

GE_GERICHTE A/533/2015 vom 13. April 2016

GE Cour de justice, 2016-04-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_533_2015

FR: GE_GERICHTE A/533/2015 du 13 avril 2016

IT: GE_GERICHTE A/533/2015 del 13 aprile 2016

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 13.04.2016
A/533/2015

A/533/2015 ATAS/288/2016 du 13.04.2016 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit Par ces motifs République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/533/2015 ATAS/288/2016 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 13 avril 2016 8^{ème} Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à THONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BROTO Diane recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née B_____ (ci-après Mme A_____ ou l'assurée) le _____ 1963 à Flacq (Ile Maurice), est devenue ressortissante suisse (NE/BE) par mariage contracté avec Monsieur A_____ le _____ 1986 à Carouge, suite à son arrivée en Suisse la même année. Elle a travaillé dans le domaine du sertissage durant environ un mois, puis n'a plus exercé d'activité professionnelle. 2. Par jugement du 15 décembre 1998, le Tribunal de première instance a prononcé le divorce des époux A_____. L'autorité parentale et la garde des trois enfants du couple, nés respectivement en 1987, 1990 et 1991, ont été attribuées à leur père. 3. Après ce divorce, dès février 1999, Mme A_____ est retournée vivre à l'Ile Maurice. Elle est revenue en Suisse en décembre 2006, après un second divorce, avec les deux enfants nés de cette seconde union, en 1999 et en 2002. 4. Le 24 mai 2013, Mme A_____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité au motif qu'elle était, "depuis l'âge de 14 ans, en dépression et atteinte d'anorexie depuis de nombreuses années, ce qui l'empêchait de travailler", mentionnant être en incapacité de travail depuis 2007. Elle bénéficiait des prestations de l'Hospice général. Elle est, depuis 2007, suivie par la doctoresse C_____ (ci-après : Dresse C_____), médecin interne FMH, ainsi que, depuis 2008, par la doctoresse D_____ (ci-après : Dresse D_____), médecin psychiatre FMH. 5. Par courrier du 18 juin 2013, l'Hospice général a indiqué à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) avoir accordé à Mme A_____ des prestations financières depuis le 1er janvier 2007. Le formulaire d'informations complémentaires, daté du 11 juin 2013, annexé à ce courrier mentionnait que Mme A_____ n'avait jamais travaillé. 6. Dans son rapport du 17 juin 2013 à l'intention de l'OAI, la Dresse C_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode sévère depuis environ 1977, et un trouble du comportement alimentaire de type restrictif, avec déficits nutritionnels (carence martiale, déficit sévère en vitamine D3) depuis 1977, ainsi que des céphalalgies mixtes. Mme A_____ présentait, depuis l'âge de 14 ans, des troubles du comportement alimentaire d'allure restrictive suite à un traumatisme majeur qui avait abouti à une grossesse non désirée et niée. N'ayant bénéficié d'aucun soutien ni suivi à l'Ile Maurice, elle avait développé des troubles psychiques importants qui perduraient jusqu'à ce jour sous forme d'un état anxio-dépressif récurrent sévère avec des difficultés d'adaptation, des phobies, des comportements alimentaires restrictifs entraînant

