

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1595/2015

ATAS/121/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 16 février 2016**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée au LIGNON, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître de Ghislaine MARSANO-  
ERNOULT

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1979, d'origine bosniaque, entrée en Suisse le 21 octobre 2005, exerçant une activité d'employée de nettoyage à 50% depuis 2011, est en incapacité de travail à 100% depuis le 7 octobre 2012. La Bâloise Assurances verse une indemnité journalière maladie collective.
2. Elle a été victime d'une chute à son domicile le 2 mars 2013.
3. Dans un rapport du 29 avril 2013, les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), département de santé mentale et de psychiatrie, ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et d'état de stress post traumatique. Il est indiqué que la symptomatologie en lien avec l'état de stress post traumatique s'est améliorée, dans la mesure où elle présente moins de réviviscences. Elle souffre toutefois d'une anxiété importante en lien avec sa grossesse et le bébé à venir. La capacité de travail est nulle. Le pronostic est réservé. Il est craint qu'à l'arrivée du nouvel enfant, elle présente une péjoration de son état psychique.

À noter que l'assurée avait précédemment été hospitalisée du 27 mars au 11 avril 2007 et du 13 au 23 octobre 2007 au Département de psychiatrie des HUG en entrée non volontaire, en raison d'un état de stress post traumatique.

4. L'assurée a déposé le 7 août 2013, une demande auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) visant à l'octroi d'une rente d'invalidité.
5. Dans un rapport du 11 novembre 2013, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, chef de clinique du Département de psychiatrie du Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (CAPPI), médecin traitant depuis le 7 décembre 2012, a posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et d'état de stress post traumatique. Il explique que l'assurée est mère de deux fillettes âgées de 8 ans et de 5 mois. La dernière a été placée par le SPMI dans un foyer en raison de l'instabilité psychique de la patiente. À noter que l'aînée a également bénéficié d'un suivi par le SPMI étant plus jeune, avec l'encadrement d'une maman de jour. Durant la guerre des Balkans, la patiente a vécu d'importants traumatismes. Elle a subi un viol à l'âge de 14 ans, a assisté à des tueries et notamment au meurtre d'une enfant en bas âge. Très rapidement après son arrivée en Suisse, la patiente a bénéficié de soins psychiatriques (hospitalisation pour une symptomatologie anxiodépressive, une symptomatologie post-traumatique et des comportements auto et hétéroagressifs). Elle a également été suivie pendant plusieurs années par le Dr C\_\_\_\_\_ à l'association Appartenance. Elle a pu travailler comme employée de nettoyage dans un hôtel, travail qu'elle a dû cesser suite à une agression sexuelle sur son lieu de travail, qui a amené une réaction d'un PTSD.

La patiente présente actuellement un status psychique instable. Son humeur est déprimée, les émotions sont labiles, entre la tristesse, la colère et l'anxiété. Elle

souffre de troubles du sommeil. Elle est anhédonique, aboulique, elle a par moments des comportements impulsifs avec abus de médicaments et violences physiques sur sa fille aînée. Elle présente des signes de PTSD avec des flashbacks, des reviviscences, des comportements d'évitement.

Le pronostic reste réservé. Le médecin note très peu d'évolution depuis un an de suivi au Centre du CAPPI, la patiente ayant beaucoup de difficultés à gérer la venue de son deuxième enfant.

L'incapacité de travail est de 100% à compter du 10 octobre 2012.

« La patiente présente des restrictions de plusieurs types, premièrement en lien avec l'état de stress post-traumatique, la patiente évite de sortir de chez elle, craint d'être en contact avec autrui. Elle présente également des limitations en lien avec le trouble de personnalité émotionnellement labile et l'humeur dépressive, avec une fatigue, des problèmes d'attention et de concentration, une labilité émotionnelle qui peut être exacerbée lors des relations interpersonnelles dans son travail ».

