

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1320/2015

ATAS/253/2016

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

**Arrêt du 24 mars 2016**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CAROUGE, représentée par  
SYNDICAT UNIA

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1961 et originaire du Portugal, est mariée et mère de deux enfants. Depuis son entrée en Suisse en janvier 2003, elle était engagée en tant que nettoyeuse, en dernier lieu de 2005 à 2007 (selon l'extrait du compte individuel de la caisse de compensation) chez B\_\_\_\_\_ SA, de janvier à août 2010 chez C\_\_\_\_\_ SA et, de 2003 à mars 2013, chez D\_\_\_\_\_ SA (aujourd'hui D\_\_\_\_\_ SA). Selon le contrat de travail du 10 février 2006 avec cette dernière entreprise, la date de l'engagement était le 21 octobre 2003 et l'horaire de travail moyen de 21h/semaine.
2. En raison d'une incapacité de travail depuis le 21 mai 2010, l'intéressée a été annoncée en août 2010 par D\_\_\_\_\_ SA à l'assurance-invalidité dans le cadre de la détection précoce de l'invalidité. Selon le rapport d'évaluation du 12 septembre 2010, une dépression était à l'origine de l'arrêt de travail. L'assurée avait des difficultés relationnelles avec sa responsable de C\_\_\_\_\_ SA et cet employeur lui avait donné son congé pour le 30 août 2010.
3. L'intéressée étant secourue par l'Hospice général depuis mars 2012, cette institution a mandaté les Etablissements publics pour l'intégration (EPI) pour un stage d'évaluation à l'emploi de l'intéressée. Ce stage a eu lieu du 19 mars au 13 avril 2012. Il ressort du rapport des EPI y relatif du 16 avril 2012 qu'elle est analphabète et ne parle pas le français. Elle a toujours travaillé en Suisse à temps partiel dans le secteur du nettoyage. Elle aurait été licenciée au 30 avril 2012 par son dernier employeur. Elle n'a pas les aptitudes pour suivre même une petite formation de quelques jours dans le nettoyage, en raison de la méconnaissance du français, et même dans cette activité, elle doit se cantonner à des tâches simples (toilettes, bureaux) et être exécutante au sein d'une équipe. Selon les conclusions des EPI, elle pourrait travailler en tant que nettoyeuse dans un atelier adapté, mais non pas dans le circuit économique normal. Il est précisé à cet égard que l'activité exercée en dernier lieu se rapprochait du contexte d'un poste adapté. Il y avait également des problèmes de santé à approfondir, l'intéressée alléguant souffrir de deux hernies discales, de troubles du sommeil et de pertes de mémoire. Elle ne pouvait rester debout longtemps ni porter des charges. Selon ses dires, elle ne pourrait pas travailler à plus que 50% en raison de ses problèmes de santé.
4. Selon la lettre de sortie de séjour de la Clinique genevoise de Montana, l'intéressée y a séjourné du 8 au 22 juillet 2012. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec somatisations. Le motif d'hospitalisation était un éloignement des facteurs de stress et une réévaluation du traitement médicamenteux. Les troubles psychiques étaient en lien avec des difficultés conjugales, professionnelles et des soucis de santé. Elle présentait des idées suicidaires sans projet concret. Elle se plaignait aussi de multiples douleurs, dont des céphalées, probablement en tout ou partie tensionnelles. La symptomatologie s'était améliorée durant le séjour.

5. Selon le rapport du 20 août 2012 du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, l'intéressée souffre d'un trouble dépressif récurrent d'intensité sévère dont les symptômes étaient apparus de manière insidieuse pendant les dernières années.
6. Dans son rapport du 24 août 2012, le docteur F\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, a indiqué qu'il suivait la patiente depuis le 13 mars 2012 en raison d'épisodes dépressifs remontant à l'âge de 18 ans, avec un tentamen médicamenteux, une deuxième dépression à l'âge de 23 ans, également avec un tentamen médicamenteux, une hospitalisation rapportée en milieu spécialisé de quelques semaines à l'âge de 31 ans et une récurrence d'état dépressif le 15 août 2012. La capacité de travail était nulle depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012 pour une durée indéterminée.
7. En novembre 2012, l'intéressée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
8. Dans son rapport du 6 novembre 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ a précisé que l'évolution était en dent de scie et que l'état de santé s'était discrètement dégradé au fil des derniers mois. Les douleurs s'étaient accentuées et la patiente présentait un ralentissement psychomoteur important et un manque d'énergie.
9. Selon le questionnaire pour l'employeur du 5 décembre 2012, les rapports de service chez D\_\_\_\_\_ SA ont commencé le 21 octobre 2003 et le contrat est toujours en vigueur. Depuis le 21 février 2012, l'intéressée a travaillé à raison de 2h/jour, respectivement 10h/semaine.
10. Selon le rapport du 17 décembre 2012 du Dr F\_\_\_\_\_, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de cervicobrachialgies bilatérales et de lombalgies chroniques depuis 2011. Une incapacité de travail avait été attestée par le Dr G\_\_\_\_\_ à 100% et, du 22 février au 30 juin 2012, par le Dr E\_\_\_\_\_ à 50%.
11. Dans son rapport du 27 décembre 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent depuis 2006 avec effet sur la capacité de travail. A titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné des douleurs abdomino-lombaires gauches récurrentes sur maladie de la jonction avec dilatation urétéro-pyalo-calicielle gauche, un calcul intra-caliciel inférieur gauche, un status après incontinence urinaire, avec hyper-mobilité urétrale traitée par pose de bandelettes TOT, de gonalgies droites récurrentes sur déchirure « grade II » de la corne postérieure du ménisque interne, de status après résection de polypes coliques en mai 2010, de status après gastrite chronique traitée, de cervico-nucalgies récurrentes et de gonalgies gauches récurrentes sur déchirure-grade III et de la corne postérieure du ménisque interne. Actuellement, la patiente se plaignait essentiellement de sa dépression, mais également de gonalgies bilatérales et de douleurs lombaires gauches épisodiques. La capacité de travail était nulle du 8 août 2011 au 19 février 2012, ainsi qu'à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012 pour une durée indéterminée. Les limitations fonctionnelles étaient essentiellement d'ordre psychique.