des déficits nutritionnels. Un suivi psychiatrique régulier avait pu être instauré en août 2008 avec un traitement de Cymbalta 1 x 30 mg/j et Seroquel 1 x 25 mg/j en R. Ce suivi lui avait permis de ne pas mettre sa vie en danger mais ses troubles psychiques sont tels qu'ils n'avaient pas permis une réinsertion dans la vie professionnelle. Parallèlement, Mme A_____ souffrait de céphalées mixtes tensionnelles et migraineuses, ainsi que d'épigatralgies récurrentes. La Dresse C_____ a ainsi émis un pronostic "réserve" considérant ses "troubles psychiques et du comportement alimentaire chroniques et sévères". Elle a relevé que Mme A_____ n'avait pas d'activité professionnelle depuis avril 2007 - date à laquelle elle avait commencé son suivi – et probablement depuis la naissance des enfants de son premier mariage, soit 1988. L'assurée bénéficiait d'un suivi somatique, une fois par mois, et d'un suivi psychiatrique une fois par semaine auprès de la Dresse D_____. 7. Dans un rapport, non daté, à l'intention de l'OAI, qui l'a reçu le 10 juillet 2013, la Dresse D_____ a indiqué que Mme A_____ présentait un épuisement physique et psychique dans le cadre d'une anorexie et d'un état dépressif sévère en raison d'un contexte social et familial difficile. Très mince, fatiguée, triste, et repliée sur elle-même - état qui péjorait depuis l'annonce du diabète de sa fille - Mme A_____ souffrait de migraines fréquentes qui la maintenaient au lit. Elle était suivie trois fois par mois environ en psychothérapie, avec un traitement psychiatrique intégré. Son incapacité de travail était de 100 % du 8 septembre 2008 à ce jour. Aucune activité n'était exigible d'elle, compte tenu notamment de sa fragilité extrême. Mme A_____ n'exerçait aucune activité hormis son rôle de mère de famille qu'elle vivait avec une grande souffrance du fait des difficultés diverses rencontrées par ses enfants. Quant à un pronostic, la Dresse D_____ a indiqué être réservée compte tenu du contexte social et familial ainsi que des problèmes de santé de Mme A_____. Enfin, s'agissant de mesures de réadaptation professionnelle, la Dresse D_____ a répondu par la négative, soulignant l'ancienneté des troubles et des traumatismes vécus (maltraitance du 1er mari), ce même si la prise de Cymbalta avait apporté une légère amélioration à son état jusqu'à la découverte d'un diabète juvénile chez sa fille. Pour le surplus, la Dresse D_____ a mentionné que la patiente était au chômage depuis 2007. Elle a produit un rapport du 1er juin 2010 du docteur E_____ de la Clinique Belmont, à Genève, dont le contenu confirmait les termes de son propre rapport à l'OAI. 8. Par avis médical du 16 septembre 2013, le Service médical régional de la Suisse romande (ci-après : SMR) a retenu que Mme A_____, divorcée, sans formation professionnelle, mère au foyer, avait habité en Suisse de 1986 à 1999, puis était revenue vivre en Suisse en 2006, avec les deux enfants de son second mariage. Elle était suivie par son médecin traitant depuis 2007 et par sa psychiatre depuis 2008 pour un trouble dépressif récurrent ainsi qu'une anorexie-boulimie avec un "BMI" abaissé et des carences vitaminiques depuis l'adolescence. Mme A_____ avait été hospitalisée en avril 2013. Ses deux médecins estimaient qu'elle ne pouvait pas travailler pour des raisons psychiatriques et que les pronostics n'étaient pas bons au vu de la chronicité et de l'ancienneté des pathologies. L'état de santé de l'assurée s'était aggravé en raison d'un diagnostic récent d'un diabète de type 1 chez sa fille. Le SMR a proposé à l'OAI de demander une expertise psychiatrique afin de préciser les diagnostics et limitations fonctionnelles psychiatriques de Mme A_____, leur conséquence sur sa capacité de travail et sur son travail de ménagère, ainsi que leur évolution dans le temps. 9. Par courrier du 7 novembre 2013, l'OAI a informé Mme A_____ qu'une expertise médicale (psychiatrique) était nécessaire afin de clarifier ses droits aux prestations, lui fixant un délai pour d'éventuels motifs de récusation, ainsi que pour des observations relatives aux questions posées au docteur F_____, psychiatre FMH,

à Lausanne (ci-après : Dr F_____), mandaté comme expert. 10. Le 31 juillet 2014, le rapport d'expertise psychiatrique, signé conjointement par le Dr F_____, en sa qualité d'expert médical, et par Mme G_____, psychologue FSP, pour les tests psychométriques, a été retourné à l'OAI. Il a été précisé que ce rapport était fondé sur un entretien du 25 mars 2014 avec l'assurée et sur les tests psychométriques et leurs corrections du même jour, ainsi que sur les documents relatifs au dossier de l'OAI. Les diagnostics suivants ont été posés :