6. Dans un rapport du 10 octobre 2013 adressé à la Bâloise Assurances, le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé que la capacité de travail était nulle. Il indique que « la patiente est suivie au Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (CAPPI) Servette depuis le 10 octobre 2010. Elle bénéficie d'entretiens médicaux et d'entretiens infirmiers. Elle est au bénéfice d'un traitement médicamenteux antidépresseurs, anxiolytiques et stabilisateurs de l'humeur. Les objectifs du traitement sont une amélioration de la symptomatologie dépressive, une meilleure gestion des émotions et de l'impulsivité, un travail sur l'état de stress post traumatique. Les progrès médicaux réalisés sont modestes. On note une légère amélioration de la gestion de son impulsivité et la disparition de comportements suicidaires. Le traitement doit être poursuivi ».
7. Une expertise a été réalisée sur demande de la Bâloise Assurances par la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le 22 janvier 2014. L'expert a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de personnalité dyssociale, et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques avec syndrome de dépendance. Elle se détermine quant aux trois rapports médicaux signés par le Dr B\_\_\_\_\_ les 5 février 2013, 29 avril 2013 et 10 octobre 2013, lesquels « mentionnent des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de trouble de la personnalité émotionnellement labile et d'un syndrome de stress post traumatique avec une incapacité de travail totale et un pronostic réservé. Face à l'examen de ce jour, les éléments dépressifs n'ont pas été observés : étant donné que ceux-ci surviennent dans un mécanisme d'impuissance et que dans cette situation nous sommes devant un tableau de représailles (non contre l'agresseur mais envers plus faible que soi), il s'agit justement d'un processus inverse à celui de la dépression. Le trouble de la personnalité est reconnu, mais le type personnalité dyssociale a été privilégié en

raison des critères listés ci-dessus et de la dangerosité de l'expertisée (risque réel de récurrence de passage à l'acte hétéro-agressif). Les symptômes d'un éventuel stress post-traumatique ne peuvent être reconnus chez une femme qui a travaillé près d'un an suite au traumatisme incriminé (d'ordre sexuel) et qui a entamé une grossesse aux alentours de son premier jour de mise en arrêt maladie ».

L'experte considère que depuis la fin du congé de maternité le 21 septembre 2013, il n'y a plus d'incapacité de travail d'ordre psychiatrique dans toute activité dans laquelle il n'y a pas de risque de mise en danger de personnes vulnérables. Le pronostic de capacité de reprise professionnelle est bon et durable. En vue de la dangerosité de l'intéressée, il y a urgence à protéger au moins les enfants.

8. Il résulte d'une note téléphonique du 27 février 2014 que l'assurée a été incapable de travailler à 100% du 7 octobre 2012 au 31 mai 2013. Elle a bénéficié d'un congé maternité du 1<sup>er</sup> juin 2013 au 20 septembre 2013, et est toujours incapable de travailler à 100% depuis le 21 septembre 2013.
9. L'assurée s'est inscrite au chômage et recherche un emploi à plein temps. Un délai-cadre a été ouvert en sa faveur jusqu'en mai 2016.
10. Dans une note du 11 juillet 2014, le médecin du SMR a proposé de suivre les conclusions de l'experte.
11. Le 31 juillet 2014, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée, au motif qu'elle avait récupéré une pleine capacité de travail depuis le 21 septembre 2013.
12. Par courrier du 13 août 2014 adressé à l'OAI, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il contestait ce projet de décision. Il rappelle qu'il n'était d'accord ni avec les conclusions diagnostics, ni avec l'évaluation de la capacité de travail figurant dans le rapport d'expertise de la Dresse D\_\_\_\_\_. Il reproche notamment à celle-ci de n'avoir pas pris contact avec lui, alors qu'il est le médecin psychiatre traitant de l'assurée depuis fin 2012, et de n'avoir pris connaissance ni des rapports, ni des documents médicaux la concernant. Il atteste que sa patiente présente une incapacité de travail depuis son entrée en soins au Centre CAPPI le 10 octobre 2012, et cela sans interruption.
13. Le 1<sup>er</sup> septembre 2014, le Dr B\_\_\_\_\_ a expliqué qu'  
« À son arrivée en Suisse, la patiente a rapidement bénéficié de soins psychiatriques hospitaliers et ambulatoires au HUG et à l'association Appartenances et les diagnostics d'état de stress post-traumatique et d'état dépressif ont été retenus. Son état de santé évolue favorablement et la patiente trouve du travail comme nettoyeuse. Elle décrit ce travail comme aidant et stabilisant pour ses problèmes psychiques. En 2011, elle subit une agression sexuelle par un collègue sur son lieu de travail. Cet événement réactive une symptomatologie post-traumatique et dépressive. La patiente commence alors à consommer de plus en plus d'anxiolytiques qui lui permettent de continuer à travailler pendant une période,

jusqu'à ce qu'elle n'y arrive plus et demande des soins au CAPPI Servette en 2012 et est mise en arrêt de travail à 100%.

