

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1047/2014

ATAS/273/2015

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 15 avril 2015**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre VUILLE

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LÉVY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1962, mariée, mère de deux enfants, a suivi une scolarité obligatoire en Espagne, puis en Suisse où elle a effectué un apprentissage de coiffeuse en 1980. De 1984 à 2011, l'assurée a travaillé en qualité de caissière auprès de la société coopérative B\_\_\_\_\_, d'abord à 100%, puis à 65,85% dès la naissance de ses enfants. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, son salaire mensuel s'élevait à CHF 2'570.-, 13 fois par année, pour 27 heures de travail par semaine.
2. Le 30 mars 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), en raison d'une incapacité de travail pour cause de hernie discale et de canal lombaire rétrécis et d'arrêt de travail depuis le 28 mars 2010.
3. Dans un rapport du 15 novembre 2010 à l'attention du médecin-conseil de Swica, assureur-maladie, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a diagnostiqué un status post-foraminotomie et fenestration bilatérale L4-L5 le 3 septembre 2010 pour sténose L4-L5 du canal lombaire. L'assurée était en traitement depuis le 15 février 2010. Elle a été hospitalisée du 2 septembre au 7 septembre 2010 aux HUG. L'incapacité de travail était de 100% dès le 2 septembre 2010, toujours en cours.
4. Dans son rapport du 10 mai 2011 à l'attention de l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_ a confirmé ses diagnostics et indiqué que suite à l'intervention subie en septembre 2010 aux HUG, il persistait des douleurs importantes, parfois dans le membre inférieur droit, parfois dans le gauche, ainsi que des paresthésies plantaires. Ni le traitement, ni les anti-inflammatoires et séances de physiothérapie n'ont changé grand-chose à la symptomatologie. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 2 septembre 2010 et une reprise de l'activité professionnelle n'était pas prévue. Pratiquement toutes les activités étaient limitées, sauf les capacités de concentration de compréhension et d'adaptation.
5. Le rapport d'évaluation du 9 juin 2011 mentionne que l'assurée déclare avoir subi un accident en février 2003. Elle avait glissé sur un sol savonné de l'entrée de Planète Charmilles un matin en allant au travail et depuis cette date elle a des problèmes de dos. D'autre part, elle a un problème d'équilibre à l'oreille interne. Elle a des crises avec des vomissements deux fois par année et souffre également d'une scoliose sur les cervicales depuis quelques années.
6. Par communication du 6 juillet 2011, l'OAI a pris en charge des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation, à savoir des séances de sophrologie.
7. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2011, le docteur D\_\_\_\_\_, psychiatre, a diagnostiqué une dépression récurrente de degré moyen depuis 2003. La patiente présente de la fatigue, des troubles de la concentration, un sentiment de dévalorisation. Le pronostic était réservé à long terme. L'incapacité de travail était

de 100% du 3 septembre 2010 au 23 novembre 2011. L'activité exercée n'était pas exigible en raison de la fatigue et il n'y avait pas d'amélioration de l'état de santé.