12. Selon le rapport d 12 mars 2013 du docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en affections rhumatologiques, l'assurée signale des lombalgies chroniques depuis plusieurs années et des douleurs des deux genoux perturbant la marche et surtout la montée des escaliers depuis deux ans. Elle décrivait une activité très réduite, évitant de marcher longtemps, de porter des charges et faire tout effort dans le ménage. Les nuits étaient perturbées par des lombalgies et toute position prolongée couchée, assise ou debout entraînait des douleurs lombaires ou des genoux. A l'examen clinique, ce médecin a notamment constaté, à la palpation, des contractures sensibles paravertébrales bilatérales, des douleurs électives à droite au niveau L5 et S1. Le rachis cervical gardait une mobilité relativement conservée, très discrètement limitée à droite. La mobilisation de l'épaule gauche était douloureuse et évoquait des conflits tendineux, mais les tests spécifiques des tendons de la coiffe des rotateurs n'étaient pas douloureux. La mobilisation de la rotule des genoux était douloureuse et la palpation des interlignes également diffusément. La mobilité des genoux était relativement satisfaisante, mais la flexion forcée douloureuse. Cela étant, le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu un syndrome douloureux chronique depuis plusieurs années en lien avec une spondylodiscarthrose lombaire étagée sans canal étroit, ni conflit disco-radiculaire précis, ainsi qu'une arthropathie dégénérative des deux genoux, relativement avancée, responsable des gonalgies mécaniques, actuellement sans signe inflammatoire. Cette situation évoluait dans le contexte d'un état dépressif, en lien avec une probable désinsertion sociale du couple dont ni l'un ni l'autre ne travaillait. Il a proposé un traitement de mobilisation en piscine, évoqué la possibilité d'infiltration de corticoïdes au niveau lombaire en cas d'exacerbation des lombalgies ou d'infiltration de corticoïdes ou d'acide hyaluronique au niveau des deux genoux suivant l'évolution.
13. Le 27 juin 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a attesté que l'état était stationnaire, quoique évoluant en dent de scie, avec actuellement un trouble dépressif récurrent, épisode moyen. Dans les limitations fonctionnelles, il a mentionné une thymie abaissée, une fatigue, une irritabilité, un ralentissement psychomoteur, une démotivation et un découragement. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Le traitement consistait en antidépresseurs et psychothérapie. Une reprise du travail n'était actuellement pas possible.
14. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) du cerveau du 24 septembre 2013 a montré un méningiome sans œdème locorégional ni effet de masse, qui n'avait pas évolué depuis l'examen d 25 avril 2012.
15. Selon le rapport du 11 novembre 2013 du docteur I\_\_\_\_\_, neurologue FMH, l'assurée se plaignait de céphalées, répondant peu aux médicaments, et qu'elle se perdait relativement aisément en chemin. Selon son fils qui est venu avec sa mère à la consultation, son père devait pratiquement toujours l'accompagner. Elle quittait aussi le domicile "sans raison". Le couple connaissait d'importantes difficultés financières actuellement. Son fils a également relaté que le comportement de sa mère avait changé et s'aggravait depuis cinq à six ans environ. Elle devenait

agressive, se fâchait ou stressait beaucoup. A l'examen neurologique, il n'y avait pas de franche anomalie motrice ou sensitive. Il semblait y avoir un élément de céphalées de tension, mais un élément de migraines n'était pas impossible.

