

GE_GERICHTE A/4230/2019 vom 21. April 2020

GE Cour de justice, 2020-04-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4230_2019

FR: GE_GERICHTE A/4230/2019 du 21 avril 2020

IT: GE_GERICHTE A/4230/2019 del 21 aprile 2020

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à CAROUGE, représentée par le Service de protection de l'adulte recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. En 1992 (selon l'extrait du Registre de la population), Madame A_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), ressortissante brésilienne née en 1970, s'est installée en Suisse. Elle a exercé plusieurs emplois de brève durée. Après des emplois dans un cabaret, à la poste, dans un restaurant comme serveuse auxiliaire ainsi que dans l'entretien de cabines d'avions, entrecoupés de périodes de chômage, sa dernière activité remonte à 2002, année durant laquelle elle a été occupée comme nettoyeuse et aide ménagère intérimaire à domicile auprès de personnes âgées, pendant six ou sept mois et pour un salaire total de CHF 19'084.- (CHF 3'120.- + CHF 15'964.-) à teneur de l'extrait de son compte individuel établi par la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : CI). Depuis lors, elle bénéficie des prestations de l'aide sociale versées par l'Hospice général (ci-après : l'hospice). Elle est mère de deux filles nées en 1999 et 2001 de son union avec son second mari, ainsi que de deux garçons nés en 2006 de son union avec un compagnon et en 2011 de son union avec son troisième et dernier époux, dont elle a été séparée à tout le moins à partir de 2014. 2. Du 13 au 15 mai puis du 23 juillet au 6 août 2013, l'assurée a séjourné au service de gynécologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en raison d'un prolapsus utérin. L'intervention pratiquée le 23 juillet 2013 s'est compliquée d'un syndrome inflammatoire post-opératoire, d'un hématome de la paroi vaginale postérieure au niveau de la suture de la colpographie postérieure nécessitant une embolisation et un drainage, ainsi que d'une nécrose vaginale postérieure distale. L'incapacité de travail a été totale du 23 juillet au 15 septembre 2013. 3. Parallèlement, le 16 juillet 2013, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a retenu que l'assurée présentait depuis environ six mois des douleurs généralisées, articulaires, musculaires et rachidiennes d'origine indéterminée. Le diagnostic différentiel restait ouvert entre une polyarthrite rhumatoïde séronégative débutante et une connectivite, notamment un syndrome de Sjögren évoqué en raison du syndrome sec oculaire et buccal. 4. Du 17 octobre au 31 décembre 2013, l'assurée a été admise au Centre de thérapies brèves des HUG, en raison d'une aggravation de la symptomatologie dépressive (dégradation de la thymie associée à des angoisses massives, troubles du sommeil sous forme de réveils nocturnes fréquents dans un contexte de difficultés à s'occuper de ses enfants en raison de problèmes somatiques consécutifs à la cure de prolapsus). Selon la lettre de sortie du 10 mars 2014, les diagnostics étaient ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.1 de la CIM-10), et de trouble de la personnalité borderline (F60.31). Durant la prise en charge, la symptomatologie dépressive s'était progressivement atténuée et l'état clinique de l'assurée

s'était stabilisé. 5. Le 22 septembre 2014, l'assurée a été examinée par les docteurs C_____ et D_____, médecins au service des spécialités psychiatriques des HUG. Les diagnostics étaient probable trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et de trouble mixte de la personnalité (F61.0). Selon l'anamnèse, l'enfance et l'adolescence de l'assurée avaient été marquées par des violences physiques et psychiques. Le premier épisode dépressif remontait à 2005, à la suite de problèmes affectifs et d'argent. Par la suite, l'évolution semblait avoir été chronique. Plusieurs facteurs de stress venaient s'ajouter, notamment des relations interpersonnelles compliquées, marquées par des mariages et des divorces, des trahisons et une difficulté à gérer ses enfants cadets. Actuellement, l'assurée était en instance de divorce et son mari faisait selon elle l'objet d'une mesure d'éloignement en raison de violences. L'évaluation était compatible avec une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne. Le point de savoir si elle s'inscrivait dans la persistance de l'épisode dépressif apparu en 2005 ou si l'assurée avait connu des rémissions complètes - ce qui plaiderait plutôt en faveur d'un trouble dépressif récurrent - n'était pas clair. Plusieurs éléments anamnestiques convergeaient vers un trouble de la personnalité mixte avec des traits du cluster en particulier (traits histrioniques et émotionnellement labiles). Il n'y avait pas d'éléments en faveur d'épisodes hypomaniaques ou maniaques ou d'une dépendance à l'alcool, mais l'assurée semblait occasionnellement utiliser cette substance « pour se calmer ». 6. Dans un rapport du 23 septembre 2014, la doctoresse E_____, médecin praticien et médecin traitant de l'assurée depuis février 2011, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une cure de prolapsus gynécologique en 2013 avec complications multiples, un syndrome douloureux polyforme avec polyarthralgies, et un syndrome anxio-dépressif. La patiente présentait également un ulcère gastrique et une candidose aérodigestive étendue, sans incidence sur sa capacité de travail. Elle avait demandé le placement de ses enfants en raison de son incapacité à s'en occuper. Son rendement était réduit et il existait un risque de chronicisation. Ses capacités de concentration et d'adaptation et sa résistance étaient limitées par la fatigabilité. 7. Un scanner dorso-lombaire du 24 octobre 2014 a révélé une discrète spondylose étagée au niveau dorsal moyen, un minime rétrolisthésis de grade I de L2 sur L3, de discrètes discopathies L2-L3 et L5-S1 sans image de conflit disco-radiculaire, et de discrets remaniements dégénératifs des articulaires postérieures en L4-L5 et L5-S1. 8. Dans un rapport du 28 octobre 2014, les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG ont retenu les diagnostics suivants : syndrome douloureux chronique, état dépressif récurrent, avec status après tentamen médicamenteux en 2004 ; status après hospitalisations à Belle-Idée (2004, 2005) ; personnalité émotionnellement labile, type borderline ; trouble panique ; tabagisme actif ; prolapsus utérin avec cystocèle du 3^{ème} degré, hystérocèle du 3^{ème} degré, rectocèle du 2^{ème} degré, incontinence urinaire d'effort et utérus adénomyosique ; status après cure de prolapsus utérin le 23 juillet 2013 ; diathèse hémorragique sans anomalie de l'hémostase primaire ou secondaire retrouvée ; hémorroïdes ; allergies à la norfloxacine et à la fosfomycine ; status après pyélonéphrites bilatérales à répétition ; embolisation bilatérale des artères maxillaires internes et des artères faciales pour épistaxis ; status après laparoscopie diagnostique le 14 mai 2013 ; anciennes consommations de cocaïne et de cannabis. Après l'anamnèse, la description des plaintes et l'examen clinique, les médecins ont relevé que l'assurée présentait des douleurs chroniques complexes, mixtes, musculo-squelettiques et viscérales, avec sensibilisation centrale possible. Elles étaient très invalidantes au quotidien, participant à un abaissement thymique important. L'origine des différentes douleurs décrites n'était pas encore bien établie. Les

examens complémentaires pratiqués ne montraient pas de signes de gravité. L'examen clinique laissait suspecter une lombosciatalgie droite non déficitaire et une tendinite de De Quervain de la main droite. Dans ce contexte, un avis rhumatologique pourrait s'avérer utile pour discuter d'une immobilisation de l'avant-bras et rediscuter les radiographies de la main droite, qui montraient des signes compatibles avec une polyarthrite rhumatoïde. Un changement d'antidépresseur pourrait se discuter. Il paraissait crucial de remobiliser l'assurée au quotidien, afin qu'elle conserve la meilleure forme physique et psychique, et de fixer avec elle des objectifs progressifs pour qu'elle augmente régulièrement son périmètre de marche. Les médecins ont en outre proposé plusieurs options thérapeutiques. 9. Le 5 décembre 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une dépression. 10. Lors d'un entretien avec l'OAI le 28 mai 2015, l'assurée a notamment indiqué qu'elle ne pouvait faire son ménage d'un coup mais qu'elle fractionnait ses tâches ménagères. 11. Dans son rapport du 30 juin 2015, la Dresse E_____ a fixé le début de la longue maladie à juillet 2013, avec une capacité de travail exigible de 20 % dans toute activité (habituelle et adaptée) et des limitations fonctionnelles consistant en des « douleurs - état psychique ». Elle a confirmé les diagnostics précédemment posés, qui entraînaient, au titre de restrictions, de l'anxiété et une hyperalgie, se manifestant par des troubles de l'adaptation, de la mémoire et de la concentration ainsi que des troubles organisationnels. Les restrictions physiques étaient nombreuses, seules étant indiquées comme exigibles des activités dans différentes positions et le fait de monter les escaliers. 12. Dans une note du 19 janvier 2016, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) recommandait de demander aux HUG les comptes rendus des hospitalisations depuis juillet 2013 et d'interroger la Dresse E_____ si, concernant le syndrome douloureux, un bilan rhumatologique avait été effectué, avec, en cas de réponse affirmative, la transmission des rapports médicaux y afférents, et si, au plan psychiatrique, l'assurée était suivie par un psychiatre. 13. Le 10 mars 2016, le docteur F_____, spécialiste FMH en gynécologie, a diagnostiqué une récurrence de prolapsus génital, intéressant principalement le compartiment postérieur. 14. À teneur d'un rapport du 15 avril 2016 de la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assurée depuis avril 2014, la maladie de celle-ci remontait au début de l'année 2005 et sa capacité de travail dans toute activité était nulle depuis plusieurs années. Les nombreuses et graves complications somatiques encore présentes devaient être prises en compte dans l'évaluation de ses capacités. Les diagnostics étaient ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), remontant à 2005 environ, de trouble mixte de la personnalité avec traits émotionnellement labiles, de type borderline et des traits abandonniques (F61.0), remontant à l'adolescence, de même que de status après cure de prolapsus utérin, avec complications et incontinence urinaire, depuis 2013. L'évolution de l'état de santé était inquiétante, avec des périodes de dégradation sur plusieurs mois pendant l'automne-hiver 2014 et en été 2015, en raison du stress induit par les relations difficiles de l'assurée avec son époux et par le placement en foyer de ses deux fils. Au plan psychique, l'humeur était restée triste, avec l'anxiété présente dès le matin avec des aggravations lors des rencontres avec les services sociaux et avec certains médecins. La patiente présentait des troubles alimentaires importants et des somatisations douloureuses généralisées. Pendant l'été 2015, elle avait fait des démarches pour accueillir chez elle ses filles adolescentes, dans un contexte de plaintes pour maltraitance au domicile du père. Depuis lors, la situation s'était complexifiée, en raison de difficultés en lien avec sa fille aînée, ce