8. Le docteur E\_\_\_\_\_, médecin traitant, a établi un rapport à l'attention de l'OAI en date du 9 décembre 2011. Il a diagnostiqué un canal lombaire étroit, des lombalgies et une décompensation L4-L5 en 2010. Il ne s'est pas prononcé sur l'incapacité de travail, car la patiente ne travaillait pas depuis septembre 2011. L'activité exercée n'est pas exigible vu l'état douloureux et la dépression associée. L'assurée présentait des limitations fonctionnelles dans toutes les activités décrites dans l'annexe, mis à part les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation.
9. Selon un rapport du 3 mai 2011 établi par le docteur F\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de rhumatologie des HUG, la patiente souffrait de lombosciatalgies communes chroniques persistantes après décompression L4-L5 le 3 septembre 2010, de périarthrite de la hanche droite et d'un état anxio-dépressif. En raison d'une composante de périarthrite de la hanche droite, une infiltration écho-guidée a été proposée mais refusée par la patiente. L'assurée présentait clairement une dysthymie associée à des difficultés d'endormissement. Il a été évoqué la possibilité d'évaluer la nécessité d'un soutien psychologique ou d'un traitement médicamenteux mais la patiente n'a pas souhaité entrer en matière.
10. A la demande de Swica, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a expertisé l'assurée. Dans son rapport du 7 décembre 2011, il a diagnostiqué des lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales chroniques et un status après chirurgie de L4-L5 le 3 septembre 2010. Dans son appréciation du cas, il a conclu du point de vue rhumatologique à une capacité de travail dans l'activité professionnelle de caissière de 50% d'un temps plein, avec un horaire préférentiellement partagé entre le matin et l'après-midi pour permettre à l'assurée de se reposer, ceci en regard de la position assise prolongée que justifie cette activité et les mouvements en porte-à-faux du rachis liés au port de charges et à l'enregistrement des marchandises et leur dépôt pour le client. Dans une activité professionnelle légère excluant les ports de charge au-delà de cinq kilos de manière répétitive, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, travail autorisant l'alternance de la position assise et debout et une activité évitant la marche prolongée au-delà d'une heure, sa capacité de travail est de 90% en tenant compte de sa diminution de rendement. Du point de vue thérapeutique, l'expert n'avait pas de proposition particulière à formuler au-delà de la poursuite de la prise en charge médicale actuelle.
11. Dans un rapport du 6 février 2012 à l'attention du Dr E\_\_\_\_\_, le docteur H\_\_\_\_\_, neurochirurgien FMH, a diagnostiqué des lombalgies chroniques actuellement exacerbées, une discopathie inflammatoire L3-L4, un status après recalibration bilatérale L4-L5 le 3 septembre 2010. Il a expliqué à la patiente qu'il s'agissait d'un problème fonctionnel pour lequel il n'y avait en aucun cas d'indication chirurgicale, étant donné la chronicité des douleurs le pronostic à long

terme restait réservé et il lui a expliqué que le traitement était basé sur une médication suffisante.

12. Par décision du 22 mars 2012, l'assurée a été déclarée inapte au placement par l'office cantonal de l'emploi depuis le premier jour contrôlé, soit dès le 1<sup>er</sup> février 2012, ce au vu de son incapacité de travail totale.
13. L'OAI a mandaté le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise. Dans son rapport du 29 janvier 2013, l'expert a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble anxieux et dépressif mixte, présent depuis environ trois ans, et, sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble douloureux somatoforme persistant, présent depuis environ trois ans. Selon l'expert, il lui semble que la symptomatologie dépressive a évolué d'une intensité plus importante vers une intensité légère. L'épisode dépressif léger diminue le rendement d'environ 20%. Même accompagnée par un trouble thymique, la problématique du syndrome douloureux persistant est sans influence sur la capacité de travail de l'expertisée. La vie sociale de l'assurée est certainement influencée par la symptomatologie douloureuse, mais ses douleurs chroniques ne la conduisent pas vers un isolement psychosocial ; c'est la sphère professionnelle qui semble particulièrement concernée par la symptomatologie douloureuse. Selon l'expert, le trouble dépressif léger et le syndrome douloureux somatoforme persistant n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. Néanmoins le trouble dépressif léger diminue le rendement de 20%. D'un point de vue psychiatrique, toutes les fonctions sont conservées ; néanmoins, en raison d'une fatigue et de fatigabilité induite par les douleurs et la symptomatologie dépressive légère, le rendement est diminué de 20%, depuis septembre 2010. La capacité de travail dans une activité adaptée était ainsi exigible à 100%, avec une diminution de rendement de 20%.
14. Dans un avis de 14 mai 2013, le SMR retient une incapacité de travail de 80% du 1<sup>er</sup> septembre 2010 au 5 décembre 2011 pour raisons psychiques, puis de 50% depuis le 6 décembre 2011 pour des raisons psychiques et somatiques et depuis lors une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée.
15. L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage. Dans le rapport d'enquête du 18 juillet 2013, l'assurée a déclaré que sans atteinte à la santé elle aurait poursuivi son emploi à un même taux d'activité, soit 65,85% (27 heures par semaine). Il a par conséquent été retenu une part de 65,85% pour l'activité professionnelle et de 34,15% pour l'activité ménagère. L'exigibilité totale retenue pour les membres de la famille était de 29,2% et les empêchements pondérés dans la sphère ménagère de 25,5%.
16. Le 8 octobre 2013, l'OAI a notifié au mandataire de l'assurée un projet de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, que ce dernier a contesté par courrier du 6 novembre 2013 auquel il a joint divers rapports médicaux.