a) Diagnostics selon le DSM-IV-TR2 - Episode dépressif majeur récurrent, de gravité moyenne ; - Trouble anorexique boulimique ; - Personnalité traumatique-névrotique, (état limite inférieur) décompensée ; - Antécédents de graves carences affectives et maltraitements ; difficultés sociales, familiales (+ divers). b) Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail - Episode dépressif majeur récurrent, de gravité moyenne ; - Personnalité traumatique-névrotique, (état limite inférieur), décompensée. c) Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail - Trouble anorexique boulimique. Lors des tests psychométriques, l'évaluation des états de stress post traumatique donnait des valeurs presque maximales pour le "PTCS répétition", "PCLS évitement et hyperactivité", ainsi que le score total, ce qui soulignait l'importance des psycho-traumatismes et le retentissement des états de stress sur la personnalité de l'assurée et sa manière actuelle de se relationner au monde. 11. Au vu des examens cliniques effectués, l'expert a retenu que "l'incapacité de travail de Mme A_____ était complète et ceci probablement depuis toujours (...)". Il a par ailleurs été relevé que : "chez Mme A_____ les processus de dissociation sont importants. Ils consistent en un processus mental dans lequel les idées, les sensations, les informations, les éléments d'identité, les souvenirs qui devraient normalement être fondus en un tout sont isolés les uns des autres. Cette problématique dissociative et confirmée par le test de DIS-Q, alliée à la symptomatologie dépressive et le grave trouble de la personnalité expliquent des capacités adaptatives particulièrement limitées et aussi de faibles possibilités évolutives en psychothérapie. Le pronostic est très mauvais, compte tenu de l'importance des traumatismes, des défenses dissociatives rigides qui sont probablement utiles pour faire face à tous les traumatismes, mais qui font aussi office d'écueils infranchissables pour tout processus évolutif." Il a été précisé que Mme A_____ était très confuse. "Pour l'heure, elle n'imaginait pas pouvoir travailler." L'expert a ainsi conclu qu'un reclassement ou une réinsertion professionnelle paraissaient "illusoire". 12. Dans le formulaire de réponses aux questions de l'OAI, l'expert-psychiatre a dès lors indiqué que Mme A_____ disposait d'une "incapacité de travail complète, probablement depuis l'adolescence" (ch. 2.1). La réponse était "non" s'agissant de savoir si, en raison de ses troubles psychiques, l'assurée était capable de s'adapter à son environnement professionnel. 13. Dans un avis du 31 octobre 2014, le médecin du SMR a considéré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des "conclusions claires, motivées et cohérentes" du Dr F_____ qui - après avoir pris connaissance du dossier et tenu compte des plaintes de l'assurée - avait entrepris un examen clinique psychiatrique approfondi, complété par des tests psychométriques, et rendu une appréciation de la situation médicale. Le médecin du SMR a ainsi retenu que "la capacité de travail de l'assurée dans l'économie normale était nulle depuis l'adolescence". 14. Le 18 novembre 2014, suite à un entretien du même jour avec Mme A_____, une infirmière de l'OAI a rendu un rapport d'enquête économique sur son ménage. Selon le tableau établi pour les calculs complets de champs d'activités, l'empêchement pondéré dans les travaux habituels était de 18% avec exigibilité, et de 31% sans exigibilité. Le rapport répondait par la négative à la question "sans handicap, une activité lucrative serait-elle exercée à ce jour ?", au motif que "l'assurée a(vait) toujours été femme au foyer". Ce rapport d'enquête