À son arrivée en soins en 2012 au CAPPI Servette, la patiente est enceinte, elle présente une symptomatologie dépressive sévère et des symptômes d'un état de stress post-traumatique avec une humeur déprimée, de la tristesse et des pleurs, un sentiment de désespoir et de culpabilité, des idées de mort passives, des hallucinations auditives liées à des crises d'angoisses, des épisodes dissociatifs, des troubles du sommeil, des cauchemars de l'agression, un état d'hypervigilance et des flashbacks, des troubles de l'attention et de la concentration.

Elle a bénéficié d'entretiens médicaux et infirmiers ainsi qu'un traitement antidépresseur et anxiolytique. Une prise en charge en psychomotricité a été tentée mais celle-ci a dû être interrompue en raison d'une réactivation de symptômes post-traumatiques trop difficiles à supporter pour la patiente ».

Le Dr B\_\_\_\_\_ a constaté qu'actuellement

« l'assurée présente un meilleur sommeil. Les épisodes de dissociation (où elle peut se montrer agressive envers ses enfants) sont moins fréquents. Elle présente encore une humeur très labile avec de la tristesse, des pleurs, des crises de colère et d'angoisse, l'estime de soi est très mauvaise. Elle présente de l'aboulie et de l'anhédonie. Elle présente des troubles de la concentration et de l'attention. Elle a occasionnellement des idées de mort sans projet suicidaire précis. Elle fait encore des abus médicamenteux. Elle se montre impulsive et peu tolérante à la frustration. Elle craint les hommes, n'arrive plus à avoir de rapports sexuels avec son mari, car elle est envahie par des images de son agresseur. Elle évite de sortir de chez elle. Le pronostic reste réservé au vu de la persistance de la symptomatologie psychiatrique. Malgré tout, avant cette agression en 2011, le travail avait contribué à la stabiliser pendant plusieurs années. La patiente en a conscience et aimerait pouvoir récupérer sa capacité de travail, mais son état de santé actuel ne lui permet pas d'organiser des démarches de recherches de travail ».

Le Dr B\_\_\_\_\_ confirme que l'incapacité de travail en tant que nettoyeuse est entière depuis le 10 octobre 2012. Il énumère les restrictions suivantes : les angoisses de se confronter à des nouveaux collègues de travail en lien avec la peur de se faire à nouveau agresser, les troubles de la concentration et de l'attention. Ces restrictions peuvent se manifester par des difficultés à travailler en équipe, des oublis et des erreurs en lien avec ses troubles attentionnels et de la concentration. S'agissant des mesures de réadaptation, il précise qu'elles peuvent permettre à la patiente de se réexposer progressivement aux angoisses décrites, de sorte qu'on pourrait s'attendre à une désensibilisation. Il conclut ainsi que « retrouver un rôle professionnel, une utilité, peut permettre à la patiente d'améliorer son estime de soi, et alors son état dépressif, ainsi que les troubles de l'attention et de la concentration, mais cela doit se faire dans un milieu encadré et protégé, par exemple EPI ».

14. Le 4 septembre 2014, le Dr B\_\_\_\_\_, en complément à son rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2014, a informé l'OAI que sa patiente « présente une décompensation