16. Le 19 février 2014, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique par le docteur J\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, avec l'aide d'un interprète. Dans son rapport du 10 mars 2014, l'expert n'a posé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics suivants étaient sans répercussion sur celle-ci : syndrome douloureux somatoforme persistant, troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger, avec syndrome somatique, autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité immature, difficulté d'adaptation à une nouvelle étape de vie et difficultés liées à l'acculturation). Ainsi, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était entière. Il ressort de l'anamnèse que le père de l'assurée s'était pendu, lorsqu'elle était petite. Elle ignore l'âge de ses frères et sœurs, ainsi que de ses enfants. Dans les plaintes, il est notamment mentionné qu'elle disait se perdre tout le temps et qu'elle devait toujours être accompagnée. Elle est également triste en permanence, ce qui n'a cependant pas été objectivé par l'expert. Concernant les activités journalières, l'assurée disait rester toujours dans sa chambre et ne pas regarder la télévision. En août 2013, elle avait fait un voyage au Portugal en avion où elle était restée avec son mari pendant deux semaines dans un appartement d'un de ses fils. L'assurée se plaignait également de douleurs dans la tête, aux genoux et pratiquement dans toutes les articulations. L'expert avait essayé de prendre contact avec le psychiatre traitant, mais celui-ci n'avait pas répondu à ses sollicitations. Le mari de l'assurée était au bénéfice d'une rente d'invalidité en raison de problèmes de dos. Dans la discussion, l'expert a admis que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent vraisemblablement depuis l'adolescence. Au moment de l'entretien, il n'y avait toutefois pas de signes et de symptômes d'un trouble dépressif sévère. Les symptômes correspondaient à un « bas seuil » d'un trouble dépressif « mais qui ne semble pas handicaper l'assurée pour exécuter des travaux de nettoyage comme elle l'a fait jusqu'à maintenant ». Elle semblait être plus régressée que déprimée, avec des bénéfices secondaires de la maladie. Quant au dosage plasmatique des médicaments, il était négatif pour les benzodiazépines et se situait dans l'intervalle thérapeutique pour la Fluctine.
17. Le 26 mai 2014, un status neurocomportemental en portugais a été réalisé par les docteurs K\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ de l'unité de neuropsychologie et neurologie comportementale des HUG. Cet examen a montré un syndrome dysexécutif caractérisé par un défaut en accès lexical et un manque de flexibilité mentale associé à des troubles de la mémoire de travail, sans troubles visio-spatiaux ou pariétaux, et majoré par un faible niveau d'acquisition, des céphalées chroniques et un état dépressif. Il n'y avait aucun argument en faveur d'une maladie neurodégénérative sous-jacente.
18. Le 10 juin 2014, l'assurée a fait l'objet d'une expertise rhumatologique, en présence d'un traducteur, par la doctresse M\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine

---

physique, rééducation et rhumatologie FMH. Dans son rapport du 22 juin 2014, l'experte n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail sur le plan rhumatologique. Les diagnostics sans répercussion sur celle-ci étaient les suivants : incontinence fécale sur rectocèle, en voie de résolution, incontinence urinaire minime après cervicopexie, diabète de type II, hypercholestérolémie traitée, chondropathie rotulienne de grade II et arthrose fémoro-patellaire à droite, déchirure de grade II de la corne postérieure du ménisque interne, status post-entorse du ligament collatéral et interne grade III, asymptomatique, chondropathie rotulienne et condylienne grade III au genou gauche, déchirure grade III de la corne postérieure du ménisque interne, asymptomatique, cervicalgies dans le contexte d'une discarthrose C5-C6 et C6-C7 sévère, avec ostéophytose réduisant les dimensions antéro-postérieures du canal cervical avec compression du cordon médullaire, mais sans signe de myélomalacie ni compression radiculaire, lombalgies sur discopathie dégénérative L4-L5, arthrose inter-apophysaire postérieure au même niveau, discopathie L5-S1 sans retentissement sur le canal lombaire, plaintes constrictives médio-sternales, arthralgies traitées et méningiome temporal droit stable. L'assurée a une première fois été en arrêt de travail le 21 mai 2010 pour un trouble dépressif jusqu'au 3 octobre 2010, puis à 100% du 13 août 2011 jusqu'au 21 février 2012, avant d'être en incapacité totale de travailler à partir du 2 juillet 2012, et à 50% en janvier et février 2013. Elle a été licenciée le 15 janvier 2013 avec effet au 31 mars 2013. L'incontinence fécale est présente depuis longue date, mais n'engendre pas une incapacité professionnelle. Une prise en charge sur le plan proctologique semblait être prévue prochainement. Au niveau cervical, elle décrivait des douleurs nocturnes et diurnes d'une intensité de 8 sur 10, ce qui paraissait exagéré à l'experte. L'examen clinique des cervicales, hormis une discrète limitation de la rotation de l'inclinaison gauche, était complètement normal. Il n'y avait pas de douleur métamérique correspondant à la topographie du trouble dégénératif sévère décrit sur l'IRM de novembre 2011, ni contracture musculaire dans les trapèzes supérieurs, moyens et les angulaires de l'omoplate. L'expert en a déduit que la problématique cervicale n'avait aucune traduction physique actuellement. Il n'y avait pas non plus d'irradiation dans les membres supérieurs de la discopathie relativement sévère. En ce qui concerne les lombaires, l'assurée décrivait des douleurs de 6/10 sur l'échelle de la douleur. L'IRM de janvier 2012 montrait des discopathies modérées très faiblement protrusives, sans contrainte radiculaire. L'examen n'avait pas mis en évidence de contracture musculaires paravertébrale dorsale et lombaire, ni fessière ni décompensation algique, de sorte qu'il y avait une nette divergence entre l'intensité des douleurs alléguées et les données objectives cliniques. Il n'y avait ainsi pas de limitation fonctionnelle dans la profession habituelle. S'agissant des gonalgies bilatérales, l'experte n'a retenu aucune douleur provoquée par la mobilisation en flexion forcée, aucun signe inflammatoire ni de décompensation d'une problématique méniscale, de sorte qu'il n'y avait pas non plus de limitation fonctionnelle au regard de cette problématique. Les points de la fibromyalgie étaient négatifs. Le pronostic