ménagère tenait compte du fait que la fille et le fils de l'assurée - âgés alors respectivement de 15 ans (1999) et de 13 ans (2002) - rentraient quotidiennement du collège et du cycle pour les repas de midi, préparés par l'assurée, qui mettait la table avec ses deux enfants et faisait la vaisselle avec sa fille. Pour l'entretien du logement, l'assurée demandait à ses enfants, notamment de changer les draps des lits et de nettoyer leur chambre. Pour sa part, l'assurée passait l'aspirateur et entretenait les salles de bains. Si aucun empêchement n'était retenu pour l'accomplissement des travaux habituels du ménage, un empêchement de 50% était retenu pour la tenue du ménage en raison de la propreté relative dans l'appartement, du désordre dans les pièces et de la fatigue importante que l'assurée ressentait en raison de son anorexie. Un empêchement de 50% était également retenu pour les emplettes et courses diverses, qui étaient essentiellement prises en charge par les enfants. Aucun empêchement n'était retenu pour l'assurée qui faisait la lessive pour ses vêtements et ceux de son fils, sa fille s'occupant des siens. Les deux enfants obtenaient des bons résultats scolaires. L'assurée ne parvenait pas à suivre sa fille, d'une part pour son alimentation qui devait être équilibrée du fait de son diabète et d'autre part, pour son traitement avec la pompe à insuline. En revanche, l'assurée, qui aimait coudre, ne présentait pas d'empêchement pour la couture, notamment pour réaliser des duvets et des oreillers. Les enfants s'occupaient eux-mêmes, comme convenu, de leurs deux chats et de leurs hamsters. 15. Par projet de décision du 24 novembre 2014, l'OAI a refusé d'octroyer à Mme A_____ un droit à une rente d'invalidité. L'OAI a indiqué que le statut d'assuré retenu pour Mme A_____ était celui d'une personne se consacrant à ses travaux habituels à 100%. Selon les documents médicaux contenus dans le dossier et l'étude de ces documents par le SMR, l'aptitude à accomplir ces travaux habituels était, depuis plusieurs années, restreinte. L'enquête à son domicile, le 18 novembre 2014, avait permis d'établir qu'elle présentait un empêchement de 18% dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, de sorte que son degré d'invalidité était inférieur à 40%, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité. 16. Par décision du 19 janvier 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de Mme A_____. 17. Par acte du 17 février 2015, Mme A_____, représentée par son avocate, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'assurance-invalidité dont le degré devra être fixé après des investigations médicales complémentaires. Elle a sollicité un délai pour compléter et motiver son recours, invoquant le fait qu'elle attendait de recevoir une copie complète de son dossier. Elle a contesté "notamment, le degré d'invalidité de 18% retenu" par l'OAI. 18. Par courrier du 23 février 2015, la chambre de céans a accordé à la recourante un délai au 23 mars 2015 pour compléter son recours. Le 13 mars 2015, l'avocate de la recourante a sollicité la prolongation de ce délai, le dossier d'assurance-invalidité ne lui ayant été communiqué que le 11 mars 2015. Le délai a ainsi été prolongé une nouvelle fois au 23 avril 2015. 19. Le 23 avril 2015, la recourante a communiqué à la chambre de céans son écriture complémentaire et a conclu à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi des mesures d'ordre professionnel, plus précisément une formation professionnelle initiale ; subsidiairement, elle a conclu à l'octroi d'une aide au placement. Préalablement, elle a sollicité l'audition des Dresses C_____ et D_____, cette dernière étant aujourd'hui retraitée. La recourante a estimé que l'OAI s'était contenté de lui refuser purement et simplement l'octroi d'une rente AI sans examiner préalablement si d'éventuelles mesures professionnelles auraient pu lui être accordées. Elle a exposé n'avoir jamais suivi de formation professionnelle. Arrivée en Suisse en 1986, elle avait travaillé dans le sertissage