psychique très importante avec une tentative de suicide par veinosection la semaine passée, après être venue protester physiquement, de manière impulsive et inadéquate à l'OAI, puis une nouvelle tentative de suicide aujourd'hui par abus médicamenteux, deux heures après que nous ayons pourtant convenu ensemble une hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de Belle-Idée. Le facteur déclenchant semble avoir été le courrier que vous lui avez envoyé au sujet de sa demande d'une réadaptation (voire rente). Pour ma part, ce courrier m'a semblé tout à fait compréhensif et légitime, dans le sens où vous lui proposez de vous envoyer des informations médicales plus détaillées et probantes, ce que je me suis empressé de faire. Par contre, pour la patiente, ce courrier a été vécu comme un rejet et non reconnaissance de son état de santé. Il fait écho avec la non reconnaissance, entre autres judiciaire, que la patiente ressent vis-à-vis de l'agression subie en 2011. Sa réaction ne me surprend pas dans le sens où il est déjà arrivé qu'elle réagisse de cette manière en raison de son trouble de personnalité émotionnellement labile, notamment son hypersensibilité à la frustration et au sentiment d'injustice qui l'amène à complètement se dévaloriser jusqu'à vouloir mettre fin à ses jours. Elle est actuellement aux urgences de l'hôpital cantonal en raison de soins somatiques nécessaires liés à son abus de médicaments et sera très certainement hospitalisée à l'hôpital psychiatrique de Belle-Idée ».

15. L'assurée a été hospitalisée du 4 au 16 septembre 2014 au service de psychiatrie générale des HUG, pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, retenu à titre de diagnostic principal, et pour une personnalité émotionnellement labile type borderline et des troubles de l'adaptation, à titre d'autres diagnostics.
16. Dans un rapport du 9 février 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire. Il confirme les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et d'état de stress post traumatique, diagnostiqués et traités depuis 2007. Il explique qu'« ils ont une incidence de manière temporaire sur sa capacité de travail, mais la patiente a pu travailler comme nettoyeuse pendant quatre ans, jusqu'en 2012. Les troubles se sont aggravés en 2011 suite à une agression sexuelle. L'évolution de l'état de stress post traumatique est légèrement favorable selon l'expert, dans le sens où la patiente présente moins d'évitement, arrive à mieux sortir de chez elle, a réussi notamment à se rendre quotidiennement pendant trois semaines et demi à un stage de réinsertion à la Fondation PRO à raison de deux heures par jour. En ce qui concerne la symptomatologie dépressive, l'humeur déprimée, l'aboulie, l'anhédonie, la tristesse, le sentiment de désespoir et la fatigue, ils sont toujours présents de manière stable. Les idées suicidaires et les troubles du sommeil sont fluctuants. En ce qui concerne le trouble de personnalité émotionnellement labile, elle présente de manière récurrente des réactions impulsives auto (scarifications et abus médicamenteux) et hétéro agressives (gestes hétéro agressifs envers ses enfants), la mauvaise estime de soi persiste de manière chronique. Elle présente de manière chronique une intolérance à la frustration ».

Il estime la capacité de travail de sa patiente, dans le poste de travail occupé en tant que nettoyeuse, à 0%, et dans une autre activité adaptée, telle que conditionnement, à deux heures par jour avec un rendement de 60%. Il précise à cet égard que le stage de réinsertion à la Fondation PRO pendant trois semaines et demi, à raison de deux heures par jour, a mis en évidence un engagement et une motivation présente dans son travail de conditionnement. Il ressort une diminution de son endurance, une certaine lenteur dans l'exécution, et son rendement a été estimé à 60%. Elle présente pour l'instant une incapacité de travail avec des hommes, en lien avec l'agression subie sur son lieu de travail, et n'a pas pu utiliser le vestiaire commun pour ranger ses affaires. Il ajoute que la patiente décrit des bénéfices de ce stage, en expliquant que cela lui permet d'occuper son esprit avec autres choses que ses problèmes et en induisant une revalorisation de sa personne, mais précise qu'en raison des sollicitations et du bruit, elle a dû prendre entre deux à trois réserves de Seroquel 25 mg pour supporter le stage.

