\_\_\_\_\_ a exposé pour quels motifs il retenait un diagnostic de personnalité dépendante chez l'assurée. Cette personnalité avait eu pour conséquence que l'assurée avait toujours vécu avec des hommes fortunés, en général plus âgés qu'elle, qui avaient le rôle d'un objet rassurant. Les constats de l'expert se superposaient pratiquement à ceux des médecins des HUG, avec des limitations psychiques importantes étant donné les sérieuses phobies que l'assurée présentait depuis de nombreuses années et qui l'avaient empêchée d'avoir une activité professionnelle. Sa vie sociale était restreinte, étant dépendante affectivement de son compagnon. Sa phobie l'empêchait de s'adapter à une activité professionnelle car des crises de panique étaient présentes malgré l'alcool ingurgité. Les signes et symptômes d'un trouble dépressif, récurrent puisque l'assurée avait déjà présenté des épisodes dépressifs bien objectivés par son psychiatre dans le passé, étaient au moment de l'entretien d'un degré plutôt moyen, avec tristesse, humeur dépressive, sentiments d'infériorité, de dévalorisation, de découragement et d'inutilité, avec troubles du sommeil, mais sans idées suicidaires. Le Dr H\_\_\_\_\_ s'écartait des conclusions de ses confrères experts aux HUG en ce qui concernait la capacité de travail de l'assurée. En effet, il lui paraissait illusoire que cette dernière, âgée de 51 ans, fasse un effort pour arrêter l'alcool et qu'elle puisse retrouver une capacité de travail. L'atteinte à la santé provoquée par la phobie et le trouble dépressif était trop importante chez cette assurée présentant une personnalité dépendante, actuellement seule affectivement, sans compagnon, habitant avec son neveu, et qui avait fonctionné depuis l'âge de 25 ans avec l'alcool comme « traitement » de ses angoisses. L'atteinte à la santé était donc importante et justifiait l'incapacité de travail, et ceci vraisemblablement depuis de nombreuses années, au moins depuis le dépôt de sa demande de prestations auprès de l'OAI. Des mesures professionnelles étaient vouées à l'échec, étant donné l'importance des angoisses et des idées de concernement dans des situations de stress. ![endif]>![if> 24. Le docteur I\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a indiqué dans son avis du 14 juillet 2015 que l'assurée présentait selon le Dr H\_\_\_\_\_ des troubles phobiques et paniques depuis l'adolescence. Il

était précisé dans la discussion que l'atteinte à la santé était importante et justifiait l'incapacité de travail et ceci depuis de nombreuses années.![endif]>![if> 25. L'OAI a établi une note interne en date du 4 août 2015, ainsi libellée « Vu avec GESCP : IT 100 % avant son arrivée en Suisse » . ![endif]>![if> 26. Le 24 août 2015, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision niant son droit aux prestations. Il a indiqué que le SMR, dans son avis du 14 juillet 2015, avait considéré que le problème de santé de l'assurée entraînait une incapacité de travail totale dans toute activité avant son arrivée en Suisse. ![endif]>![if> 27. Par décision du 25 septembre 2015, l'OAI a confirmé les termes de son projet.![endif]>![if> 28. En date du 23 octobre 2015, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Elle a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Elle a allégué que l'intimé se fondait sur le rapport du Dr H\_\_\_\_\_, qui faisait remonter les troubles à l'adolescence. Or, il n'existait aucun rapport médical qui permettait d'attester qu'il ne s'agissait pas simplement d'une crise d'adolescence difficile. De plus, dans la mesure où la recourante était toujours alcoolisée lors des rendez-vous médicaux, il y avait lieu de relativiser les réponses qu'elle avait naïvement données aux questions posées. Si le Dr H\_\_\_\_\_ avait indiqué que l'incapacité de travail était au moins simultanée à la demande de prestations, il n'affirmait pas qu'elle était apparue à l'adolescence. Or, l'invalidité telle que définie par la loi n'était apparue qu'en 1995. Cette année, la recourante avait travaillé à plusieurs postes différents, mais il s'était avéré qu'elle n'en était pas capable. La recourante n'avait de plus jamais été hospitalisée en psychiatrie avant 2011. La répartition traditionnelle des rôles au sein du ménage formé avec son mari ne signifiait pas qu'elle n'avait alors pas la capacité d'exercer une activité lucrative. Elle n'aurait d'ailleurs pu bénéficier de prestations de l'assurance-chômage si tel avait été le cas. L'intimé n'avait pas daté la survenance de l'invalidité en se fondant sur des critères objectifs. Il était surprenant que les psychiatres concluent à une invalidité survenue avant l'arrivée de la recourante en Suisse en se fondant sur les indications de cette dernière. Elle avait d'ailleurs pu se marier, puis entretenir une relation stable de longue durée, et elle avait entrepris une formation de bijoutière en 2009, laquelle pouvait être assimilée à une mesure de réadaptation au sens de l'assurance-invalidité. Enfin, l'intimé n'avait pas procédé à l'instruction complémentaire requise.![endif]>![if> 29. Dans sa réponse du 4 décembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que tous les documents médicaux au dossier faisaient remonter la claustrophobie, l'agoraphobie et les troubles paniques, totalement incapacitants, à l'adolescence. La comparaison des rapports des experts des HUG et du Dr H\_\_\_\_\_ révélait que l'état de santé était identique avant ou après l'arrivée de la recourante en Suisse. Au vu de l'anamnèse, la recourante présentait au degré de la vraisemblance prépondérante une incapacité de travail totale avant son arrivée en Suisse. Elle avait rencontré les mêmes difficultés professionnelles au Maroc et en Suisse. Le trouble dépressif était secondaire, et pouvait traduire une aggravation de l'état de santé, si bien qu'il ne changeait rien à l'incapacité de travail antérieure à l'arrivée en Suisse. Le fait qu'elle ait bénéficié de prestations de chômage ne changeait rien à l'appréciation de l'intimé. La recourante ne remplissait pas les conditions d'assurance pour l'ouverture du droit à la rente.![endif]>![if> 30. Par courriers des 8 et 14 décembre 2015, la chambre de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante et lui a imparti un délai pour consultation des pièces et le dépôt d'éventuelles observations.![endif]>![if> 31. A l'expiration de ce délai, 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