qui rendait l'assurée épuisée, triste et remplie d'un sentiment de culpabilité très vif. Par ailleurs, elle ruminait beaucoup sur ses limites. Elle présentait souvent des baisses d'énergie et d'élan vital, et son humeur était instable. La concentration restait satisfaisante, mais la mémoire de travail et l'endurance étaient souvent limitées par la fatigue et l'anxiété. Même dans les phases de stabilité psychique, l'assurée ne parvenait pas à gérer d'une manière satisfaisante sa vie quotidienne. Son rendement était réduit. La patiente se sentait apeurée et dépassée par la charge complexe et les responsabilités familiales, surtout par les manifestations psychiques incontrôlables de sa fille aînée. 15. Selon un rapport du 20 avril 2016 de la Dresse E_____, l'assurée s'était plainte après la cure de prolapsus en août 2013 d'un état général très altéré. Sa convalescence avait été marquée par une asthénie importante, des douleurs abdominales persistantes, des douleurs articulaires diffuses, et des douleurs, inflammations et infections génitales à répétition. La patiente était revenue la consulter en septembre 2014 devant la persistance de la symptomatologie douloureuse à l'abdomen, aux flancs et aux lombaires, de troubles circulatoires veineux aux membres inférieurs, d'une mycose digestive et gynécologique majeure, ainsi que des troubles de la défécation avec constipation opiniâtre et persistance du rectocèle et d'une gêne vaginale avec prolapsus utérin. Le suivi avait permis d'objectiver l'asthénie et la prolifération de candida digestif et gynécologique. Les investigations avaient mis en évidence une thrombose de la veine ovarienne droite, pour laquelle l'assurée avait bénéficié d'un traitement anticoagulant durant six mois. Le bilan urodynamique avait confirmé le prolapsus génital persistant, avec une indication à une reprise chirurgicale, risquée dans le contexte cicatriciel pelvien consécutif aux complications post-opératoires. Par ailleurs, l'hospitalisation et les complications post-opératoires avaient été extrêmement traumatisantes pour l'assurée sur le plan psychique et invalidantes dans sa vie quotidienne, car elles avaient aussi occasionné un important syndrome anxieux. 16. Le 2 novembre 2016, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'une expertise serait confiée au Professeur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et lui a imparti un délai pour se prononcer sur le choix de l'expert et les questions qui lui seraient posées, lesquelles portaient sur l'atteinte à la santé, le contexte social, les diagnostics, le traitement et la réadaptation, la cohérence et la capacité de travail. 17. Le 16 décembre 2016, le Pr H_____ et Madame I_____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, ont rendu leur rapport. À la suite de l'anamnèse et du résumé du dossier, ils ont noté dans le status que la situation actuelle de l'assurée était marquée par des fluctuations de l'humeur et un sentiment de dévalorisation intense, en lien avec ses problèmes physiques et l'altération de son image de femme. Son impulsivité et la difficulté à percevoir les limites étaient moins présentes. En revanche, elle décrivait des moments de détresse face à l'évolution de ses enfants et des conflits avec son ex-mari. Sous le « status clinique » était notée notamment une absence d'argument en faveur de troubles cognitifs chez cette « jeune femme, chaleureuse, disponible à l'entretien, établissant un contact facile avec son interlocuteur », avec de bonnes capacités d'introspection mais des lacunes évidentes sur le plan de la mentalisation. Il n'y avait pas de troubles du cours de la pensée ni d'éléments de la lignée psychotique. La thymie était triste avec une fixation de la tonalité au pôle dépressif, avec un sentiment de dévalorisation important et une baisse de l'élan vital. Mais la projection dans l'avenir était conservée. Il y avait une absence de sentiment d'inutilité ou de culpabilité ainsi que d'arguments en faveur d'un trouble anxieux. En particulier, on ne retrouvait pas d'éléments en faveur d'un syndrome somatoforme douloureux (absence de fixation sur la plainte douloureuse, acceptation des fluctuations en lien avec les problèmes urogénitaux, absence d'irritabilité

avec demande de réparation). Au niveau de la personnalité, était noté un Moi avec traits abandonniques avec recherche constante d'un étayage relationnel. Étaient posés les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) dès 2005 ; trouble de la personnalité émotionnellement labile, borderline (F60.31) dès le début de l'âge adulte ; et troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1) dès 2005. Au titre de la « cohérence », le diagnostic de trouble de la personnalité borderline était évident, le récit de vie de l'expertisée était typique de ce trouble, notamment par rapport aux ruptures relationnelles, à la diffusion de l'identité, et au sentiment de désolation face à des évolutions de vie qu'elle n'avait pas su anticiper. Des mesures de réadaptation étaient souhaitables afin de donner une perspective de vie moins dépendante de fluctuations affectives à l'intéressée. Il s'agirait de bâtir un pôle de sécurité chez cette femme chaleureuse mais peu constante, qui se sentait soumise aux « dysrégulations » de son humeur. Toutefois, cette réadaptation devait tenir compte de multiples limitations fonctionnelles (fluctuations de l'humeur, tendance au découragement rapide et demande d'étayage relationnel, sentiment de dévalorisation pouvant alimenter une mise en échec, préoccupations en lien avec sa santé physique et l'équilibre psychologique de ses enfants avec difficultés de mentalisation). L'expertisée vivait pour l'heure une période d'accalmie sur le plan relationnel après la réussite d'un regroupement des enfants auprès d'elle. Toutefois, d'autres facteurs de crise faisaient leur apparition : maladie psychiatrique de la fille, prolapsus urogénital mettant en jeu sa propre féminité, absence de relation soutenante. Dans ce sens, créer un pôle de stabilité à travers une réadaptation dans un emploi compatible avec ses capacités (par exemple auxiliaire de santé auprès des personnes âgées) dans un environnement bienveillant était non seulement exigible, mais souhaitable. Cette démarche devait se faire en continuant le soutien thérapeutique et en tenant compte des limitations fonctionnelles. La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était nulle. Dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée, elle était de 50 % au maximum dès le jour de l'expertise. 18. Dans un avis du 23 février 2017, le SMR a repris les diagnostics du Pr H_____ et de Mme I_____, auquel s'ajoutait celui de status post-cure de prolapsus utérin en juillet 2013. Il s'alignait sur les conclusions de l'expertise, qui avait valeur probante. Le début de l'incapacité de travail durable était fixé au mois d'avril 2014, date du début de son suivi par sa psychiatre traitant (la Dresse G_____). La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : travail dans un milieu bienveillant, fluctuations de l'humeur, difficultés et encadrements relationnels, sentiment de dévalorisation. Le début de la réadaptation était fixé à décembre 2016. 19. Par un rapport du 13 juillet 2017, la Dresse E_____ a transmis au SMR l'intégralité des rapports médicaux concernant l'assurée et a précisé que les restrictions fonctionnelles étaient les suivantes : douleurs pelviennes et abdominales ; troubles veineux trophiques et algiques des membres inférieurs ; status après thrombose de la veine ovarienne et complications de chirurgie gynécologique ; fatigabilité, anxiété, faible résistance au stress, troubles de l'humeur et stress après traumatisme médical. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient un syndrome algique chronique après intervention gynécologique ; un syndrome dépressif récurrent ; un trouble de la personnalité borderline et un syndrome algique idiopathique sans diagnostic étiologique précis. 20. Le 20 décembre 2017, le SMR a résumé le contenu du dossier de l'assurée, avant de conclure à des séquelles incapacitantes de l'atteinte gynécologique depuis 2014. Les limitations fonctionnelles qui en découlaient