17. Selon un rapport du centre d'évaluation professionnel PRO daté du 18 février 2015, « Nos évaluations montrent que l'assurée est actuellement éloignée du marché du travail en raison de ses difficultés physiques (épaules, avant-bras et poignets) et émotionnelles (anxiété, stress constant, épuisement). Si les observations effectuées sont positives dans le sens des aptitudes professionnelles, les limitations physiques, la fragilité émotionnelle et la fatigabilité de l'assurée, rendent impossible toute reprise d'activité ou projet d'orientation professionnelle. Face à cette problématique personnelle encore vive qui a des effets très limitants sur la santé de l'assurée, PRO recommande que *l'assurée* puisse bénéficier d'un accompagnement soutenant au plan personnel, médical et institutionnel afin que tout puisse être mis en œuvre pour l'aider à améliorer sa situation ».
18. Dans une note du 20 avril 2015, le médecin du SMR a considéré que l'aggravation de l'état psychique de l'assurée décrite par le Dr B\_\_\_\_\_ dans son rapport du 9 février 2015 et par les médecins du service de santé mentale des HUG dans leur compte-rendu d'hospitalisation du 6 novembre 2014, avait été réactionnelle à des événements et n'avait pas été durable, puisque les médecins des HUG ont relevé que lors de la sortie, elle était « détendue, souriante et contente » et qu'elle ne présentait plus d'idées suicidaires, ni de pulsions hétéro agressives, et vu que selon le Dr B\_\_\_\_\_, l'évolution de l'état de stress post traumatique est légèrement favorable depuis janvier 2015.

Le médecin du SMR a dès lors proposé de s'en tenir à ses conclusions du 11 juillet 2014.

19. Par décision du 27 avril 2015, l'OAI a confirmé le rejet de la demande.
20. L'assurée a été entendue le 29 avril 2015. Il est alors relaté que :  
« Je lui explique calmement que suite à notre projet contesté en juillet 2014, nous avons réexaminé son dossier et que malheureusement les nouvelles pièces

médicales soumises à notre SMR ne nous ont pas permis de modifier notre appréciation.

L'assurée devient de plus en plus haineuse et agressive, me signale qu'elle va devenir un monstre, qu'elle va frapper ses enfants... qu'à cause de nous elle s'est entaillé l'avant-bras hier (me montre la coupure). À noter que durant l'entretien, elle ne parla pas de mettre fin à ses jours.

Je décide d'appeler son psychiatre le Dr B\_\_\_\_\_ au 022 328 03 23 qui a été averti qu'un refus serait rendu dans son cas. Il a d'ailleurs reçu l'assurée hier. Je lui explique la situation et lui demande de parler à *l'assurée* ».

Finalement, le n°144 des urgences médicales a été appelé.

21. Par courrier du 11 mai 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ est venu soutenir le recours que souhaitait déposer sa patiente. Il ne comprend pas pour quelle raison il a été retenu que sa patiente avait récupéré sa capacité de travail pleine depuis le 21 septembre 2013. Il souligne que l'expertise psychiatrique réalisée en décembre 2013 à la demande de l'assurance Bâloise, sur laquelle s'est vraisemblablement fondé l'OAI pour rendre sa décision, n'a pas été faite dans les règles de l'art et comporte de nombreuses erreurs.
22. L'assurée a interjeté recours le 15 mai 2015 contre la décision du 27 avril 2015.
23. Dans sa réponse du 16 juin 2015, l'OAI, se référant à une note du médecin du SMR datée du 5 juin 2015, considère que le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 11 mai 2015 est incomplet, que le médecin traitant critique l'expertise, mais n'évoque aucun élément objectif permettant de mettre en doute sa valeur probante, et conclut au rejet du recours.
24. Le Dr B\_\_\_\_\_ a adressé à la chambre de céans un nouveau rapport le 25 juin 2015. Il donne une description détaillée des symptômes présentés par sa patiente et des diagnostics posés. Il explique pour quelle raison il a exclu le diagnostic de personnalité dyssociale retenu par la Dresse D\_\_\_\_\_. Il atteste de la présence des symptômes des diagnostics leur correspondant et de l'incapacité totale de travail en découlant depuis qu'il a repris le suivi de cette patiente en novembre 2012. Il relève que selon le médecin du SMR, la patiente a effectué un stage d'évaluation professionnelle à 50%, du 19 janvier au 13 février 2015, alors qu'en réalité elle ne l'a suivi qu'à raison de deux heures par jour.