dépendait des épisodes de décompensation des lombalgies, cervicalgies et gonalgies qui jusqu'à présent pouvaient être résolus par des traitements AINS et antalgiques. Dans les limitations fonctionnelles, l'experte a mentionné qu'il fallait éviter l'extension des cervicales de manière prolongée, comme le lavage des vitres et le travail des membres supérieurs au-dessus de la tête. Ces mouvements n'étaient toutefois pas nécessaires de manière soutenue dans la profession d'agent d'entretien. L'activité devait aussi permettre une alternance des positions assise et debout, ainsi que la marche. Le port de charges de plus de 5 kg de manière répétitive et de plus de 10 kg de manière occasionnelle était proscrit. Le ressenti des douleurs physiques était sans doute majoré par la problématique psychologique. Il ressort d'ailleurs de l'anamnèse que le mari de l'assurée est maçon de profession et a travaillé en dernier lieu comme employé pour le nettoyage de bureaux avant son arrêt de travail depuis 2007 en raison de gonalgies et de lombalgies. Il reçoit un quart de rente mensuelle de CHF 114.- et de CHF 207.-. A cela s'ajoutent des prestations complémentaires de CHF 2'600.-par mois. Concernant le ménage, l'assurée a rapporté que les douleurs l'empêchaient totalement de faire le ménage depuis trois ans. Sa belle-fille s'en occupait le week-end et son mari passait l'aspirateur et préparait les repas. L'assurée ressentait de la fatigue dans les bras, même en épluchant les légumes. Elle faisait les courses avec son mari, soit à pied ou en scooter, ou avec la voiture de leur fils.

19. Dans son avis médical du 26 janvier 2015, la doctoresse N\_\_\_\_\_ du Service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a estimé qu'il y avait lieu de suivre les conclusions des experts et de retenir une exigibilité de la reprise du travail dans l'activité habituelle à 100%, tout en admettant une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2012, de 50% jusqu'au 28 février 2013. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: activité de ménage légère, port de charges limité à 10 kg, absence de mouvements en porte-à-faux du tronc, à genoux ou accroupi, accès libre aux toilettes.
20. Le 2 février 2015, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser les prestations de l'assurance-invalidité.
21. Par décision du 16 mars 2015, l'OAI a confirmé le projet de décision précité sur la base des expertises effectuées et l'avis du SMR.
22. Par acte du 22 avril 2015, l'assurée a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil.
23. Par écriture du 7 mai 2015, soit dans le délai fixé par la chambre de céans pour compléter le recours, elle a conclu à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Subsidiairement elle a conclu à l'octroi de mesures professionnelles, sous suite de dépens. Elle était toujours en incapacité de travail pour une durée indéterminée, comme cela était attesté par ses médecins-traitants. Par ailleurs, au vu de l'étendue des problèmes médicaux dont elle souffrait, tant sur le plan psychiatrique, neurologique et urologique, sa capacité de travail ne pouvait

---

être estimée sur la seule base rhumatologique. L'intimé n'avait par ailleurs pas pris en compte la globalité des symptômes dont l'interaction les renforçait.

24. A l'appui de ses dires, la recourante a produit le certificat médical du Dr F\_\_\_\_\_ du 14 avril 2015, confirmant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de cervicalgies bilatérales et de lombalgies chroniques. A cela s'ajoutaient des troubles de la mémoire, des troubles sphinctériens, pour lesquels une intervention chirurgicale était prévue les prochains jours. Compte tenu de l'ensemble de ces atteintes à la santé, la capacité de travail était nulle depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012.
25. La recourante a aussi produit le certificat médical du 17 avril 2015 de la doctoresse O\_\_\_\_\_, certifiant qu'elle était suivie par ce médecin depuis le 3 septembre 2013 et que sa capacité de travail était jugée nulle depuis cette date pour une durée indéterminée. Ce médecin a posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent, troubles cognitifs modérés (exécutifs, attentionnels), céphalées chroniques, troubles de défécation et miction sur asynchronisme abdomino-pelvien et rectocèle antérieur, discopathies L4-L5 et L5-S1 et douleurs des épaules en investigation. Les diagnostics de diabète type II, d'hypercholestérolémie, de lithiase urinaire et méningiome temporal n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail.
26. Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juin 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours au motif que rien ne permettait de douter de la pleine valeur probante des rapports d'expertise. Quant aux certificats médicaux des médecins-traitants, ils n'apportaient aucun élément objectivement vérifiable, dès lors qu'ils se contentaient d'avancer des diagnostics sans les motiver, et d'affirmer que la recourante ne pouvait plus travailler. Le SMR avait par ailleurs admis la présence de cervicalgies et de lombalgies chroniques, ainsi que d'un trouble dépressif récurrent, épisode léger, avec les limitations fonctionnelles en découlant.
27. Le 9 juillet 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a informé la chambre de céans que la recourante était toujours en incapacité de travail totale pour des raisons essentiellement psychiatriques. Elle souffrait cependant également d'un grand nombre d'atteintes somatiques. Certes, prises isolément, aucune de ces atteintes n'était invalidante. Le psychiatre traitant se demandait néanmoins si la somme de celles-ci n'aboutirait pas à une incapacité de travail totale. La recourante faisait par ailleurs partie d'une famille au passé psychiatrique lourd. Son père s'était pendu. Peu scolarisée, elle avait vécu toute sa vie appuyée sur son mari et n'avait travaillé que par périodes à temps partiel. Plusieurs décompensations psychiques graves s'étaient produites dans le passé, de sorte que l'épisode dépressif actuel apparaissait comme la continuation d'une pathologie existant depuis son plus jeune âge. L'épisode actuel était d'une intensité moyenne et rendait la recourante totalement incapable de travailler, ce en quoi il était en désaccord avec l'expert psychiatre. Par ailleurs, la recourante ne présentait pas de limitations fonctionnelles pour le ménage sur le plan psychiatrique.