étaient l'exclusion de port de charges de plus de 5 kg et d'efforts physiques importants, et la nécessité de proximité de toilettes du fait de possibles épisodes d'incontinence. Son évaluation de la capacité de travail du 23 février 2017 restait valable. 21. Dans une note interne du 22 décembre 2017, l'OAI a souligné que l'extrait de CI ne révélait aucun indice d'activité lucrative durable. L'assurée n'était pas dans une démarche de réinsertion. Était proposée l'application de la méthode spécifique. 22. Selon le rapport d'enquête ménagère établi le 8 janvier 2018, le 6 juin 2017, par une infirmière, l'OAI a réalisé une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée (ci-après : enquête ménagère). Au sujet d'une éventuelle activité lucrative, l'assurée n'arrivait pas à se projeter ni à répondre à la question de savoir si elle exercerait une activité lucrative sans atteinte à la santé. Elle affirmait n'avoir jamais trouvé un travail stable car elle n'avait ni diplôme ni expérience. Pendant les périodes où elle était mariée, elle pouvait compter sur le soutien financier de ses époux. L'assurée disait que depuis 2005, son état psychique ne lui avait pas permis d'entreprendre de démarches pour des recherches d'emploi. Elle avait perdu la garde de ses enfants - ses fils - et, selon ses dires, elle n'arrivait pas à se concentrer sur autre chose que de pouvoir les récupérer. Elle avait la garde de ses filles. Sa fille aînée avait toutefois quitté la maison un mois auparavant. Sa seconde fille mangeait à la maison à midi. Ses fils cadets vivaient en foyer et rentraient à la maison le week-end et durant la moitié des vacances. L'assurée continuait à gérer seule la conduite du ménage (premier poste) depuis son atteinte. Elle disait pouvoir maintenir son appartement rangé et faire son ménage comme elle le pouvait. Elle n'arrivait toutefois pas toujours à trouver l'énergie nécessaire pour effectuer les différentes tâches ménagères de manière régulière, et devait les remettre à un autre jour. De plus, il lui était difficile de prendre des initiatives. Elle demandait de l'aide à sa fille pour les travaux ménagers qu'elle n'arrivait plus à faire elle-même en raison de ses douleurs consécutives au prolapsus utérin. Le jour de l'entretien, l'appartement semblait entretenu et rangé. Pour l'alimentation (second poste), avant son atteinte, l'assurée gérait seule la préparation des repas. Elle utilisait autant de produits frais que de surgelés. Elle confectionnait également des gâteaux. Ensuite, elle faisait la vaisselle, rangeait et nettoyait la cuisine. Depuis l'atteinte, elle disait continuer à assurer la préparation des repas. Toutefois, elle élaborait des repas requérant moins de temps de préparation. Parfois, sa fille cuisinait à midi quand elle n'en avait pas le courage. Elle ne trouvait plus la motivation de préparer des gâteaux pour ses enfants. Elle s'organisait avec sa fille de 15 ans pour la vaisselle et le rangement de la cuisine, car elle n'arrivait pas à tout faire elle-même. L'assurée assumait seule l'entretien du logement (troisième poste) avant son atteinte. Elle effectuait le ménage courant, passait l'aspirateur et nettoyait les sols deux fois par semaine. Elle faisait les vitres et les nettoyages à fond sur l'année. Elle faisait les lits le matin et changeait les draps de manière régulière. Depuis son atteinte, elle continuait à gérer la plus grande partie du ménage, mais elle ne faisait plus le ménage de manière aussi régulière qu'auparavant, soit une fois par semaine, voire moins. Il était exigible que l'assurée fractionne les différentes tâches sur la semaine. Sa fille rangeait sa chambre et faisait son lit. En raison de ses douleurs, elle évitait de passer l'aspirateur, plus particulièrement sous les meubles, car elle ne supportait plus les positions en porte-à-faux. Pour les mêmes raisons, elle ne nettoyait plus les sols qu'une à deux fois par mois et ne pouvait plus frotter de la même manière. Elle avait besoin de l'aide de sa fille pour laver la baignoire, faire les vitres et les « à fonds », ainsi que pour changer les draps de lit. S'agissant des emplettes et courses diverses (quatrième poste), avant l'atteinte, pour les achats, elle se rendait en France pour faire les grandes courses et effectuait des emplettes régulières dans son quartier pendant la

semaine. Elle pouvait gérer ses factures courantes. Quant aux papiers administratifs, elle s'était toujours fait aider soit par son époux, soit par une assistante sociale de l'hospice. Après l'atteinte, elle continuait à gérer les listes de courses. Elle ne se rendait plus que rarement en France car cela lui demandait trop d'énergie. Elle faisait désormais les courses dans les commerces de son quartier. En outre, en raison de ses douleurs, elle ne pouvait plus porter de lourdes charges. De ce fait, elle faisait des courses par petites quantités. Sa fille l'aidait pour les charges lourdes. Elle repoussait le moment d'ouvrir son courrier. Une assistante sociale la voyait une fois par mois pour l'assister également dans la gestion des factures. Concernant la lessive et l'entretien des vêtements (cinquième poste), avant l'atteinte, l'assurée s'en occupait seule. Elle repassait les vêtements et pliait directement les draps et les linges. Après l'atteinte, si elle se donnait la peine de maintenir une certaine régularité dans le ménage et la préparation des repas, elle donnait moins d'importance à l'entretien du linge. Selon ses dires, il lui était difficile de prendre l'initiative de faire la lessive, et elle s'occupait souvent de cette tâche avec sa fille ou seule à son rythme lorsqu'elle se sentait bien. Elle ne repassait pour ainsi dire plus, sa fille s'en occupait. En ce qui concernait les soins à ses enfants (sixième poste), l'assurée accompagnait son aînée chez le psychologue une fois par semaine tant qu'elle avait vécu chez elle. Elle pourvoyait à l'éducation de sa deuxième fille de son mieux. Elle se rendait la plupart du temps aux réunions scolaires ou demandait des entretiens individuels à un autre moment. Les deux garçons âgés de 11 et 6 ans étaient placés en foyer car elle ne pouvait pas s'en occuper toute la semaine. Ils venaient passer le week-end et la moitié des vacances chez l'assurée. Elle se donnait alors la peine de gérer leur quotidien et de faire des activités malgré ses difficultés. Les empêchements suivants étaient retenus : Travaux Exigibilité en % Pondération en % Empêchement en % Empêchement pondéré Conduite du ménage

E. 2.8

% Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille 20 % 70 % 14 % Exigibilité 0 % 0 % 0 % Total des champs d'activités 100 % Total de l'exigibilité retenue

E. 3

% 25 % 0.75 % Exigibilité 10 % 15 % 0.45 % Alimentation 37 % 25 % 9.25 % Exigibilité 10 % 15 % 5.55 % Entretien du logement 18 % 40 % 7.2 % Exigibilité 10 % 30 % 5.4 % Emplettes et courses diverses 8 % 20 % 1.6 % Exigibilité 10 % 10 % 0.8 % Lessive et entretien des vêtements 14 % 30 % 4.2 % Exigibilité 10 % 20 %

E. 8

% Total - empêchement pondéré sans exigibilité 37 % Total - empêchement pondéré avec exigibilité 29 % Concernant l'exigibilité de 8 % retenue, la fille de l'intéressée pouvait l'aider pour quelques travaux ménagers, lui apportait une aide à la cuisine et rangeait sa chambre. Les conditions pour l'octroi d'une allocation pour impotent n'étaient pas remplies, l'assurée étant, malgré un trouble dépressif récurrent, autonome dans la gestion de son quotidien. 23. Par ordonnance du 8 janvier 2018, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (ci-après : TP AE) a institué une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assurée. 24. Le 18 janvier 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision refusant l'octroi d'une rente. Selon l'office, son statut était celui d'une personne non active consacrant tout son temps à ses travaux habituels. Le SMR reconnaissait une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité depuis avril 2014. L'enquête ménagère révélait un degré d'invalidité de l'ordre de 29 %, insuffisant par rapport au taux de 40 % requis pour ouvrir le