Il rappelle qu'au surplus, sur ces deux heures par jour, le rendement en temps a été estimé à 50% et le rendement en qualité à 80%. Il fait également valoir que le service de protection des mineurs est intervenu pour protéger les enfants de la patiente lorsqu'elle n'arrivait plus à gérer ses émotions en raison de ses troubles psychiques. Il ne conteste pas le caractère réactionnel de l'aggravation des troubles psychiques de sa patiente suite à l'agression subie en 2011, mais insiste sur le fait que « réactionnel » ne signifie pas nécessairement « temporaire », dans la mesure où l'aggravation de ces troubles est durable et mettra certainement encore des années à s'améliorer. Selon le médecin,

« L'AI peut être un partenaire de soins très utile dans cette situation en proposant justement à cette patiente du temps et des mesures de réinsertion très progressives. Sans quoi, je crains que son état de santé psychique s'aggrave ou se chronicise et que l'espoir d'une récupération de sa capacité de travail s'amenuise ».

25. Par courrier du 3 juillet 2015, Me Ghislaine MARSANO-ERNOULT a informé la chambre de céans qu'elle avait été nommée d'office pour assurer la défense des intérêts de l'assurée.
26. Le 11 août 2015, l'OAI a indiqué, sur la base de l'avis du SMR, que le nouveau rapport du Dr B\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'éléments permettant de modifier son appréciation.
27. Le 29 septembre 2015, la mandataire de l'assurée a fait part de sa détermination. Elle conteste la valeur probante de l'expertise de la Dresse D\_\_\_\_\_. Elle relève notamment que l'experte ose déclarer qu'« aucun traumatisme spécifique n'est mise en corrélation avec le vécu de la guerre en Bosnie », que l'experte ne tient pas compte des diagnostics posés non seulement par le Dr B\_\_\_\_\_, mais aussi, au fil des années, par des médecins des HUG. Elle rappelle que déjà en 2007, bien avant l'agression de 2011, elle souffrait déjà des crises dissociatives au cours desquelles il lui arrivait de frapper sa fille aînée.

Elle considère que le dossier est mal instruit, voire instruit de manière lacunaire, et qu'il conviendrait de le retourner à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100% dès le 7 octobre 2012.

28. Dans sa réponse du 21 octobre 2015, l'OAI indique qu'il s'est fondé sur le rapport d'expertise effectuée par la Dresse D\_\_\_\_\_ en date du 22 janvier 2014, ainsi que sur une analyse approfondie du dossier de la part du SMR (avis des 11 juillet, 4 décembre 2014, 20 avril, 5 juin et 27 juillet 2015). Il considère que l'expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Il rappelle que toutes les pièces médicales transmises postérieurement à l'expertise ont été prises en compte par le SMR. Selon lui, le fait que l'expert n'ait reçu l'assurée qu'une seule fois ne compromet pas la force probante de l'expertise, du fait que l'expert dispose du dossier complet de l'assurée. Il ajoute que si la Dresse D\_\_\_\_\_ n'a pas pris contact avec le médecin traitant avant de rendre son rapport, c'est vraisemblablement parce qu'elle avait à sa disposition tous les éléments objectifs nécessaires pour pouvoir se prononcer sur l'état de santé de l'assurée. S'agissant des erreurs figurant dans le rapport d'expertise et mentionnées par la recourante, l'OAI relève qu'elles ne sont pas de nature à ébranler sérieusement la valeur probante de l'expertise.

L'OAI considère en conséquence qu'aucun élément médical objectif ne peut remettre en cause les conclusions de l'expert, que l'instruction du dossier permet de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigation complémentaires s'avère inutile. Il rappelle enfin que les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage

d'observation professionnelle, car elles permettent généralement une appréciation objective du cas, alors que les constatations faites à l'occasion d'un stage d'observation sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage.

Aussi l'OAI maintient-il ses conclusions.

29. Dans sa réplique du 23 novembre 2015, l'assurée a informé la chambre de céans qu'elle persistait dans ses conclusions précédentes.
30. Dans sa duplique du 30 novembre 2015, l'OAI en a fait de même.
31. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause 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. À 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. 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 (art. 56ss et 38 al. 1 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.
5. 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).

---

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p.182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment Horst DILLING / Werner MOMBOUR / Martin SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>ème</sup> édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.497/04 du 12 septembre 2005 consid. 5.1).

6. 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). 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).

7. 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.

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 reconnues, soit la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA), la méthode spécifique (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) ou la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. 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'assurée, si elle était demeurée 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.