28. Lors de son audition par la chambre de céans en date du 26 août 2015, la recourante a déclaré ce qui suit :

« J'ai effectivement aussi travaillé pour B\_\_\_\_\_ SA parallèlement à mon activité pour D\_\_\_\_\_ SA. Je ne me rappelle plus très bien pendant combien d'heures par semaine. Selon mes souvenirs, j'ai travaillé tous les jours de 6h à 8h du matin et mon travail consistait à nettoyer les bureaux. Pour D\_\_\_\_\_ SA, je travaillais le soir.

Je ne me rappelle plus pourquoi le contrat de travail avec B\_\_\_\_\_ SA a pris fin en 2007. En 2008 j'ai essayé de trouver un autre travail, à côté de celui pour D\_\_\_\_\_ SA. Toutefois, mes recherches sont restées vaines.

A la question de la juge de savoir si j'ai déjà travaillé à 100 % depuis son arrivée en Suisse, je réponds que je ne me rappelle plus. J'ignore aussi le salaire de mon mari avant qu'il devienne invalide.

Depuis longtemps, je ne fais plus le ménage chez moi. Toutefois je ne me rappelle plus depuis quelle année exactement ».

29. Dans son avis médical du 25 août 2015, la Dresse P\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que le courrier du Dr F\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'éléments cliniques objectifs susceptibles de modifier l'appréciation de l'état de santé sur le plan psychiatrique. Il en allait de même du rapport de la Dresse O\_\_\_\_\_, de sorte qu'il y avait lieu de maintenir les précédentes conclusions.

30. Par écriture du 25 août 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se prévalant essentiellement de l'avis médical précité.

31. Le 7 septembre 2015, la chambre de céans a ordonné une expertise neuropsychologique et l'a confiée à la Madame Q\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP.

32. Dans son rapport du 23 décembre 2015, l'experte a constaté, sur le plan du langage oral, un stock lexical très pauvre et de légères difficultés d'accès lexical (ralentissement important). La recourante ne connaissait pas l'écriture et présentait une limitation très importante pour la lecture, ainsi qu'une connaissance imparfaite de l'alphabet et des mois de l'année. Dans le domaine du calcul, la recourante ignorait les opérations arithmétiques de base, à l'exception d'un comptage de un à vingt avec des hésitations et autocorrections. Dans les tests de mémoire épisodique, les scores étaient sévèrement déficitaires. Il y avait aussi des troubles de la mémoire de travail en modalité visuelle et des scores faibles dans les épreuves appréciant le fonctionnement visuo-constructif et l'intégration visuo-motrice. Sur le plan attentionnel, les scores qualitatifs étaient légèrement meilleurs mais aussi faibles, en raison d'un ralentissement massif de la vitesse de traitement de l'information et d'une fluctuation des performances. A l'échelle d'intelligence de Wechsler (WAIS-IV) les résultats étaient clairement en-dessous de ce qui était attendu pour son âge. Les indices de raisonnement perceptif, de vitesse de traitement et de mémoire de

travail étaient aussi très faibles. Cependant, il y avait de bonnes performances dans les tâches évaluant les gnosies visuelles et les praxies gestuelles. Compte tenu de ces résultats, Mme Q\_\_\_\_\_ a conclu à une problématique développementale probable. Alors même que les personnes peu scolarisées, voire analphabètes, mais n'ayant pas de trouble de développement, acquéraient généralement quelques notions de mathématique et d'arithmétique, la recourante n'avait jamais pu, selon ses dires et ceux de son époux, faire des courses seules, dans la crainte de ne pas pouvoir gérer son argent. La recourante souffrait ainsi vraisemblablement d'un handicap intellectuel léger. Les déficiences intellectuelles étaient cependant difficilement quantifiables, en l'absence de matériel adapté à des personnes de petit niveau de scolarisation et éduquées au Portugal, en l'absence de stimulation sur le plan scolaire et environnemental et en raison de la composante émotionnelle. La recourante présentait vraisemblablement des difficultés développementales d'origine organique, mais il était difficile d'évaluer dans quelle mesure une meilleure stimulation lui aurait permis d'améliorer quelque peu l'acquisition de ses compétences cognitives tout au long de son développement. Quant au déficit attentionnel, la difficulté à mobiliser les ressources attentionnelles était fréquemment observée auprès de patients souffrant de troubles thymiques. Le méningiome ne pouvait pas à lui seul expliquer les troubles cognitifs actuels, mais pourrait, en s'aggravant, y contribuer. Sur le plan fonctionnel il était peu probable que la recourante pût exercer à ce jour une activité professionnelle dans le circuit économique traditionnel, le ralentissement et les difficultés touchant des capacités de raisonnement et de mémoire ayant sans doute un impact sur le rendement et sur ses compétences professionnelles. Compte tenu de la méconnaissance du langage écrit, elle ne pouvait pas non plus développer des stratégies visant à palier ses troubles mnésiques et attentionnels.