droit à une rente. 25. L'intéressée n'a pas formulé d'objection dans le délai de trente jours accordé. 26. Par décision du 26 février 2018, l'OAI a confirmé les termes de son projet de décision. 27. Par écriture du 21 mars 2018 adressée à l'OAI, l'assurée, agissant en personne, a déclaré son intention de recourir, au motif que tous les éléments n'avaient pas été pris en compte. La demande de rente avait été rédigée par sa psychiatre traitant et non par un médecin généraliste. Son nouveau médecin généraliste était prêt à produire toutes les pièces nécessaires. 28. Le 27 mars 2018, l'intimé a transmis cette écriture à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) comme objet de sa compétence, ledit acte étant ainsi enregistré comme recours sous le numéro de cause A/1065/2018. 29. Dans sa réponse du 10 avril 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, l'expertise réalisée par le Pr H_____ et Mme I_____ devant se voir reconnaître une pleine valeur probante. 30. Par réplique du 14 mai 2018, la recourante, par une de ses deux curatrices, a conclu sur le fond à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision lui octroyant une rente, et subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi à l'intimé pour nouvel examen et nouvelle décision dans le sens des considérants. Selon elle, bon nombre d'activités lourdes n'étaient pas exigibles compte tenu de son état de santé. De ce fait, les empêchements ménagers retenus n'étaient pas adéquats. S'agissant de la conduite du ménage, elle ne parvenait plus à prendre d'initiative et n'avait plus d'énergie pour réaliser régulièrement ses tâches ménagères, et éprouvait d'importantes difficultés à les effectuer. Concernant l'alimentation, son atteinte à la santé avait considérablement modifié ses habitudes alimentaires. Sa fille seule faisait la vaisselle et s'occupait du rangement. Le logement n'était entretenu que grâce à l'aide de sa fille. Les problèmes de santé de l'assurée ne lui permettaient pas plus d'effectuer le ménage de manière régulière. Elle ne pouvait plus passer l'aspirateur ou nettoyer correctement les sols, les positions en porte-à-faux étant compliquées en raison des douleurs consécutives au prolapsus utérin. Sa fille l'aidait dans le nettoyage et changeait les draps. Elle était obligée de procéder de manière fractionnée à ses emplettes, et une partie de ses affaires administratives était désormais gérée par ses curatrices. Dans la mesure où elle était obligée de consacrer davantage de temps, d'énergie et d'importance au ménage et à la préparation des repas, il lui était très difficile de prendre l'initiative de faire des lessives. D'une manière générale, elle n'était aidée que dans une faible mesure par sa fille, scolarisée toute la journée. Elle en a conclu que des taux d'empêchement supérieurs devaient être retenus. Seul l'empêchement de 70 % admis pour les soins aux enfants semblait correct. 31. Par une écriture du 12 juillet 2018, la recourante a produit un rapport établi la veille par la doctoresse J_____, spécialiste FMH en médecine interne, nouveau médecin traitant, qui la suivait depuis le 19 février 2018. Elle est revenue sur les conclusions de l'enquête ménagère en se référant au rapport de la Dresse J_____. Les douleurs consécutives à son prolapsus utérin l'empêchaient de porter un sac de courses. Les positions en porte-à-faux ou les mouvements brusques provoquaient des douleurs très importantes et pouvaient déclencher des pertes urinaires ou fécales. La lessive nécessitait des efforts physiques, lesquels entraînaient des douleurs importantes. Ainsi, les empêchements retenus dans les courses, l'entretien du logement et la lessive devaient être revus à la hausse. S'agissant de la conduite du ménage, la dépression diminuait les compétences cognitives de façon accrue en raison de sa personnalité fragile. L'empêchement devait également être augmenté. S'agissant des soins aux enfants, il serait envisageable de considérer un empêchement total. Ses problèmes de santé l'empêchaient de prendre soin d'elle-même, et il lui était désormais impossible de faire face aux difficultés de

santé de ses enfants. Dans le rapport joint, la Dresse J_____ rappelait les abus dont la recourante avait été victime dès son enfance. Cette dernière souffrait entre autres de la récurrence de descentes d'organes génitaux antérieurs et postérieurs, qui la limitaient dans les efforts physiques. Elle souffrait par ailleurs également d'infections gynécologiques récidivantes fréquentes. Les symptômes rendaient tous les gestes de la vie quotidienne sources d'anxiété chronique. La situation de la patiente était particulière. Les complications chirurgicales gynécologiques et anales de l'intervention de 2013 n'avaient à l'époque pas été abordées de façon à en limiter les impacts négatifs et leur chronicisation. Des complications psychosomatiques s'y étaient associées, et étaient actuellement au premier plan des limitations fonctionnelles, sous forme de douleurs, d'un sentiment de honte, d'isolement ou d'une « sidération de son besoin de reconnaissance d'un certain rôle de victime ». Tant que ce dernier point ne serait pas abordé adéquatement, le dépassement du rôle de victime et le retour à une vie active étaient peu probables. La précarité de sa santé gynécologique et anale, régions violentées par le passé, étaient actuellement le lieu de cristallisation de douleurs à la fois psychiques et somatiques. Cette situation s'apparentait à un syndrome de stress post-traumatique. L'anxiété d'une nouvelle reprise chirurgicale, dont la patiente avait intégré le risque vital (cardiaque et thrombo-embolique), était source de souffrances supplémentaires. En outre, la dépression persistante diminuait les compétences cognitives, plus que pour la majorité des personnes, et, tant qu'elle ne serait pas réduite grâce au règlement du problème de sa sphère intime (tant par une correction chirurgicale que par des approches psychosomatiques et de type « gestion des événements indésirables »), ne permettait pas d'envisager une reprise de formation ou une activité professionnelle, ni même la gestion des activités habituelles du quotidien. Par ailleurs, le fils de la recourante souffrait d'une maladie chronique ayant un impact majeur sur sa vie quotidienne et celle de son entourage, ce à quoi s'ajoutaient les difficultés de santé psychiques des autres enfants. Sur le plan de l'activité physique, la limitation était celle de l'attente de la correction chirurgicale gynécologique et anale. Étaient décrites les démarches en cours en vue de trouver une institution hospitalière apte à effectuer l'opération chirurgicale évoquée, étant soulignées les difficultés liées à la rupture du lien thérapeutique avec une partie des soignants des HUG et cette institution elle-même. La patiente, bien que fragilisée et faisant face à de multiples barrières à la guérison, disposait de ressources internes pour reprendre à terme une activité professionnelle adaptée, telle que vendeuse à temps partiel par exemple. La reconnaissance de son incapacité et d'un certain rôle de victime paraissaient nécessaires afin qu'elle soit aidée dans un deuxième temps, probablement après trois à cinq ans, à les dépasser. 32. À teneur d'un avis du 30 juillet 2018 du SMR, la Dresse J_____ ne fournissait aucun élément médical de sévérité pour les douleurs et les troubles psychiques retenus, tel qu'un traitement antalgique ou des répercussions des douleurs (par exemple sur le sommeil). Aucune symptomatologie en lien avec le stress post-traumatique n'était signalée, ni décompensation nette du trouble dépressif. Au vu du courriel - ou rapport - de la Dresse J_____, les nombreuses problématiques gynécologiques de l'assurée avaient des répercussions très notables sur sa qualité de vie et, par conséquent, son état psychique, mais on ne disposait d'aucun nouvel élément médical pouvant justifier de ne pas s'en tenir aux conclusions précédentes. La différence d'évaluation de ce nouveau médecin traitant était justifiée par l'intégration des facteurs psycho-sociaux dans la prise en charge thérapeutique. 33. Par duplique du 31 juillet 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Selon lui, la Dresse J_____ n'était pas psychiatre et ne saurait ainsi se déterminer sur l'existence de diagnostics psychiatriques. Le SMR avait pris en compte les limitations fonctionnelles découlant de

l'atteinte gynécologique, et l'enquête ménagère avait valeur probante. Était rappelée la portée de l'obligation de diminuer le dommage dans la sphère ménagère. 34. Le 30 août 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions. Au vu de son constat du 30 juillet 2018 à la suite de la lecture du rapport de la Dresse J_____, le SMR aurait dû préconiser un examen médical pluridisciplinaire, afin de prendre en compte l'ensemble des troubles médicaux, ou solliciter des informations médicales complémentaires de la part du médecin traitant. 35. Par arrêt du 16 avril 2019 (ATAS/316/2019), la chambre des assurances sociales a admis partiellement le recours, annulé la décision de l'OAI du 26 février 2018, renvoyé la cause à celui-ci pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants, et mis un émolument de CHF 300.- à la charge de l'intimé. Selon ladite chambre, le statut de ménagère retenu pour la recourante n'était pas litigieux. Même si l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail n'était pas absolument primordiale lorsqu'il s'agissait d'établir le degré d'invalidité d'une assurée au statut de ménagère, dont l'invalidité devait en principe être déterminée au moyen d'une enquête ménagère, le rapport réalisée par le Pr H_____ et Mme I_____ le 16 décembre 2016 ne se prononçait pas sur les indicateurs nouvellement établis par la jurisprudence en matière d'évaluation des troubles psychiques et ne semblait d'ailleurs pas structuré de manière conforme à la mission d'expertise établie par l'intimé. Ce seul élément suffisait à ne pas lui reconnaître une pleine valeur probante. Par ailleurs, ledit rapport d'expertise, dont le status - « clinique » - se résumait pour l'essentiel à des observations en style télégraphique se référant à des concepts psychiatriques nullement explicités par les experts et inaccessibles à des non-spécialistes, ne satisfaisait pas aux exigences d'intelligibilité qui s'imposaient en matière d'expertises médicales. Enfin, le Pr H_____ et Mme I_____ avaient considéré que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, alors qu'elle était de 50 % dans une activité adaptée, mais ils n'avaient cependant absolument pas motivé ces conclusions ; ils n'avaient en outre pas indiqué à quelle activité habituelle ils se référaient, ni précisé à quelle date l'incapacité de travail dans cette activité remontait. Or, dans le cas de la recourante, si cette incapacité devait être concurrente à l'apparition du trouble de la personnalité borderline, au début de l'âge adulte, il y aurait lieu d'examiner si les conditions d'assurance prévues à l'art. 6 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20) étaient remplies. L'enquête ménagère était quant à elle bien motivée et l'enquêtrice avait tenu compte des explications et des douleurs de la recourante dans les empêchements retenus. Les difficultés qui y étaient mentionnées étaient d'ailleurs superposables à celles alléguées par la recourante dans son écriture du 14 mai 2018. L'enquêtrice les avait admises de manière relativement large, et les empêchements fixés reflétaient l'obligation de diminuer le dommage de la recourante, par exemple en fractionnant les différentes tâches à accomplir ou en s'organisant différemment afin de les mener à bien. L'exigibilité retenue pour sa fille, soit 8 %, n'était pas excessive, même pour une adolescente scolarisée ; en effet, si l'on tenait compte d'une activité ménagère répartie sur quarante heures par semaine pour la recourante, cette exigibilité représentait une participation aux tâches ménagères de moins de quatre heures par semaine, ce qui n'était pas anormalement élevé pour un enfant de 15 ans. Au plan somatique, les conclusions de cette enquête ne prêtaient ainsi pas flanc à la critique et il n'existait pas de motif de s'en écarter. En revanche, en tant qu'elle visait à établir les répercussions des troubles psychiques de la recourante dans la sphère ménagère, on ne pouvait pas se fier sans autre à l'enquête réalisée, conformément à la jurisprudence. Or, dès lors que l'expertise réalisée par le Pr H_____ et Mme I_____ ne suffisait pas à en confirmer ou infirmer les conclusions, il convenait de renvoyer la cause à l'OAI, à charge