Il faut déterminer « rationnellement », sur la base de faits objectifs, quelle aurait été la décision de l'assuré dans sa situation concrète en l'absence d'atteintes à la santé. Cette décision subjective ne doit pas nécessairement être la décision objectivement la plus rationnelle (8C\_319/2010, 8C\_731/2010).

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 p. 396; 125 V 146 consid. 2c p. 150; 117 V 194 consid. 3b p. 195 et les références).

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

9. L'OAI a admis que l'incapacité de travail de l'assurée était entière depuis octobre 2012, mais, se fondant sur le rapport d'expertise de la Dresse D\_\_\_\_\_, a considéré qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail à compter du 21 septembre 2013, date à laquelle a pris fin son congé maternité. L'OAI a ainsi rejeté la demande de prestations AI, au motif que l'incapacité de travail n'avait pas duré au moins une année (art. 28 al. 1 let. b LAI). L'assurée allègue quant à elle être incapable de travailler à 100% depuis octobre 2012 et conteste la valeur probante de l'expertise de la Dresse D\_\_\_\_\_.
10. La Dresse D\_\_\_\_\_ n'a retenu, à titre de diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail, que celui de personnalité dyssociale. Elle a écarté ceux posés par le Dr

B\_\_\_\_\_. Elle a ainsi considéré que depuis la fin de son congé maternité le 21 septembre 2013, l'assurée ne présentait plus d'incapacité de travail d'ordre psychiatrique pour autant que ce soit dans une activité dans laquelle il n'y ait pas de risque de mise en danger de personnes vulnérables. Le pronostic de capacité de reprise professionnelle est bon et durable. En vue de la dangerosité de l'intéressée, toutefois, elle admet qu'il y a urgence à protéger au moins les enfants.

11. a) La Chambre de céans s'étonne de ce que dans l'anamnèse décrite par l'experte, il ne soit pas question des troubles psychiatriques dont souffre l'assurée depuis 2007.

Selon l'experte, il n'y a plus d'arrêt de travail depuis le 21 septembre 2013. Or, figurent dans le dossier de nombreux certificats attestant d'une incapacité de travail à 100%, ainsi que, notamment, le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 10 octobre 2013, selon lequel la capacité de travail est nulle.

L'experte ne met en corrélation avec le vécu de la guerre en Bosnie aucun traumatisme spécifique, ce qui est clairement contredit, tant par les rapports du Dr B\_\_\_\_\_, que par les résumés de séjour des hospitalisations en 2007.

Ces trois exemples suffisent à constater que l'anamnèse est incomplète et contient des erreurs importantes.

b) La Chambre de céans s'étonne également de ce que l'experte ne retienne comme plainte de la part de l'assurée que celle-ci : « tout la fait souffrir. Elle déplore de ne pas avoir sa fille cadette auprès d'elle tout en reconnaissant ne pas être en état de s'occuper d'elle ».

On ne saurait en effet, à la lecture des rapports du Dr B\_\_\_\_\_ notamment, considérer qu'elle ait ainsi tenu compte des plaintes de l'assurée.

c) Tous les médecins depuis 2007 ont posé le diagnostic de syndrome post traumatique, à l'exception de l'experte. Le Dr B\_\_\_\_\_ relève pourtant qu'elle en mentionne les symptômes dans son rapport. Elle a écarté le syndrome de stress post traumatique et le trouble dépressif, au motif que « les symptômes d'un éventuel stress post traumatique ne peuvent être reconnus chez une femme qui a travaillé près d'un an suite au traumatisme incriminé (d'ordre sexuel) et qui a entamé une grossesse aux alentours de son premier jour de mise en arrêt maladie ». Il y a toutefois lieu de constater que l'agression dont elle a été victime en juillet 2011, a conduit à un arrêt de travail jusqu'en janvier 2012. La décompensation du 7 octobre 2012 est à l'évidence en lien avec l'annonce de la grossesse concernant sa seconde fille, née le 1<sup>er</sup> juin 2013. Enfin, l'experte est la seule à parler de personnalité dyssociale.

d) La Dresse D\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail entière depuis le 21 septembre 2013 dans une activité dans laquelle il n'y ait pas de risque de mise en danger de personnes vulnérables. La Chambre de céans doute qu'il soit possible d'envisager une activité avec une telle limitation.