1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI et le 1<sup>er</sup> volet de la 6<sup>ème</sup> révision de la LAI sont entrées en vigueur respectivement le 1<sup>er</sup> janvier 2003, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînant de nombreuses modifications légales dans l'assurance-invalidité.

La législation applicable en cas de changement de règles de droit est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1). Cela étant, la LPGA n'a modifié ni la notion d'invalidité, ni la manière d'évaluer le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 229/05 du 3 mai 2006 consid. 1.2). La 5<sup>ème</sup> révision n'a pas non plus amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4322). En ce qui concerne la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 130 V 90 consid. 3.2).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, plus particulièrement sur le point de savoir à quelle date l'invalidité est survenue.

5. En préambule, il convient de rappeler que le droit aux prestations de la recourante doit s'analyser à l'aune des règles applicables aux ressortissants suisses, comme la chambre de céans l'a déterminé dans son arrêt du 13 janvier 2014.

Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. 7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte – dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente :

assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1)!>[if> Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4). Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGa et 27 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI – RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI) (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_589/2014 du 6 mars 2015 consid. 3.1). Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGa, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI) (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.3). Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGa, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que 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. 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 l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références). On précisera encore que l'empêchement dans les travaux habituels est en règle générale déterminé au moyen d'une enquête ménagère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 685/02 du 28 février 2003 consid. 3.2). Dès lors que l'invalidité consiste non en une incapacité de gain résultant d'une atteinte mais d'une limitation dans les travaux du ménage en raison de problèmes de santé, le début du droit à la rente doit également être déterminé eu égard à ce domaine. Pour déterminer depuis quand et dans quelle mesure la personne rencontre des empêchements dans l'accomplissement de ses travaux – et partant

quand naît le droit à la rente – il y a lieu de se fonder non pas sur l'enquête ménagère mais sur les rapports médicaux (ATF 130 V 97 consid. 3.3.3). 9. Jusqu'au 31 décembre 2007, l'art. 36 al. 1 aLAI prévoyait que les assurés comptant une année entière au moins de cotisations avaient droit aux rentes ordinaires. Aux termes de l'art. 36 al. 1 LAI dans sa teneur en force depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations. On précisera que c'est la version en force depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 qui s'applique au cas d'espèce, dès lors que la demande de prestations est postérieure à l'entrée en vigueur de cette disposition modifiée (cf. dans un cas similaire arrêt du Tribunal fédéral 9C\_230/2012 du 5 septembre 2012 consid. 1.2). 10. Aux termes de l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir le droit aux prestations entrant en considération. Le moment de la survenance de l'invalidité doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Ce moment ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b). Dans le cas d'une rente, l'invalidité est réputée survenue, en règle ordinaire, dès que l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI, dans sa version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, art. 29 al. 1 let b aLAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) (ATF 129 V 411 consid. 2.1). 11. Lorsqu'un assuré qui n'exerçait pas d'activité lucrative au moment de la survenance d'une atteinte à sa santé peut encore accomplir ses travaux habituels dans une mesure supérieure à 60 %, les conditions matérielles du droit à la rente ne sont en principe pas réunies et l'invalidité n'est pas réputée survenue tant que cette situation demeure. S'il s'avère ultérieurement qu'en raison de changements dans sa situation économique et personnelle, cette personne reprendrait l'exercice d'une activité lucrative, mais qu'elle en est empêchée par son état de santé déficient, elle pourra exiger, pour l'avenir, que son taux d'invalidité soit évalué selon la méthode générale de comparaison des revenus, conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Si le taux d'invalidité qui en résulte lui ouvre droit à une rente, l'invalidité sera réputée survenue, en règle générale, à l'échéance du délai d'attente prévu à l'art. 29 al. 1 let. b LAI, ce délai commençant à courir au plus tôt lorsque le changement de méthode d'évaluation de l'invalidité est devenu approprié (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 780/02 du 1<sup>er</sup> mai 2003 consid. 4.3.2). 12. Sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 13. Lorsque l'autorité cantonale de recours statue par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours, sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. Ce principe est applicable même en l'absence de disposition légale et vaut, partant, dans la procédure administrative en général (ATF 117 V 237 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_775/2010 du 14 avril 2011 consid. 4.1.1). L'autorité à laquelle une cause est renvoyée