pour ce dernier de compléter l'instruction sur ce point, par exemple en interpellant le psychiatre traitant de la recourante sur les résultats de cette enquête et en l'invitant à se prononcer sur l'impact des troubles psychiques sur l'accomplissement des travaux ménagers. Si les mesures d'instruction entreprises par l'intimé révélaient que des correctifs devaient être apportés au rapport d'enquête ménagère dans une mesure ouvrant le droit à la rente, il lui appartiendrait de déterminer si les conditions d'assurance étaient remplies. 36. Par lettre du 18 juin 2019, suivie de rappels les 19 juillet et 19 août 2019, l'OAI a demandé à la Dresse G_____ de prendre connaissance du rapport d'enquête ménagère annexé et des empêchements retenus par lui-même, et de procéder à son appréciation de l'impact des troubles psychiques constatés sur les tâches ménagères déterminées. 37. Dans un rapport du 23 août 2019, la Dresse G_____ y a répondu. Les diagnostics psychiatriques précédemment posés restaient d'actualité, expliquant dans une mesure importante les limitations fonctionnelles que gardait la patiente. Toutefois, le vaste dossier somatique transmis par son médecin traitant apportait beaucoup d'informations sur les multiples souffrances vécues par l'assurée, qui étaient très handicapantes physiquement pour elle. Les éléments contenus dans les rapports figurant dans ce dossier confortaient la psychiatre traitant à corriger la formulation de l'OAI selon laquelle l'intéressée était « en incapacité de travail en raison de problèmes essentiellement psychiatriques ». La réalité clinique mettait avec certitude au premier plan les limitations somatiques. Au plan psychique, les capacités cognitives de la patiente demeuraient limitées. Celle-ci manquait d'attention dans ses actions, se concentrait mal, était rapidement dispersée et se sentait perdue en raison des multiples responsabilités familiales ; elle estimait que les situations qui sortaient de ses habitudes, qui étaient trop changeantes et qui la sollicitaient d'une manière trop intense lui faisaient peur, la déstabilisaient et lui confirmaient ses incapacités, lui renvoyant une image rabaissée d'elle-même. Il y avait une nette instabilité de son humeur qui s'associait aux restrictions physiques connues et lui imposait des efforts importants de motivation pour maintenir le quotidien de sa famille. En même temps, l'assurée se sentait agacée par l'état vétuste et l'espace exigu de son appartement (3 pièces), qui rendaient compliqué son entretien et donnaient à celle-ci l'impression de ne plus pouvoir réussir aussi rapidement ses tâches domestiques. En outre, devant faire trop souvent appel à sa fille pour la remplacer, elle se sentait « fautive de ne plus être à la hauteur de ses devoirs de mère ». Elle avait souvent un sentiment de culpabilité à l'égard de ses enfants, se dévalorisait personnellement et était attristée par les remarques dénigrantes exprimées parfois par son aînée. Concernant les constatations du rapport d'enquête ménagère, l'humeur basse de la patiente ravivait et accentuait ses douleurs articulaires et musculaires, spécifiques à la fibromyalgie, baissait son endurance et la rendait incapable pour beaucoup d'heures. Pendant ces moments, elle restait alitée, passive, ayant besoin d'aide et de stimulation pour se réactiver et assumer parfois les moindres activités nécessaires. « Le fonctionnement global [était] donc caractérisé par la baisse de l'autonomie, donné par la difficulté de se déplacer, de faire des activités en force (à cause d'un grave prolapsus vaginal et d'un « périnée exposé », inopérable suite aux complications cardiaques très risquées que la patiente [présentait] depuis quelques années), ou de garder une bonne endurance et une efficacité correcte dans ses actes, comme avant ». La conscience de ses limitations si handicapantes, les attitudes critiques des autres à son égard et les comparaisons défavorables que la patiente entendait de nombreuses fois avaient eu un effet déstabilisant sur son moral, la rendaient plus sensible émotionnellement, induisant des anticipations anxieuses et parfois la bloquant avant des activités inconnues. Dernièrement, les problèmes financiers (manque de revenus), les

retards et les contrariétés avec sa curatrice multipliaient les soucis de l'assurée, aggravaient sa tension psychologique et augmentaient l'instabilité de son état psychique. Cette fragilité, psychologique et physique, existait bien que la patiente se montrait compliant et active dans sa thérapie. Vivre dans un petit appartement de 3 pièces plusieurs semaines de vacances et des week-ends entiers avec quatre enfants d'âges si différents, manquant totalement d'espace, de confort et d'intimité, expliquait que l'assurée n'arrivait pas à se poser ni se reposer mais s'épuisait à maintenir le calme entre ses enfants. L'instabilité persistante de l'état psychique de la patiente, les aggravations répétitives observées et sa situation de détresse actuelle expliquaient qu'elle avait perdu confiance, n'était plus sûre de ses disponibilités et n'avait plus de vrais projets pour l'avenir. 38. Selon un avis du SMR du 2 septembre 2019, il ressortait de ce courrier de la Dresse G_____ que les atteintes physiques étaient primordiales dans les limitations de l'assurée et que la dégradation de son état psychique était due à des facteurs psychosociaux (problèmes financiers, difficultés avec sa curatrice, problème de logement, etc.). Partant, les empêchements ménagers figurant dans l'enquête ménagère étaient confirmés, ce depuis 2014. 39. Par projet de décision du 3 septembre 2019, l'OAI a indiqué prévoir de rejeter la demande de rente d'invalidité, un délai de trente jours étant octroyé à l'assurée pour faire valoir des objections. Selon lui, les nouveaux éléments recueillis dans le cadre du complément d'instruction conforme à l'arrêt de la chambre des assurances sociales du 16 avril 2019 confirmaient les empêchements ménagers évalués dans le rapport d'enquête ménagère, donc un degré d'invalidité de 29 %, inférieur au taux de 40 % requis. 40. Par lettre du 4 octobre 2019, par sa curatrice, l'intéressée, faisant suite audit projet de décision qu'elle avait reçu le 11 septembre 2019, a demandé à l'OAI l'envoi de son dossier AI complet de même que l'octroi d'un délai complémentaire de deux mois pour pouvoir compléter ses objections. 41. Par plis des 8 et 9 octobre 2019, ledit office lui a remis le CD-ROM contenant son dossier, respectivement le mot de passe pour y accéder. 42. Par décision du 14 octobre 2019, notifiée le 18 novembre suivant, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité, pour les motifs exposés dans son projet de décision du 3 septembre 2019. 43. Par courrier de sa curatrice adressé le 1^{er} novembre 2019 à l'OAI, l'assurée s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendue faute d'octroi du délai complémentaire demandé dans son écrit du 4 octobre 2019 et a requis l'annulation de la décision précitée. 44. Par lettre du 5 novembre 2019, ledit office lui a répondu que le délai de trente jours pour formuler des objections pouvait être prolongé uniquement si de nouveaux éléments pouvant influencer sur la décision étaient présentés et que le courrier du 4 octobre 2019 n'apportait aucun moyen susceptible de conduire à un réexamen de son appréciation initiale. 45. Par acte expédié le 14 novembre 2019 au greffe de la chambre des assurances sociales et enregistré sous le numéro de cause A/4230/2019, l'assurée, par sa curatrice, a formé recours contre ladite décision du 14 octobre 2019, concluant préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter la motivation de son recours, le droit de modifier, compléter ou amplifier ses conclusions étant réservé, principalement à l'annulation de la décision querellée, suivie d'un ordre à l'intimé de rendre une décision lui accordant une rente entière, subsidiairement d'un retour du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants. D'après elle, à la suite de ses objections formulées le 4 octobre 2019, l'OAI n'avait pas respecté son droit d'être entendue en ne lui accordant pas de délai complémentaire. Selon un rapport de la Dresse J_____ du 12 novembre 2019, faisant le point sur la situation somatique de l'assurée, la prise en charge de celle-ci au plan uro-procto-gynécologique avait été retardée principalement en raison de la péjoration de polyarthralgies qui étaient devenues les douleurs au premier plan ces derniers