33. Dans son avis médical du 8 février 2016, le docteur R\_\_\_\_\_ du SMR a relevé que Mme Q\_\_\_\_\_ estimait que les déficiences intellectuelles étaient difficilement quantifiables et qu'elle ne pouvait donc se prononcer sur l'importance des troubles cognitifs. Elle avait insisté également sur le rôle prépondérant de la composante émotionnelle. Selon le médecin du SMR, l'experte aurait expliqué que les facteurs psychiques, bien que pas assez sévères pour être incapacitants, jouaient un rôle prépondérant dans les limitations neuropsychologiques. Elle a mentionné également le rôle essentiel des facteurs psychosociaux dans l'importance des conséquences des déficiences, telles que la méconnaissance du langage écrit et l'absence de stimulation. L'experte ne pouvait ainsi qu'estimer la capacité de travail et il n'y avait aucune certitude quant à cette évaluation. Elle a donc confirmé, selon le médecin du SMR, que les facteurs psychosociaux, ne pouvant être pris en compte par l'intimé, étaient responsables des limitations neuropsychologiques.
34. Par écriture du 11 février 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions, sur la base de l'avis du SMR précité. Il n'était pas établi au degré de la vraisemblance

prépondérante que les limitations neuropsychologiques dont souffrait la recourante relevaient de l'assurance-invalidité.

35. Dans ses écritures du 22 février 2016, la recourante a également persisté dans ses conclusions. Elle a mis en exergue que l'examen neuropsychologique confirmait le rapport des EPI, dans le sens qu'elle était dans l'incapacité d'effectuer une activité professionnelle dans le circuit économique traditionnel. Selon l'experte, les déficits relevés ne pouvaient s'expliquer uniquement par l'absence de scolarisation, mais trouvaient vraisemblablement leur origine dans un handicap intellectuel léger. Son incapacité de travail ne reposait pas non plus sur des considérations socio-économiques, mais sur le léger handicap intellectuel, conjugué à une lourde dépression.
36. 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) 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. L'objet du litige est la question de savoir si la recourante présente une invalidité ouvrant le droit à une rente.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).
5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que 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'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6. 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).
7.
  - a. 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).
  - b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

8. 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.

- a. 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).

- b. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

- c. 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).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou

---

envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 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).

10. En premier lieu, il convient de déterminer le statut de la recourant.

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 art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. 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). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

11. En l'occurrence, il ressort du compte individuel de la recourante qu'elle a travaillé à partir d'octobre 2003 pour D\_\_\_\_\_ SA. Selon le contrat de travail du 10 février 2006 avec cette entreprise, l'horaire de travail moyen était de 21 heures par semaine, ce qui correspond à un taux d'activité de 50 %. Dans le questionnaire pour

---

l'employeur, D\_\_\_\_\_ SA a indiqué que l'horaire de travail était à partir du 21 février 2012 de dix heures par semaines, soit de 25 % approximativement.

Parallèlement à son emploi chez D\_\_\_\_\_ SA, la recourante a aussi travaillé auprès des entreprises suivantes :

- de septembre 2003 à décembre 2004 pour S\_\_\_\_\_ de nettoyage pour un salaire annuel de CHF 13'739.- ;
- d'octobre 2004 à juin 2006 pour T\_\_\_\_\_ pour un salaire annuel de CHF 4'692.- ;
- de janvier 2005 à novembre 2007 pour B\_\_\_\_\_ (Suisse) SA pour un salaire annuel de CHF 8'794 en 2006 ;
- de janvier à août 2010 pour C\_\_\_\_\_ SA pour un salaire de CHF 5'286.-

Il résulte de ces données, que, jusqu'en novembre 2007, la recourante a presque toujours travaillé pour deux entreprises, voire pour trois. De janvier à août 2010, elle était aussi engagée, à côté de son emploi pour D\_\_\_\_\_ SA, chez C\_\_\_\_\_ SA. Selon ses déclarations devant la chambre de céans et au vu du salaire réalisé, elle avait dû travailler pour B\_\_\_\_\_ (Suisse) SA à 25 %. Le salaire obtenu en dernier lieu chez C\_\_\_\_\_ SA semble correspondre également à une activité de 25 % environ. Quant à l'horaire de travail réalisé chez son employeur principal, D\_\_\_\_\_ nettoyages SA, il était de 21 heures au départ et a ensuite été réduit à 10 heures par semaine dès le 21 février 2012. Ainsi convient-il d'admettre qu'elle a travaillé au taux de 75% jusqu'en novembre 2007, puis à 50% et de nouveau à 75% dès janvier 2010 pendant une courte période.

Cela étant, il y a lieu de retenir qu'elle aurait travaillé à 75% sans atteinte à la santé, même si elle n'a travaillé qu'à 50% de décembre 2007 à décembre 2009, ayant été licenciée par B\_\_\_\_\_ (Suisse) SA en novembre 2007. En effet, selon les déclarations devant la chambre de céans, elle avait cherché un second emploi en 2008, mais sans succès. Cette intention est également corroborée par le fait qu'elle a accepté en 2010 un emploi chez C\_\_\_\_\_ SA, en plus de celui chez D\_\_\_\_\_ SA. A cela s'ajoute qu'au vu de l'invalidité partielle de son époux et des difficultés financières en résultant, il est à supposer qu'elle aurait dû aussi augmenter son temps de travail pour cette raison. Enfin, si elle n'a pas cherché un autre emploi après son licenciement par C\_\_\_\_\_ SA, cela tient manifestement à ses problèmes de santé. En effet, selon l'IRM du genou droit réalisé le 30 mars 2010, la recourante souffrait d'un épanchement intra-articulaire, d'une chondropathie rotulienne « grade III » et d'une arthrose fémoro-patellaire, de lésions ostéochondrales, une déchirure « grade II » de la corne postérieure du ménisque interne avec une dégénérescence du ménisque externe, d'une tuméfaction du ligament croisé antérieur traduisant un status post-étirement et un status post-entorse du ligament collatéral interne « grade III », ainsi qu'une tendinopathie rotulienne et une bursite. Selon le formulaire pour la détection précoce de l'invalidité, rempli le 10 août 2010 par la Zurich Assurances, l'assureur perte de gain de D\_\_\_\_\_ SA, l'assurée était en outre en

---

incapacité de travail à 100 % à partir du 21 mai 2010 en raison d'une dépression. Son incapacité de travail a duré jusqu'au 3 janvier 2011. Dès le 12 août 2011 jusqu'au 20 février 2012, elle était de nouveau en incapacité de travail à 100%, puis à partir du 2 juillet 2012 jusqu'à ce jour (cf. expertise du 22 juin 2014 de la Dresse M\_\_\_\_\_ p. 11).