17. Par avis du 17 décembre 2013, le SMR a considéré que les pièces produites ne permettaient pas d'admettre une aggravation de l'état de santé, que pour le surplus, le Dr J\_\_\_\_\_, rhumatologue et interniste, posait le diagnostic de fibromyalgie, atteinte dont les critères et le caractère invalidant avaient déjà été examinés sous l'angle de la jurisprudence et que ce trouble ne revêtait aucun caractère invalidant.
18. Par décision du 10 mars 2014, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles à l'assurée, motif pris que le SMR a fixé le début de l'incapacité de travail au 2 septembre 2010 avec une exigibilité médicale nulle dans l'activité habituelle de caissière, mais entière dès le 26 avril 2011 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Après comparaison des gains, et compte tenu d'un statut mixte, la perte économique est de 10,60%, taux insuffisant pour ouvrir droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.
19. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée interjette recours en date du 9 avril 2014, invoquant une évaluation arbitraire de son invalidité et contestant la valeur probante des expertises. Elle fait valoir qu'elle a requis, à plusieurs reprises, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, ce que l'intimé a refusé. L'intimé s'est fondé uniquement sur des documents médicaux demandés par Swica et non sur ceux qu'elle a produits. L'expert n'a pas pris en compte les troubles actuels dont elle souffre, son état de santé s'étant péjoré depuis lors. La recourante fait valoir que l'enquête ménagère ne tient pas compte non plus du fait que certains jours, les douleurs sont tellement insoutenables qu'elle doit rester couchée toute la journée, de sorte que ce sont son mari et ses fils qui assument les tâches quotidiennes ; dans ces cas, les empêchements dans la sphère ménagère sont de 100 %. Elle conclut préalablement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et, sur le fond, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
20. Dans sa réponse du 8 mai 2014, l'intimé expose s'être fondé sur l'expertise rhumatologique effectuée par le Dr G\_\_\_\_\_ le 7 décembre 2011 ainsi que sur l'expertise psychiatrique du Dr I\_\_\_\_\_ du 29 janvier 2013, qui ont pleine valeur probante. Selon l'intimé, l'expert psychiatre a notamment pris contact avec le psychiatre et le médecin traitant de l'assurée, ainsi qu'avec cette dernière avant de rendre ses conclusions. Aucun élément objectif probant ne permet de remettre en cause la valeur probante desdites expertises et ne justifie la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. L'intimé conclut au rejet du recours.
21. Par réplique du 30 mai 2014, la recourante relève préalablement qu'elle ne connaît pas les deux prétendus médecins traitants dont l'intimé fait cas dans sa réponse et relève que contrairement à ce que l'OAI soutient, l'expert psychiatre ne mentionne pas avoir contacté un quelconque médecin traitant. Elle conteste une nouvelle fois l'enquête ménagère et persiste dans ses conclusions.
22. La chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle le 25 juin 2014. La recourante a déclaré n'avoir pas repris un traitement psychiatrique et ne pas prendre d'antidépresseurs. Elle estime incompréhensible

que l'expert psychiatre n'ait pas contacté le Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre traitant. Elle conteste être capable de travailler dans une activité adaptée et invoque une aggravation de son état de santé. L'opération de 2010 n'a pas eu les effets escomptés. Le Dr K\_\_\_\_\_ a fait pratiquer une nouvelle IRM le 7 avril 2013, car la hernie discale a augmenté de volume.