mois et concernant lesquelles les rhumatologues des HUG avaient une suspicion de connectivite actuellement inclassable (maladie dysimmunitaire). À cet égard, une intervention chirurgicale orthopédique au niveau de sa cheville gauche prévue en été 2019 avait dû être repoussée et devrait être réévaluée dans ce contexte. S'agissant de la prise en charge uro-procto-gynécologique, la patiente avait dû se résoudre à reconsulter aux HUG et devait attendre d'avoir plus de certitude au plan immuno-rhumatologique pour envisager la chirurgie élektive. En résumé, aux limitations fonctionnelles décrites dans le rapport du 11 juillet 2018 s'étaient actuellement ajoutées des douleurs articulaires probablement encore plus limitantes. Plusieurs approches thérapeutiques étaient en cours d'évaluation (traitement immunosuppresseurs, chirurgicaux, etc.), dont l'impact concret futur sur les capacités physiques de la patiente ne pouvait pas être évalué pour l'instant mais devrait peut-être pouvoir l'être d'ici deux à trois mois. À teneur d'un rapport du même jour de la Dresse G_____, les trois à quatre derniers mois de la recourante avaient été marqués par des souffrances physiques très éprouvantes et des manifestations algiques inflammatoires, avec un impact fort sur ses disponibilités physiques, ses activités quotidiennes, son moral et son image de soi. Ses plaintes somatiques et douleurs présentes depuis de nombreux mois l'obligeaient à changer souvent de position, limitaient la vitesse des déplacements et « la [forçaient] dans les activités même courantes ». Au plan psychique, des manifestations spécifiques du trouble bipolaire de la patiente étaient présentes depuis plusieurs années, sans être induites directement par ses souffrances physiques. La psychiatre traitant a ensuite émis des constatations et appréciations par rapport à l'enquête ménagère, ce « en connaissance des manifestations psychiques actuelles » : la gestion indépendante du quotidien était incertaine, en relation avec les changements de l'humeur, la qualité du sommeil et le niveau de l'énergie et de l'endurance, raison pour laquelle elle avait besoin très régulièrement d'aide de la part de sa fille cadette, plus attentive et participative au ménage que l'aînée ; les degrés d'empêchements retenus par l'enquête ménagère deux ans auparavant paraissaient nettement inférieurs à la réalité, ce au regard d'éléments précisés qu'elle décrivait ensuite concernant la cuisine, l'entretien du domicile, l'organisation financière et les courses. 46. Le 13 décembre 2019, dans le délai accordé par la chambre des assurances sociales pour compléter son recours, la recourante a développé l'état de fait, approfondi la motivation et persisté dans ses conclusions initiales si ce n'est qu'elle concluait préalablement à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire et d'une nouvelle enquête ménagère, le droit de modifier, compléter ou amplifier ses conclusions étant réservé. Selon elle, l'intimé n'avait pas instruit son cas à satisfaction et conformément à l'arrêt de la chambre des assurances sociales précité, se contentant d'un rapport médical incomplet qui ne répondait pas à la question de savoir si ses troubles psychiques avaient une incidence sur la tenue de son ménage. En outre, si l'OAI avait respecté son droit d'être entendue en lui accordant un délai complémentaire, elle aurait pu lui communiquer les rapports de sa médecin traitant et de sa psychiatre traitant du 12 novembre 2019, ce qui aurait permis audit office de compléter son instruction et d'éviter un nouveau recours. Ces deux motifs justifiaient le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction sur son état psychique. L'enquête ménagère était incomplète, car elle avait été réalisée un mardi et donc sans la présence de ses fils qui étaient alors en foyer et dont la recourante ne pouvait pas attendre qu'ils l'aident vu leurs jeunes âges (5 et 10 ans). Par ailleurs, l'enquêtrice ménagère et le SMR n'avaient, au plan somatique, fait état que de la situation gynécologique de l'assurée, sans prendre en compte ses autres problèmes physiques pourtant diagnostiqués, en particulier rhumatologiques, alors même que le rapport des HUG du 28 octobre 2014

évoquait la suspicion d'une polyarthrite rhumatoïde et que la note du SMR du 19 janvier 2016 demandait entre autres d'interroger la Dresse E_____ si, concernant le syndrome douloureux, un bilan rhumatologique avait été effectué. Cependant, une expertise rhumatologique n'avait toujours pas eu lieu. Partant, la situation médicale globale de l'assurée n'avait pas été prise en considération. Enfin, en référence au rapport de la Dresse G_____ du 12 novembre 2019, les taux - ou degrés - d'empêchements et d'exigibilité retenus par l'enquête ménagère étaient disproportionnés pour les cinq premiers postes (conduite du ménage, alimentation, entretien du logement, emplettes et courses diverses, lessive et entretien des vêtements) ; de plus, le taux d'exigibilité de 8 % retenu mettait toute la responsabilité de l'atteinte de la recourante sur sa fille de 16 ans, ce taux correspondant à moins de quatre heures de travail ménager par semaine alors même que l'OAI s'attendait à ce que sa fille l'aide à faire la vaisselle, le nettoyage de la cuisine et de la baignoire, faire les vitres à fond, changer les draps et faire le lit ainsi que le repassage, ce qui montrait que l'assurée n'avait plus la capacité physique pour effectuer certaines tâches. Au regard notamment du rapport du 12 novembre 2019 de la Dresse J_____, qui mentionnait entre autres une suspicion de connectivite actuellement inclassable, la situation de l'assurée s'était aggravée, et il était possible qu'elle souffre d'une autre maladie que celles jusqu'à présent établies. Des conclusions rhumatologiques, en cours d'examen, étaient attendues, ce depuis le dépôt de la demande AI, de sorte que sa situation devrait être analysée à nouveau une fois ces nouveaux éléments médicaux connus. C'est pourquoi la recourante concluait à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée. Étaient produits notamment sa demande de curatelle volontaire adressée le 19 septembre 2017 au TPAE, de même que le contenu intégral de l'ordonnance du 8 janvier 2018 de celui-ci instituant une curatelle de représentation et de gestion, à teneur de laquelle il ressortait des éléments recueillis que l'intéressée souffrait d'un état de faiblesse chronique, de déficits biochimiques, d'un état psychique anxieux et borderline ainsi que d'une colonisation chronique à candida, qui l'empêchaient d'assurer seule la défense de ses intérêts, comme le démontrait l'accumulation de ses nombreuses dettes et actes de défaut de biens. 47. Dans sa réponse du 14 janvier 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours, les éléments apportés ne permettant pas de faire une appréciation différente du cas, pour les motifs énoncés dans l'avis du SMR du même jour. Selon cet avis du SMR, les plaintes annoncées au plan somatique par la Dresse J_____ n'étaient pas accompagnées de diagnostic précis ni de limitations fonctionnelles. Le problème gynécologique était déjà connu par le SMR et des limitations fonctionnelles en découlant avaient été retenues, qu'il n'y avait pas lieu de modifier hormis en cas de nouvelle intervention chirurgicale. Des douleurs articulaires étaient en cours d'investigation. La présence de douleurs et de fatigue était déjà connue par le SMR et était englobée dans le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, et l'enquête ménagère en avait tenu compte dans son évaluation. Au plan psychiatrique, aucune description clinique ni aucun critère diagnostic n'étaient avancés par la Dresse G_____ pour étayer le trouble bipolaire diagnostiqué, tandis qu'antérieurement seul le diagnostic de trouble dépressif récurrent avait été retenu par le psychiatre traitant. Ainsi, le SMR ne pouvait pas retenir un trouble bipolaire. Concernant les empêchements ménagers, il n'y avait pas de nouvelle limitation fonctionnelle psychiatrique annoncée, mais de nombreux problèmes psychosociaux. Partant, au plan psychiatrique, il n'y avait pas d'argument pour admettre une aggravation de l'état de santé de l'assurée, ni pour de nouvelles limitations fonctionnelles. 48. Par réplique du 6 février 2020, la recourante a indiqué que les constatations et appréciations du SMR confirmaient les conclusions prises dans son recours et son

complément de recours, à savoir la nécessité de la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire. À titre subsidiaire, étant donné que le diagnostic médical de l'assurée semblait manquer de précisions selon le SMR, elle sollicitait que sa médecin traitant et sa psychiatre traitant soient entendues par la chambre des assurances sociales, afin que sa situation médicale soit clarifiée. 49. Par pli du 7 février 2020, la chambre des assurances sociales a transmis, pour information, cette réplique à l'OAI, et, par correspondances des 13 et 24 mars 2020, elle a requis de celui-ci la production de son courrier du 18 juin 2019 à la Dresse G_____, courrier qui a été produit le même jour puis remis, par copie dudit jour, pour information, à la recourante. 50. Il n'y a pas eu d'écritures subséquentes. 51. Sur ce, la cause a été 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 LAI. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 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 présent litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Comme reconnu par l' ATAS/316/2019 précité, le statut de ménagère retenu pour la recourante n'est pas litigieux et requiert l'application de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. 4. a. Le droit d'être entendu, garanti par les art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), comprend, en particulier, le droit pour la personne concernée de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos. En tant que droit de participation, le droit d'être entendu englobe donc tous les droits qui doivent être attribués à une partie pour qu'elle puisse faire valoir efficacement son point de vue dans une procédure (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 132 II 485 consid. 3.2 ; 129 II 497 consid. 2.2 ; 126 I 15 consid. 2/aa). b. Selon l'art. 69 al. 1 let. a LAI, en dérogation à l'art. 52 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. En vertu de l'art. 57a al. 1 LAI, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA. Aux termes de l'art. 73ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de trente jours (al. 1). L'assuré peut communiquer ses observations à l'office AI par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel (al. 2 1 ère phr.). À teneur de l'art. 74 RAI, une fois l'instruction de la demande achevée, l'office AI se prononce sur la demande de prestations (al. 1). La motivation tient compte des observations qui ont été faites par les parties sur le préavis, pour autant qu'elles portent sur des points déterminants (al. 2). c. Selon la jurisprudence et la doctrine, le délai de l'art. 73ter LAI est un délai d'ordre qui peut être prolongé pour de justes motifs (ATF 143 V 71 consid. 4.3). Prolongé ou non, il doit être respecté par l'office AI. Ce dernier commet ainsi une violation du droit de l'assuré à être entendu, lorsqu'il statue avant l'échéance du délai imparti à celui-ci pour qu'il se détermine sur le projet de décision, en écartant ainsi des