doit ainsi fonder sa décision sur l'appréciation juridique de l'arrêt de renvoi. Par conséquent, si le juge est une nouvelle fois saisi de l'affaire, il ne saurait statuer sur le litige en tenant compte de considérations juridiques qui ont été expressément écartées dans l'arrêt de renvoi ou qui n'ont pas été prises en compte (ATF 116 II 220 consid. 4a).

13. En l'espèce, la chambre de céans avait renvoyé la cause à l'intimé pour que soit déterminé avec précision à quelle date l'invalidité de la recourante était survenue. Elle a exposé dans ses considérants les éléments qui manquaient pour trancher le litige, et pour quels motifs l'expertise réalisée par les spécialistes des HUG ne suffisait pas à sa résolution.

L'arrêt du 13 janvier 2014 ne dictait certes pas à l'intimé les modalités selon lesquelles il devait compléter l'instruction. La mise en œuvre d'une expertise n'est ainsi pas critiquable en soi. Force est cependant de constater que celle que le Dr H\_\_\_\_\_ a réalisée ne permet nullement de compléter utilement l'état de fait. Elle n'amène en effet pas plus que celle des psychiatres des HUG les éléments nécessaires à statuer sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité. Si le rapport de ce psychiatre comprend tous les éléments dégagés par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante et que sa qualité intrinsèque n'est pas remise en cause s'agissant de l'état actuel de la recourante, il ne se prononce pas sur les questions pertinentes, puisqu'il n'indique pas à quelle date et dans quelle mesure les atteintes de la recourante se sont révélées incapacitantes. Le Dr H\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des troubles phobiques existant « depuis l'adolescence », et indiqué que l'incapacité de travail était entière depuis « de nombreuses années ». Ces éléments ne sont ni suffisamment précis, ni suffisamment étayés pour démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante que l'invalidité est survenue avant l'arrivée de la recourante en Suisse, contrairement à ce qu'allègue l'intimé. Il y a encore lieu d'ajouter que si l'intimé était pour l'essentiel libre de décider des mesures d'instruction idoines pour compléter l'état de fait dans la mesure ordonnée par la chambre de céans, cette dernière a néanmoins relevé qu'il serait utile de recueillir des renseignements auprès des médecins ayant traité la recourante en 1992. L'intimé ne l'a pas fait. Or, compte tenu du fait que les conclusions de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ n'apportaient pas de réponse sur la date de début de l'invalidité, l'intimé aurait dû procéder à cette mesure d'instruction, ou à tout le moins inviter l'expert à compléter son rapport en prenant langue avec les médecins consultés par la recourante à l'époque. Comme cela ressort de la jurisprudence citée ci-dessus, la chambre de céans est liée par son arrêt de renvoi. Il y a donc lieu de renvoyer une nouvelle fois la cause à l'intimé pour que ce dernier instruisse de manière complète les éléments médicaux permettant d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante à quelle date l'incapacité de travail est survenue, et dans quelle mesure elle a évolué depuis. S'agissant du statut de la recourante, l'intimé ne l'a pas non plus examiné alors que la chambre de céans l'avait enjoint à le faire. Au vu des circonstances, il convient de rappeler en quoi cette question est essentielle pour trancher le litige. La recourante a indiqué que son époux et elle avaient adopté une répartition « traditionnelle » des rôles au sein du ménage, et qu'elle n'entendait ainsi pas poursuivre d'activité lucrative à l'extérieur du foyer à l'époque. On ajoutera que l'absence d'activité lucrative à long terme alors que la recourante habitait encore le Maroc peut également s'expliquer par des raisons culturelles. Il semble de plus que la relation que cette dernière a nouée après la fin de son mariage avec un homme qui subvenait à ses besoins lui permettait de ne pas travailler. Dans ces circonstances, il est possible qu'elle ait eu un statut de ménagère pendant ces années. Or, si ses troubles psychiques ont désormais des répercussions sur sa capacité de travail, il est possible que leur incidence – à supposer qu'ils aient déjà existé dans la même intensité à

l'époque – sur l'accomplissement des travaux habituels au sein du ménage ait été moindre et n'ait pas suffi à fonder un degré d'invalidité de 40 % au moins. Il est donc indispensable que l'intimé complète l'instruction de manière à déterminer le statut de la recourante – par exemple en se renseignant sur les ressources financières de cette dernière avant le dépôt de sa demande de prestations. Ceci fait, et une fois le statut établi au degré de la vraisemblance prépondérante, il appartiendra cas échéant à l'intimé d'instruire l'incidence des troubles psychiques sur la capacité de la recourante à accomplir les travaux habituels, et de déterminer comment cette capacité a évolué dans le temps. 14. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 1'000.-. 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.