e) Le Dr B\_\_\_\_\_ reproche à l'experte de n'avoir pas pris contact avec lui. Il aurait en effet été particulièrement intéressant, vu les divergences de points de vue, que la Dresse D\_\_\_\_\_ entende les explications du Dr B\_\_\_\_\_ et se détermine.

f) Le pronostic estimé par la Dresse D\_\_\_\_\_ du 22 janvier 2014 est bon. Or, l'assurée a été incapable de travailler à 100% jusqu'au 30 novembre 2014, date à laquelle elle a pu reprendre une activité dans le cadre d'un stage à raison de deux heures par jour seulement, du 1<sup>er</sup> décembre 2014 au 28 avril 2015. Elle a ensuite été à nouveau incapable de travailler à 100%.

g) L'expertise de la Dresse D\_\_\_\_\_ ne satisfait ainsi pas aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral en matière de rapports médicaux et ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'une instruction complémentaire se justifierait.

12. Selon un rapport du centre d'évaluation professionnel PRO daté du 18 février 2015, « Nos évaluations montrent que l'assurée est actuellement éloignée du marché du travail en raison de ses difficultés physiques (épaules, avant-bras et poignets) et émotionnelles (anxiété, stress constant, épuisement). Si les observations effectuées sont positives dans le sens des aptitudes professionnelles, les limitations physiques, la fragilité émotionnelle et la fatigabilité de l'assurée, rendent impossible toute reprise d'activité ou projet d'orientation professionnelle ».

Sur deux heures par jour, le rendement en temps a été estimé à 50% et le rendement en qualité à 80%.

Force est de constater que l'appréciation de la capacité de travail donnée par les évaluateurs de l'entreprise PRO et celle de la Dresse D\_\_\_\_\_ divergent sensiblement.

Il est vrai qu'en principe, les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral I 762/02).

On ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause, ce d'autant moins qu'en l'espèce, les conclusions du stage correspondent à celles du Dr B\_\_\_\_\_.

Le Tribunal fédéral a considéré que dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 ; cf. également ATAS/562/2013).

Il convient à cet égard d'ajouter que dans un arrêt I 762/02 du 6 mai 2003, si le Tribunal fédéral avait préféré l'avis médical, c'est parce que les experts avaient eu la possibilité d'expliquer pour quelles raisons ils s'écartaient de l'estimation faite par les maîtres d'ateliers.

Il importerait dans le cas d'espèce de disposer d'un avis médical sur les conclusions du rapport de l'entreprise PRO quant aux limitations effectives présentées par l'assurée, quant à sa capacité de travail et quant au type d'activité adaptée qu'elle serait, le cas échéant, à même d'exécuter.

13. En l'espèce, la chambre de céans constate que le statut d'active à 50% retenu par l'OAI n'est pas contesté. L'assurée a confirmé qu'elle travaillait à raison de 25 heures par semaine comme femme de ménage dans des hôtels, la répartition de son activité fluctuante sur tous les jours de la semaine et selon les différents sites des hôtels, ne venant pas modifier le nombre d'heures de travail hebdomadaires. Il y a dès lors lieu de confirmer ce statut. Aussi convient-il d'appliquer, pour évaluer le degré d'invalidité de l'assurée, la méthode mixte conformément à l'art. 28a al. 3 LAI.

Aux termes de cette disposition légale,

« Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité ».

L'art. 28a al. 2 LAI prévoit que « l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels ».

L'art. 27 RAI précise que « par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique ».

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).

L'administration procède ainsi à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095ss de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité.

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).

En l'espèce, aucune enquête ménagère n'a été réalisée.

14. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).
15. Force est de constater, au vu de ce qui précède, que le dossier n'est pas en état d'être jugé. En effet, il s'avère que l'expertise de la Dresse D \_\_\_\_\_ n'a pas valeur probante, d'une part, et qu'aucune enquête ménagère ne figure au dossier, d'autre part. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique. L'avis de l'expert sera notamment sollicité sur les conclusions du rapport de l'entreprise PRO.

L'OAI devra procéder également à une enquête ménagère.

16. Aussi le recours est-il partiellement admis, et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 27 avril 2015.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'OAI au versement d'une indemnité de CHF 2'000.- à l'assurée à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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