Ainsi, la recourante présente un statut mixte, soit un taux d'activité de 75 % dans la sphère professionnelle et de 25% dans la sphère du ménage.

12. a. En ce qui concerne la capacité de travail de la recourante dans la sphère professionnelle, celle-ci était nulle sur le plan psychique du 8 août 2011 au 19 février 2012 et de 50 % dès cette date jusqu'au 30 juin 2012. A partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012, la capacité de travail était de nouveau nulle pour une durée indéterminée, comme cela ressort des rapports des Drs F\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ des respectivement 24 août et 17 décembre 2012, ainsi que du 27 décembre 2012.

Selon le Dr F\_\_\_\_\_, la recourante souffre d'un trouble dépressif récurrent remontant à l'âge de dix-huit ans, avec un tentamen médicamenteux. A l'âge de 23 ans elle a présenté une deuxième dépression avec tentamen médicamenteux et à 31 ans elle a été hospitalisée durant quelques semaines, selon le rapport du 24 août 2012 de ce médecin. Elle a également séjourné du 8 au 22 juillet 2012 à la Clinique genevoise de Montana en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère avec somatisation lors de son hospitalisation, en lien à des difficultés conjugales, professionnelles et des soucis de santé. Dans son rapport du 6 novembre 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ rapporte que l'évolution est en dents de scie et que l'état de santé s'est discrètement dégradé au fil des derniers mois. Il y a un ralentissement psychomoteur important et un manque d'énergie. Selon le Dr E\_\_\_\_\_, le trouble dépressif récurrent est présent depuis 2006. Le 27 juin 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ atteste un trouble dépressif récurrent, épisode moyen. Lors de l'expertise en date du 19 février 2014 par le Dr J\_\_\_\_\_, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, est notamment retenu, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant et autre trouble spécifique de la personnalité (personnalité immature, difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie et difficultés liées à l'acculturation). Au moment de l'expertise, il n'y avait pas d'incapacité de travail pour des raisons psychiques. La recourante semblait être plus régressée que déprimée, avec des bénéfices secondaires de la maladie. De l'anamnèse de cet expert, il ressort que le père de la recourante s'était pendu lorsqu'elle était petite.

Aux atteintes psychiques, s'ajoute enfin un méningiome, sans effet sur la capacité de travail, selon le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2012.

- b. L'examen neuropsychologique réalisé en décembre 2015 par Mme Q\_\_\_\_\_ GUMY met en évidence un handicap intellectuel léger, au vu des faiblesses objectivées dans les tests et le parcours scolaire et professionnel de la recourante (difficultés possibles d'apprentissage scolaire, emplois à temps partiel, difficultés d'intégration à des postes requérant l'acquisition de procédures nouvelles et/ou plus

complexes...). Cette hypothèse est corroborée par les limitations observées lors du stage effectué aux EPI. Les déficiences intellectuelles sont cependant difficilement quantifiables en raison du fait que le matériel utilisé (tests etc.) n'est pas adapté à des personnes de petit niveau de scolarisation et éduquées au Portugal, de l'absence de stimulation sur le plan scolaire et environnemental qui a pu avoir une incidence sur le développement et les apprentissages, et finalement la composante émotionnelle qui accentue "sans doute" les déficits attentionnels et mnésiques. Les conclusions de Mme Q\_\_\_\_\_ confirment celles de la consultation neurologique du 26 mai 2014, lors de laquelle un syndrome dysexécutif et des troubles de la mémoire de travail avaient déjà été mis en évidence.

Mme Q\_\_\_\_\_ conclut qu'il est peu probable que la recourante puisse exercer une activité professionnelle dans le circuit économique traditionnel. Le ralentissement et les difficultés touchant les capacités de raisonnement et de mémoire ont sans doute aussi un impact sur son rendement et sur les compétences professionnelles.

c. Dans son avis médical du 8 février 2016, le Dr R\_\_\_\_\_ estime que cette experte n'a pu qu'estimer la capacité de travail et que l'évaluation de la neuropsychologue ne comporte aucune certitude, dès lors qu'elle indique que « il est peu probable que la patiente puisse exercer à ce jour une activité professionnelle dans le circuit économique traditionnel » et que les déficiences intellectuelles aux résultats des tests sont difficilement quantifiables. De surcroît, elle considère que la composante émotionnelle joue un rôle prépondérant dans les limitations neuropsychologiques.