moyens déposés en temps utile, ou en n'entrant pas en matière sans tenir compte d'une demande de prolongation du délai présentée par l'assuré dans le délai de trente jours, par exemple afin qu'il puisse se faire conseiller par le représentant qu'il a désigné entre-temps (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 658/04 du 27 janvier 2006 consid. 5 ; I 459/02 du 29 octobre 2002 consid. 4 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 8 ad art. 57a LAI). La circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ch. 3013), dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, stipule que le délai de trente jours prévu par l'art. 73ter RAI peut être prolongé dans des cas dûment motivés. Si à l'expiration du délai de trente jours, mais avant que la décision ne soit rendue, l'assuré apporte de nouveaux éléments pouvant influencer la décision, ceux-ci doivent être pris en compte. Dans le cadre de la procédure de préavis, l'office AI ne saurait se limiter à prendre connaissance et à examiner les observations ou les objections de l'assuré. Il doit bien plutôt se prononcer expressément sur les points essentiels justifiant sa décision ou à tout le moins indiquer les raisons pour lesquelles il ne peut prendre en compte certains points de vue (arrêts du Tribunal fédéral 9C_606/2014 du 9 décembre 2014 consid. 2.1 ; 8C_589/2014 du 16 juin 2015). Le droit d'être entendu est ainsi violé lorsque, malgré les objections de l'assuré, la décision est identique à celle du préavis (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 658/04 du 27 janvier 2006 consid. 4 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 9 ad art. 57a LAI). 5. a. En l'occurrence, le projet de l'OAI de décision de refus d'octroi de rente, du 3 septembre 2019, a été notifié au plus tôt le lendemain, de sorte que la demande de prolongation de délai formulée le 4 octobre 2019 par l'assurée l'a été dans le délai de trente jours suivant la notification. Par ses plis des 8 et 9 octobre 2019 remettant à celle-ci son dossier (en CD-ROM) conformément à sa demande, l'intimé a accordé implicitement une prolongation du délai pour observations, bien que sans fixer son terme. C'est seulement peu de jours après, le 14 octobre 2019, sans que la recourante ait eu le temps de formuler de quelconques observations, que l'OAI a rendu la décision querellée, laquelle reprend les termes du projet de décision et constitue de facto une non-entrée en matière sur la demande de prolongation de délai. Ce faisant, l'intimé a adopté un comportement contradictoire, incompatible avec les règles de la bonne foi prescrites par l'art. 5 al. 3 Cst. (à ce sujet, notamment ATF 136 I 254 consid. 5.2). Au surplus, contrairement à ce qu'a énoncé l'OAI dans sa lettre du 5 novembre 2019, il n'est pas requis pour donner une suite favorable à une demande de prolongation du délai d'observations que celle-ci soit accompagnée d'éléments nouveaux, mais il suffit qu'elle repose de justes motifs. Or, dans le laps de temps pour lequel l'assurée avait demandé la prolongation dudit délai, celle-ci a obtenu puis transmis à l'intimé les rapports du 12 novembre 2019 de ses médecin et psychiatre traitants, soit de nouveaux éléments pouvant influencer la décision au sens de la circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ch. 3013). La présentation de ces nouveaux rapports correspondait à un juste motif de prolongation de délai. Dès lors, celle-ci s'avérait justifiée. b. Vu ces circonstances, et comme jugé par le Tribunal fédéral des assurances dans la cause I 459/02 précitée, en ne donnant pas suite à une demande de prolongation de délai justifiée et formulée en temps utile et en adoptant qui plus est un comportement contradictoire, l'intimé a violé le droit d'être entendu de l'assurée. La question de savoir si cette violation du droit d'être entendu a pu être réparée en instance de recours peut demeurer indéterminée, vu les considérants et le dispositif qui suivent. 6. a. Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. À teneur de l'art. 4 al. 2 LPGA, l'invalidité est

réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. b. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente 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 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b, non applicable ici vu la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c). L'al. 2 de cette disposition légale prescrit que 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. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. c. Conformément à l'art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 8 al. 3 LPGGA, chez les assurés qui - comme la recourante - 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). Selon l'art. 8 al. 3 2^{ème} phr. LPGGA (afférent aux assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique), est applicable par analogie l'art. 7 al. 2 de la même loi (en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008), qui dispose que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et que, de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'art. 27 1^{ère} phr. RAI, dans sa version en vigueur avant le 1^{er} janvier 2018, précise que 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. La portée du nouvel art. 27 RAI, en vertu duquel, par travaux habituels, visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches, n'est pas substantiellement différente s'agissant du présent cas. d. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'AI, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). 7. a. 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 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). b. Depuis le prononcé de deux arrêts du Tribunal fédéral du 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral, la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux - et également applicable notamment à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) -, 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 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5 ; 143 V 418 consid. 6, 7 et 8). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). c. Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale conformément à l'ATF 141 V 281 peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes : - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3) A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3) B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). L'examen des indicateurs standards reste toutefois 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 (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1). d. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic

médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 8.

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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.2). 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 s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 ; 128 V 93 consid. 4). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde 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 précité consid. 2.2). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante admis 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. La jurisprudence ne pose pas de grandeur 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 (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_925/2013 précité consid. 2.3 ; 9C_716/2012 du 11 avril 2013, consid. 4.4). 9. a. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). 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). b. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). c. 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 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). d. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, 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). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). e. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des

assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). f. En revanche, 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 b ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 de l'ancienne Constitution fédérale étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. a. En l'espèce, le droit de la recourante à une rente d'invalidité ne pourrait prendre naissance que six mois après le dépôt de sa demande de prestations AI (art. 29 al. 1 LAI), le 5 juin 2015. b. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2). Partant, doit être prise en compte ci-après la capacité ou non de l'assurée d'effectuer les travaux ménagers jusqu'au 14 octobre 2019.

11. a. À la suite du renvoi de la présente cause par la chambre de céans dans son ATAS/316/2019, l'intimé a visé à compléter l'instruction quant aux répercussions des troubles psychiques de la recourante dans la sphère ménagère, et a, comme suggéré à titre d'exemple par ladite chambre, interpellé la Dresse G_____ à ce sujet. Des rapports établis alors non seulement par cette psychiatre traitant, mais aussi par la Dresse J_____, médecin traitant, de même que par les autres médecins et les experts psychiatre et psychologue, il ressort en particulier ce qui suit. b. Au plan psychiatrique, ont été confirmés les diagnostics posés depuis 2014 par des spécialistes en psychiatrie, non seulement la Dresse G_____ mais aussi différents médecins des HUG ainsi que le Pr H_____ et Madame I_____, à savoir (diagnostics retenus par ces experts) : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) dès 2005 ; trouble de la personnalité