L'intimé rappelle qu'un médecin a diagnostiqué une fibromyalgie en 2011 à propos de laquelle il s'est prononcé le 17 décembre 2013. Il a déclaré que les deux experts n'ont pas procédé à un consilium ; c'est le SMR qui s'est prononcé sur les deux expertises.

La chambre de céans a imparti un délai à l'intimé pour soumettre les nouvelles pièces médicales au SMR.

23. Par écriture du 16 juillet 2014, l'intimé se réfère à l'avis du SMR du 3 juillet 2013, au terme duquel seul le rapport de l'IRM pratiquée le 9 avril 2014 par le Dr K\_\_\_\_\_ suggère nettement une aggravation de l'état de santé subjective, objective et radiologique depuis l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ et l'évaluation du Dr L\_\_\_\_\_ de 2012. Le rhumatologue estime que l'indication chirurgicale doit être rediscutée. Ces éléments sont toutefois postérieurs à la décision de mars 2014. Quant au grief d'absence de consilium entre les experts, le SMR ne juge ce dernier pas nécessaire, au vu de la concordance des conclusions. L'intimé persiste dans ses conclusions.
24. Dans ses écritures du 7 août 2014, la recourante conteste que les faits soient survenus postérieurement à la décision querellée. Elle rappelle qu'entre l'expertise du 7 décembre 2011 et la décision rendue par l'intimé, elle a consulté pas moins de sept fois des médecins, qu'elle était toujours en incapacité de travail totale et que son état de santé ne s'est nullement amélioré. Elle produit de nouveaux documents, dont un rapport du docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, chirurgie de l'épaule et du coude, de l'hôpital de La Tour, relatif à une consultation du 16 février 2014, dans lequel il fait état d'une apparition progressive de douleurs depuis deux ans et demi environ. L'épaule ne représente actuellement que le 30% d'une épaule normale. Le bilan paraclinique confirme une lésion transfixiante du tendon du sus-épineux avec rétraction de stade 1 de même qu'une arthropathie acromio-claviculaire, état qui nécessite une réinsertion sous arthroscopie. Selon la recourante, son état de santé s'est bel et bien aggravé depuis septembre 2010.
25. Le 15 septembre 2014, l'intimé s'est déterminé sur les nouvelles pièces produites et a maintenu ses conclusions. Selon le SMR, la nouvelle atteinte ne serait pas invalidante.
26. Le 16 octobre 2014, la recourante produit un nouveau rapport du Dr K\_\_\_\_\_ contestant les affirmations du SMR et persiste dans ses conclusions.
27. Dans sa dernière écriture du 29 octobre 2014, l'intimé persiste dans ses conclusions.

28. Sur quoi, 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 dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des articles 56ss LPGA.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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.

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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 LPGA.

7. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

Il convient de rappeler que tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des articles 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que

l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra 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 étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27<sup>bis</sup> RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Cela étant, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3.).

Enfin, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

9. En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision essentiellement sur deux expertises, soit une expertise rhumatologique réalisée le 7 décembre 2011 par le Dr G\_\_\_\_\_ à la demande de l'assureur-maladie et une expertise psychiatrique réalisée par le Dr I\_\_\_\_\_ le 29 janvier 2013.

Sur le plan somatique, l'expert rhumatologue a diagnostiqué des lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales chroniques et un status après chirurgie de L4-L5 le 3 septembre 2010. La capacité de travail dans l'activité habituelle de caissière est de 50% d'un plein temps, avec horaire partagé entre le matin et l'après-midi ; dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, elle est de 90%, en tenant compte d'une diminution de rendement.