Certes, les tests neuropsychologiques utilisés ne sont pas forcément adaptés à l'évaluation d'une personne analphabète scolarisée et éduquée au Portugal. Toutefois, en ce qui concerne l'absence de stimulation sur le plan scolaire et environnemental qui a pu avoir une incidence sur le développement et les apprentissages, cet élément intervient seulement pour évaluer la cause des difficultés développementales. Compte tenu d'une absence de stimulation, ces difficultés ne sont ainsi pas seulement d'origine organique. Il n'en demeure pas moins que ces difficultés sont bien présentes, indépendamment de leur cause. Quant à la composante émotionnelle qui intervient également comme cause des difficultés intellectuelles, le médecin du SMR ne peut pas écarter cet élément, en considérant que les facteurs psychiques ne sont pas assez sévères pour être incapacitants, probablement en se référant à l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_. En effet, l'examen neuropsychologique a au contraire mis en évidence que les conséquences du trouble dépressif sont considérables, dans la mesure où elles ont une influence directe sur les facultés cognitives et les limitent notablement, dans un contexte vraisemblable d'un handicap intellectuel léger d'origine organique et un environnement peu stimulant sur le plan intellectuel.

Il convient également de relever que la consultation neurologique du 26 mai 2014, qui est postérieure à l'expertise du Dr J\_\_\_\_\_, a également mis en évidence un syndrome dysexécutif et des troubles de la mémoire de travail, soit un tableau compatible avec le profil cognitif actuel constaté par l'experte neuropsychologue.

A cela s'ajoute que le caractère récurrent du trouble dépressif est admis par tous les médecins consultés. Seule la sévérité de ce trouble est contestée. Dans la mesure où le Dr J\_\_\_\_\_ qualifie également le trouble dépressif de récurrent, il reconnaît donc qu'il y a des fluctuations des épisodes dépressifs avec des intensités différentes, de moyennes à sévères, comme cela est attesté par les psychiatres de la recourante. L'anamnèse confirme au demeurant la récurrence du trouble dépressif qui est présent depuis l'âge de 18 ans au moins. L'expert rapporte également deux tentatives de suicide et une hospitalisation en milieu spécialisé à l'âge de 31 ans. Dernièrement, la recourante a encore été hospitalisée du 8 au 22 juillet 2012 à la Clinique genevoise de Montana où les médecins ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec somatisation.

Ainsi, même si l'intensité du trouble dépressif au moment de l'expertise n'était que léger, il sied de reconnaître que ce trouble a été avant et après l'expertise régulièrement d'intensité moyenne à sévère et a provoqué des incapacités de travail depuis 2010. Sa répercussion sur la capacité de travail, indépendamment du handicap intellectuel léger, a été objectivée par les évaluations neuropsychologiques de mai 2014 et de décembre 2015.

Il sied à cet égard de relever que le seul déficit intellectuel de la recourante ne permet pas d'expliquer son incapacité de travail, dès lors qu'elle a pu travailler dans le circuit économique normal au Portugal et, depuis 2003, en Suisse. Ce n'est que depuis qu'elle souffre du trouble dépressif qu'elle est diminuée dans ses facultés cognitives au point de ne plus pouvoir faire face aux exigences d'un travail dans le circuit économique traditionnel, même simple et répétitif, indépendamment de plusieurs atteintes somatiques indéniables. De même, son incapacité de travail ne peut pas être liée uniquement à des facteurs socio-culturels, tels que la faible scolarisation, l'analphabétisme et la méconnaissance du français, ces facteurs n'ayant pas empêché la recourante de travailler auparavant. Par contre, il est à supposer que ces facteurs réduisent fortement les ressources psychiques de la recourante pour surmonter le trouble dépressif, lequel est nonobstant bien présent et a valeur de maladie.

Le Dr R\_\_\_\_\_ du SMR ne peut enfin pas être suivi en ce qu'il considère que Mme Q\_\_\_\_\_ n'a pas pu évaluer la capacité de travail. En premier lieu, il sied de relever qu'une telle appréciation constitue toujours une estimation, en présence d'atteintes à la santé indéniables, et jamais une certitude, comme en témoignent les appréciations médicales parfois diamétralement opposées d'un même état de fait. De surcroît, les termes de "peu probable" utilisés par cette experte doivent être traduits par "selon la vraisemblance prépondérante". Sur la base du bilan neuropsychologique judiciaire, il doit donc être admis que la force probatoire requise en assurances sociales est en l'occurrence atteinte.

Compte tenu du diagnostic psychiatrique de trouble dépressif récurrent et de ses conséquences sur les facultés cognitives de la recourante, il convient par conséquent de considérer que la capacité de travail de la recourante est nulle dans le

circuit économique traditionnel, comme cela a déjà été constaté lors du stage en mars et avril 2012 aux ateliers des EPI.

13. La capacité de travail de la recourante dans la sphère professionnelle au taux de 75% étant nulle, une perte de gain de ce pourcentage doit être admis en l'absence d'une capacité de gain partielle résiduelle et au vu du statut mixte. Ainsi, le taux d'incapacité de travail dans une activité lucrative se confond en l'espèce avec le taux d'invalidité. Un degré d'invalidité de 75% ouvre le droit à une rente entière, de sorte que la question de l'invalidité de la recourante dans le ménage peut rester ouverte.
14. La demande de la recourante étant de novembre 2012, le droit aux prestations naît à partir de mai 2013.
15. Ainsi, le recours sera admis, la décision annulée et la recourante mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> mai 2013.
16. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est octroyée à titre de dépens.
17. Dans la mesure où le recours est admis, l'émolument de justice, fixé à CHF 200.-, est mis à la charge de l'intimé.

\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 16 mars 2015.
4. Met la recourante au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> mai 2013.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de justice de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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