émotionnellement labile, borderline (F60.31) - la psychiatre traitant y ajoutant des traits abandonniques - dès le début de l'âge adulte ; troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1) dès 2005. Il découle à tout le moins des avis de la psychiatre traitant et des experts susmentionnés que ces atteintes psychiques entraînaient une diminution pour l'assurée de la capacité d'exécuter des tâches habituelles, en particulier ménagères, avec baisse de rendement. Cela étant, les rapports des 23 août et 12 novembre 2019 de la Dresse G_____, s'ils considèrent que les degrés d'empêchements retenus par l'enquête ménagère étaient nettement inférieurs à la réalité, ne font pas état d'une aggravation notable des troubles psychiques de sa patiente, ni ne laissent apparaître des éléments - nouveaux ou anciens - permettant de cerner en quoi précisément lesdits troubles auraient des impacts sur l'accomplissement des travaux ménagers. Au demeurant, ils font état de plusieurs facteurs psychosociaux (les problèmes relatifs à l'appartement, financiers, en lien avec les relations avec la curatrice, les attitudes critiques des autres, etc.), dont la portée par rapport aux atteintes à la santé et aux effets sur la capacité de l'assurée n'a pour l'instant pas été clarifiée. La question pour laquelle la cause a été renvoyée à l'OAI par l' ATAS/316/2019 précité, c'est-à-dire la détermination de l'impact des troubles psychiques de l'assurée sur l'accomplissement des travaux ménagers en lien avec l'enquête ménagère réalisée, n'a ainsi pas reçu une réponse précise, approfondie et suffisante, l'instruction complémentaire menée par l'intimé s'avérant dès lors lacunaire. c. Au plan somatique, de l'avis de la psychiatre traitant émis le 23 août 2019, les limitations physiques sont désormais, devant les troubles psychiques, au premier plan des causes des empêchements de l'assurée dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, sans qu'il soit clairement précisé depuis quand. Dans son rapport du 12 novembre 2019, la médecin traitant a précisé qu'au plan somatique, devant les affections uro-procto-gynécologiques, les polyarthralgies dont souffraient la patiente s'étaient péjorées et étaient devenues les douleurs au premier plan ces derniers mois, concernant lesquelles les rhumatologues des HUG avaient une suspicion de connectivite actuellement inclassable (maladie dysimmunitaire). Or, les atteintes d'ordre rhumatologique (polyarthralgies) dont paraît souffrir l'intéressée ont été relevées par différents médecins depuis le 13 juillet 2013, mais aucune investigation approfondie n'apparaît avoir été effectuée les concernant, ce alors même que la mise en oeuvre d'un avis rhumatologique, respectivement d'un bilan rhumatologique a été suggérée le 28 octobre 2014 par les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG et le 19 janvier 2016 par le SMR. d. Par ailleurs, la Dresse G_____ a, dans son rapport du 23 août 2019, mis en exergue que, concernant les constatations du rapport d'enquête ménagère, l'humeur basse de la patiente ravivait et accentuait ses douleurs articulaires et musculaires, spécifiques à la fibromyalgie, baissait son endurance et la rendait incapable pour beaucoup d'heures. Pendant ces moments, elle restait alitée, passive, ayant besoin d'aide et de stimulation pour se réactiver et assumer parfois les moindres activités nécessaires. Il s'agit de la première évocation du diagnostic de fibromyalgie concernant la recourante. Certes, auparavant, depuis le 23 septembre 2014, a été relevé par différents médecins un syndrome douloureux - ou somatique -, avec ou sans lien avec le trouble dépressif récurrent. Ainsi, même avant le prononcé de l' ATAS/316/2019 précité, des douleurs de caractère psychosomatique, telles qu'un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie, étaient implicitement envisagées, mais sans concrétisation par une investigation sur cette question. Parallèlement, à l'inverse et en complément de la mise en exergue de l'humeur basse comme cause partielle ou déclencheur partiel de la fibromyalgie, la psychiatre traitant a, dans son rapport du 12

novembre 2019, indiqué que les trois à quatre derniers mois de la recourante avaient été marqués par des souffrances physiques très éprouvantes et des manifestations algiques inflammatoires, avec un impact fort sur ses disponibilités physiques, ses activités quotidiennes, son moral et son image de soi, ses plaintes somatiques et douleurs présentes depuis de nombreux mois l'obligeant à changer souvent de positions, limitant la vitesse des déplacements et « la [forçant] dans les activités même courantes ». e. En définitive, n'ont pas pu être prise en considération avant et à l'époque du prononcé le 16 avril 2019 de l' ATAS/316/2019 , au plan psychiatrique, l'éventuelle fibromyalgie, ni, au plan somatique, les polyarthralgies et la suspicion de connectivite actuellement inclassable (maladie dysimmunitaire). L'existence de telles pathologies de même que leurs conséquences sur la capacité de l'intéressée à exécuter ses tâches quotidiennes, ménagères, ne sont, en l'état actuel du dossier médical, pas suffisamment établies, mais nécessitent un examen, y compris clinique, approfondi par des experts neutres qui soient en mesure de se prononcer notamment sur les interactions entre les troubles psychiques et les affections somatiques. La mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire, portant sur tous les problèmes d'ordre somatique et les atteintes psychiques, de même que sur les interactions entre elles ainsi que les problèmes psychosomatiques (trouble somatoforme ou fibromyalgie), réalisée à tout le moins par des experts spécialistes en rhumatologie, en médecine interne et en psychiatrie, et comprenant un examen tenant compte des indicateurs standard développés par la jurisprudence (ATF 143 V 409 ; 143 V 418 ; 141 V 281), s'impose donc. Outre les points susmentionnés, ladite expertise devra, comme requis par l' ATAS/316/2019 précité, déterminer l'impact des troubles psychiques de l'assurée sur l'accomplissement des travaux ménagers en lien avec l'enquête ménagère réalisée. Elle examinera en même temps, dans le cadre de la fixation des diagnostics, la question de l'éventuelle existence d'un trouble bipolaire, diagnostiqué pour la première fois le 12 novembre 2019, de manière très peu motivée, par la psychiatre traitant. Contrairement à ce qu'a indiqué le SMR dans son avis du 14 janvier 2020, le fait que les douleurs et la fatigue de la recourante étaient englobées dans le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique ne signifie qu'il en a été suffisamment tenu compte par ledit service médical, l'enquêtrice ménagère et l'intimé dans leurs évaluations, et une telle prise en considération n'apparaît pas suffisamment à la lecture du dossier. À cela s'ajoute que les futures investigations médicales permettront de tenir compte le cas échéant des maladies physiques non prises en considération jusqu'à présent (polyarthralgies et suspicion de connectivite actuellement inclassable). Partant, il ne peut pas être exclu que les appréciations effectuées dans l'enquête ménagère doivent être revues (y compris pour la période à laquelle elle a été effectuée) en particulier au regard des douleurs et limitations mises en avant dans les rapports médicaux ultérieurs au prononcé de l' ATAS/316/2019 précité, qu'elles soient d'origine psychique ou même somatique. Il ne pourra non plus être fait abstraction du fait que la recourante reçoit à certains moments (le week-end et durant la moitié des vacances) ses fils à la maison, ce de manière proportionnelle par rapport au temps consacré. En outre, le fait que le rapport d'expertise établi par le Pr H_____ et Mme I_____ le 16 décembre 2016 ne s'est pas vu reconnaître une pleine valeur probante par l' ATAS/316/2019 ne signifie pas que toute valeur probante lui est niée, ni qu'il ne peut pas en être tenu compte sur certains points. Enfin, l'influence des facteurs psychosociaux nécessite un examen et une appréciation circonstanciés, étant rappelé que, d'une part, les contraintes sociales qui ont directement des conséquences fonctionnelles négatives doivent être mises de côté et que, d'autre part, des ressources mobilisables peuvent également être tirées du contexte de vie de l'assuré (arrêt du Tribunal

fédéral 9C_756/2018 consid. 5.2.3 et les arrêts cités). La mise en oeuvre d'une nouvelle enquête ménagère ne peut en revanche en l'état pas être considérée comme d'emblée indispensable. Au demeurant, d'un point de vue pratique, une telle enquête pourrait difficilement porter sur la situation antérieure à l'aggravation alléguée en 2019 par l'assurée. À cet égard, cette dernière conteste les appréciations contenues dans le rapport d'enquête ménagère établi le 8 janvier 2018 à la suite de la visite du 6 juin 2017, afférentes aux degrés d'empêchements ; elle ne remet pas expressément en question les constatations contenues dans ledit rapport, mais elle décrit ses douleurs, efforts, difficultés et handicaps dans l'accomplissement des tâches habituelles de son ménage d'une manière nettement plus accentuée que ne le fait l'enquêtrice ménagère. Il est précisé que sur ces points, la recourante n'avance pas des éléments substantiellement nouveaux dans ses écritures de la procédure A/4230/2019 par rapport à celles de la procédure A/1065/2018. L'OAI pourrait néanmoins procéder à une nouvelle enquête ménagère si elle devait s'avérer nécessaire, par exemple en cas de détérioration des facultés de l'intéressée par rapport à celles existant au 6 juin 2017. f. Compte tenu du fait que le présent cas requiert le prononcé d'une décision conforme aux règles de procédure, en particulier au droit d'être entendue de l'assurée, ainsi qu'une instruction complémentaire, complète, du dossier de celle-ci, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède notamment à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire, voire à une nouvelle enquête ménagère si nécessaire, puis rende une nouvelle décision, conformément aux considérants qui précèdent. Il est précisé que cette instruction complémentaire devra prendre en considération l'ensemble de la période litigieuse, soit jusqu'au 14 octobre 2019, de même que, par économie de procédure, jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui sera prononcée par l'OAI, avec détermination de l'évolution de l'état de santé et du degré d'empêchement. 12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 14 octobre 2019 sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants puis rende une nouvelle décision. Bien qu'elle obtienne gain de cause, la recourante n'a pas droit à des dépens. En effet, sa représentante est employée d'un service de l'administration publique, lequel ne tire pas ses ressources de cotisations ou du soutien financier de ses membres. Il n'y a dès lors pas de justification économique à l'allocation de dépens (cf. par analogie ATF 126 V 11 consid. 5). La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité, l'intimé supporte l'émolument de CHF 500.-, soit plus que l'émolument perçu selon l'ATAS/316/2019 vu le caractère lacunaire de l'instruction complémentaire malgré ce qu'a requis cet arrêt de renvoi (art. 69 al. 1bis LAI). * * * * * 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.