durant près d'un mois. Depuis lors, elle n'avait plus exercé d'activité professionnelle. Femme au foyer, elle bénéficiait - depuis 2007 - d'aides financières des services sociaux. Elle souffrait de troubles d'alimentation de type anorexie-boulimie ainsi que de dépressions sévères depuis l'âge de 14 ans. Divorcée à deux reprises, elle est mère de cinq enfants, dont deux, âgés de 13 et 16 ans, vivent avec elle. Les Desses C_____ et D_____ avaient retenu que son incapacité de travail était de 100% depuis 2007, respectivement, depuis 2008. Ce constat avait été confirmé par le rapport d'expertise établi par le Dr F_____ et Mme G_____, selon lequel elle n'avait jamais été en mesure de s'insérer professionnellement. La Dresse D_____ avait certes estimé qu'aucune activité n'était possible et que des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables en raison de l'ancienneté des troubles et des traumatismes vécus. Elle avait cependant constaté que le Cymbalta avait apporté une légère amélioration de son état de santé. Invoquant un arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 18 octobre 2000 (I 665/99), la recourante a estimé que l'autorité intimée aurait dû lui octroyer des mesures d'ordre professionnel, plus précisément une orientation professionnelle et une formation initiale, de telles mesures pouvant l'aider à sortir de son état dépressif et à reprendre sa vie en main. L'orientation professionnelle devait lui permettre de se réinsérer dans la société et de choisir une activité et une formation qui pourraient lui convenir. Subsidiairement, elle avait également droit à l'aide au placement, un taux d'invalidité de 10% étant suffisant pour l'obtenir. 20. Par observations du 22 mai 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le taux d'invalidité propre à ouvrir un droit aux mesures d'ordre professionnel est de 20%. A titre exceptionnel, le Tribunal fédéral avait admis un tel droit pour un taux d'invalidité de 18.52%. En l'espèce, le taux d'invalidité de l'assurée de 18% n'atteignait pas ce taux admis exceptionnellement par le Tribunal fédéral. En outre, des mesures professionnelles étaient vouées à l'échec. Il résultait de l'expertise du 31 juillet 2014 que l'assurée ne disposait pas des ressources personnelles nécessaires pour mener à bien une formation. La mise en place de mesures visant à créer une capacité de gain n'avait aucune pertinence, l'assurée possédant une capacité de travail nulle pour toute activité. Enfin, le pronostic médical à ce propos ne s'avérait pas favorable. Le même raisonnement devait s'appliquer à la demande d'aide au placement. 21. Lors de l'audience de comparution personnelle du 10 février 2016, la recourante a déclaré n'avoir pas exercé d'activité professionnelle avant son arrivée en Suisse en 1986. A son arrivée à Genève, elle avait travaillé durant moins d'un mois dans le domaine du sertissage. Elle n'avait pas poursuivi cette activité du fait qu'elle était enceinte du premier enfant de son premier mariage. Durant son séjour à l'Ile Maurice, de février 2009 à fin 2006, elle n'avait exercé aucune activité lucrative. Elle a exposé avoir indiqué à l'expert-psychiatre qu'elle n'imaginait pas pouvoir travailler parce qu'elle se sentait fatiguée et ne pas être capable d'assurer une activité professionnelle. Elle a déclaré qu'elle "n'aurai(t) pas travaillé à plein temps parce qu'(elle) aime(ra)it également (se) consacrer à (ses) enfants. (...). Si (elle) avai(t) un travail, (elle) aimerai(t) pouvoir être présente à la maison à midi pour les enfants". Son avocate a expliqué avoir sollicité des mesures d'orientation professionnelle parce qu'elle estimait que l'assurée disposait des capacités lui permettant de choisir une profession. 22. A l'issue de l'audience, 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), en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre de céans connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas

d'espèce est ainsi établie (art. 58 LPGGA). 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGGA s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de la LPGGA relativement aux notions correspondantes ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Sur le plan matériel, le droit applicable est celui en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (Thierry TANQUEREL, Manuel du droit administratif, 2011, n. 403 p. 132 ; Benoît BOVAY, Procédure administrative, 2000, p. 196 ; ATF 130 V 230 consid. 1.1 ; 335 consid. 1.2 ; 129 V 4 consid. 1.2 ; 127 V 467 consid. 1 ; 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 24 mai 2013 de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, ainsi que les modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012. 3. Interjeté dans le délai de 30 jours et dans la forme prescrite, le recours est recevable (art. 59, 60 al. 1 et 61 let. b LPGGA). 4. A l'appui de son recours contre la décision du 19 janvier 2015 lui refusant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, l'assurée conteste le taux d'invalidité retenu par l'OAI. Se fondant sur l'arrêt du Tribunal fédéral I 665/99 du 18 octobre 2000, qui avait admis le droit à des mesures d'ordre professionnel pour un taux d'invalidité de 18.52%, bien que le taux fixé par la jurisprudence était de 20%, elle fait par ailleurs grief à l'OAI de n'avoir pas examiné si de telles mesures auraient pu lui être accordées lorsqu'il lui avait retenu un taux d'empêchement de 18% dans l'accomplissement des travaux du ménage. 5. Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1er). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). 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'assurance-invalidité, les diminutions de sa capacité de gain que l'assuré pourrait éviter en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Les facteurs psychosociaux ou socioculturels 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. b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 8 al. 3 LAPG). Chez les assurés n'exerçant pas d'activités lucratives, travaillant uniquement dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du

rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). c) Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Selon la définition légale, l'incapacité de gain consiste en la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Dans ce contexte, la rente de l'assurance-invalidité vise à la compensation d'un préjudice patrimonial qui présente une certaine importance (art. 28 al. 2 LAI) ; cela présuppose que la personne assurée subisse un dommage matériel objectif correspondant à une perte de gain ou à une incapacité à vaquer à ses occupations habituelles liée à une invalidité de 40 % au moins. Lorsqu'il y a lieu d'évaluer le degré d'invalidité de la personne assurée, il convient de ne pas perdre de vue l'objectif principal de l'assurance-invalidité, tel qu'il ressort du message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants (FF 1958 II 1161 ss), soit l'atténuation des conséquences économiques de l'invalidité. Par définition, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité d'indemniser une perte - hypothétique - de revenu ou de capacité à vaquer à ses occupations habituelles relative à des activités que la personne assurée n'aurait jamais exercées en l'absence d'atteinte à la santé. En choisissant de ne pas travailler, la personne assurée a délibérément renoncé au salaire qu'elle aurait pu réaliser en travaillant ; l'absence de revenu consécutive à ce choix ne résulte pas de facteurs médicaux et ne saurait être compensée, pour quelque raison que ce soit, par l'assurance-invalidité (cf. ATF 137 V 334 consid. 5.5.3 p. 345). 6. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative (non actif) ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (arrêts du Tribunal fédéral 9C_589/2014 du 6 mars 2015, consid. 3.1 ; 9C_36/2013 du 21 juin 2013, consid. 4.1). a) Chez un assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution de ses possibilités de gain, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation adéquats, sur un marché du travail équilibré ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313 et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 et référence ; 128 V 29 ; voir également arrêt 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35). b) Chez un assuré qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'il en exerce une, il y a lieu d'effectuer une comparaison de ses activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA, 5 al. 1 LAI et 27 RAI). c) Chez un assuré qui n'exerçait que partiellement une

activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'il se consacrait en outre à des travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une telle situation, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 p. 338 et référence ; 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53).

7. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut non pas - malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA - chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3. p. 507 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C/589/2014 du 6 mars 2015 consid. 3.2 ; 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.2). Lorsqu'il accomplit des travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré - étant valide - l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également exercé une activité lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 p. 337-338 et les références in arrêts 9C/589/2014 du 6 mars 2015 consid. 3.2 ; 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.2).

8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités il est incapable de travailler du fait de cet état. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être raisonnablement exigées de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 les unit (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître une pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la différence reconnue par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge ni procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments

objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise judiciaire et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Le choix de suivre les conclusions d'une expertise, et non pas celles des médecins mandatés par l'assuré, à propos des atteintes diagnostiquées et de leur répercussion sur la capacité de travail relève ainsi de la libre appréciation des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C_980/2012 du 4 juin 2013 consid. 3.2).

b) Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément au chiffre 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93), une telle enquête a valeur probante. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue, en règle générale, une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221 ; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_716/2012 du 11 avril 2013). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, ces dernières ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

9. En l'espèce, il convient tout d'abord d'examiner le statut de l'assurée, l'OAI ayant retenu qu'elle avait un statut de ménagère n'exerçant aucune activité lucrative parce qu'elle avait "toujours été femme au foyer". Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral citée ci-dessus (cf. consid. 7 supra), le statut de l'assurée dépend de savoir si elle aurait exercé une activité lucrative si son état de santé le lui avait permis. Il ressort des éléments du dossier que l'assurée, sans formation professionnelle, n'a exercé aucune activité lucrative dans son pays natal, ni en Suisse après