Pour les médecins traitants, en revanche, l'incapacité de travail est totale depuis septembre 2010 déjà (cf. rapports des Drs C\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_).

Sur le plan psychiatrique, l'expert a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte, avec influence sur la capacité de travail. L'épisode dépressif léger entraîne une diminution de rendement d'environ 20%. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a retenu un trouble somatoforme persistant, présent depuis environ trois ans. L'expert conclut finalement que le trouble dépressif léger et le syndrome douloureux somatoforme persistant n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail, avant d'ajouter que néanmoins le trouble dépressif léger diminue le rendement de 20% depuis septembre 2010. Force est de constater que les conclusions de l'expert apparaissent pour le moins contradictoires. Partant, pleine valeur probante ne saurait être reconnue à l'expertise psychiatrique.

Le Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, avait quant à lui diagnostiqué une dépression récurrente de degré moyen, depuis 2003, et attesté d'une incapacité de travail totale du 3 septembre 2010 au 23 novembre 2011. Par la suite, la recourante n'a pas poursuivi la psychothérapie.

Cela étant, la recourante invoque une aggravation de son état de santé du point de vue somatique, documents à l'appui. L'IRM lombaire réalisée le 7 avril 2014 à la demande du Dr K\_\_\_\_\_ a mis en évidence des séquelles de laminectomie L4-L5 et au niveau L3-L4, un rétrécissement du canal rachidien et la présence d'une hernie intraforaminale du côté droit comprimant le passage de la racine L3. Selon le Dr K\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail est totale et il y a indication à rediscuter d'une solution chirurgicale.

Se fondant sur l'avis du SMR, l'intimé admet certes, une aggravation objective, mais considère qu'elle est postérieure à sa décision.

Au vu des documents produits, la chambre de céans relève toutefois que la recourante a été vue en consultation le 16 février 2014 par le Dr M\_\_\_\_\_ et que ce dernier a constaté à l'examen clinique, confirmé par le bilan paraclinique, une lésion transfixiante du tendon du sus-épineux avec rétraction de stade 1 et une arthropathie acromio-claviculaire. Il a proposé une réinsertion sous arthroscopie. De plus, le Dr K\_\_\_\_\_ fait état dans son rapport du 6 octobre 2014, d'une aggravation depuis l'intervention de 2010 : la patiente avait ainsi été revue par les neurochirurgiens des HUG le 18 octobre 2012. Par ailleurs, la recourante avait été examinée le 3 février 2012 par le Dr H\_\_\_\_\_, neurochirurgien FMH, pour des lombalgies exacerbées et une discopathie inflammatoire L3-L4 après recalibration bilatérale L4-L5. Dans leur rapport du 7 novembre 2012, les neurochirurgiens des HUG se réfèrent à une nouvelle IRM du 29 septembre 2012 qui a mis en évidence une légère augmentation de la taille de la hernie connue L3-L4 extra-foraminale du côté droit avec un conflit radiculaire L3 à droite.

Par conséquent, contrairement à ce que l'intimé soutient, il convient d'admettre que les faits objectifs relatifs à l'aggravation de l'état de santé de la recourante étaient

déjà présents avant la décision querellée du 6 mars 2014. Ils sont de surcroît postérieurs à l'expertise rhumatologique du 7 décembre 2011, trop ancienne, que l'on ne peut dès lors pas retenir pour se prononcer sur l'atteinte à la santé de la recourante au moment de la décision litigieuse.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'elle n'est pas à même de se prononcer en toute connaissance de cause et qu'il convient de compléter l'instruction et procéder à des investigations complémentaires. La cause est en conséquence renvoyée à l'intimé pour qu'il procède à des investigations médicales complémentaires, cas échéant sous la forme d'une nouvelle expertise à confier à un/des experts indépendants.

10. Le recours est partiellement admis.
11. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03).

Au vu du sort du litige, l'émolument, arrêté à CHF 500.-, est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 6 mars 2014 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le