son arrivée en mai 1986. Le fait qu'elle ait travaillé un mois à peine dans le domaine du sertissage ne constitue pas en tant que tel une occupation professionnelle lucrative. Il n'est pas contesté que, depuis 1986, elle a consacré l'essentiel de ses activités aux tâches ménagères, jusqu'à son départ à l'Ile Maurice, en février 1999. Depuis son retour à Genève, en décembre 2006, elle n'a exercé aucune activité professionnelle. Il résulte par ailleurs du dossier que l'assurée, sans formation particulière, âgée aujourd'hui de 53 ans (1963), élève seule une fille de 17 ans (1999) et un fils de 14 ans (2002), lesquels poursuivent leurs études, respectivement, au Collège et au Cycle d'orientation. Selon les déclarations de l'assurée lors de l'audience du 10 février 2016, elle aurait, sans ses problèmes de santé, exercé une activité lucrative à temps partiel qui lui aurait permis de rentrer s'occuper de ses enfants vers midi. Il était important, pour elle, d'être présente auprès de ses enfants à midi. Il apparaît ainsi que l'assurée souhaite travailler tout en ayant suffisamment de disponibilité pour ses enfants. L'assurée se trouvait, depuis son retour en Suisse en 2007, âgée alors de 44 ans, dans une situation financière précaire puisqu'à ce jour, elle a dû recourir aux prestations de l'Hospice général. Considérant sa situation familiale et financière, il y a dès lors lieu de retenir que, sans l'atteinte à la santé, elle aurait exercé à mi-temps, une activité lucrative simple ne nécessitant aucune formation spéciale, afin de subvenir à ses besoins et à ceux de ses deux enfants. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'un statut de personne active à 50% doit être reconnu à l'assurée, la sphère ménagère représentant ainsi 50%. 10. Il s'agit dès lors de déterminer le taux d'incapacité de travail de l'assurée. a) Dès 2007, à son retour en Suisse, à Genève, l'assurée a été suivie par son médecin traitant, la Dresse C _____, et son médecin-psychiatre, la Dresse D _____, qui ont attesté qu'elle était dans l'incapacité totale de travailler, particulièrement en raison des troubles du comportement alimentaire (anorexie). Dans son rapport adressé le 10 juillet 2013 à l'OAI, la Dresse D _____ a estimé l'incapacité de travail de l'assurée à 100 % depuis le 8 septembre 2008. Aucune activité lucrative ne pouvait être exigée d'elle, compte tenu de sa "fragilité extrême". S'agissant de mesures de réadaptation professionnelle, la Dresse D _____ a répondu par la négative, soulignant l'ancienneté des troubles et des traumatismes causés par la maltraitance de son premier mari. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 31 juillet 2014, le Dr F _____ a retenu les diagnostics suivants : "trouble anorexique boulimique, épisode dépressif majeur récurrent, de gravité moyenne et personnalité traumatonoévrotique (état limite inférieur), décompensée". Il a conclu qu'au vu des examens cliniques effectués, "l'incapacité de travail de l'assurée était complète et ceci probablement depuis toujours (...)". Il a par ailleurs relevé qu'un reclassement ou une réinsertion professionnelle lui paraissaient "illusoires". Ainsi, tant l'expert mandaté que les médecins traitants de l'assurée concluaient à une incapacité totale de travail de 100% pour toute activité lucrative. b) Compte tenu des conclusions ci-dessus, la demande d'audition des médecins de la recourante ne paraît pas nécessaire. 11. Enfin, l'enquête ménagère réalisée le 18 novembre 2014 par une infirmière compétente, a établi un taux d'invalidité de 18%, avec exigibilité et de 31%, sans exigibilité. La recourante, représentée par son avocate, s'est bornée à contester ce taux d'invalidité de 18% sans formuler de grief précis. Par ailleurs, aucun élément du rapport d'enquête ne permet de remettre en cause le taux d'invalidité retenu. Par conséquent, la valeur probante de cette enquête économique sur le ménage doit être pleinement reconnue. La chambre de céans retient dès lors que le taux d'invalidité dans ce domaine est de 18%. 12. L'évaluation du taux d'invalidité suivant la méthode mixte (art. 28A al. 3 LAI) aboutit ainsi à un taux global d'invalidité de 59% (50% de 100% pour la part professionnelle, 50% de 18% pour les tâches ménagères), supérieur au seuil de 40%. Calcul

: $(20 \times 100\%) + (40 - 20 \times 18\%) : 40 \text{ heures} = (2000 + 360) : 40 = 236 : 4 = 59\%$ Partant, ce taux d'invalidité ouvre, en principe, le droit à une demi-rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI).

13. Reste à examiner les autres conditions du droit à la rente sur lesquelles l'OAI ne s'est pas prononcé, de telle sorte qu'il y a lieu de lui renvoyer la cause pour nouvelle décision dans le sens des considérants. 14. En conclusion, le recours sera admis dans les limites des considérants précités. La décision du 19 janvier 2015 de l'OAI sera annulée et le dossier renvoyé à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. 15. La recourante obtenant, dans les limites des considérants ci-dessus, gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.-, à la charge de l'OAI, lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'OAI au paiement d'un émolument de CHF 200.-. **PAR CES MOTIFS LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet dans les limites des considérants. 3. Annule la décision de l'OAI du 19 janvier 2015 et lui renvoie la cause pour nouvelle décision dans le sens des considérants. 4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI. 5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Quynh STEINER SCHMID Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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