

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2941/2014

ATAS/221/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 24 mars 2015**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à Meyrin, comparant avec élection  
de domicile en l'étude de Maître NEPHTALI Laurent

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président ; Christine BULLIARD MANGILI et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1967, vit dans le canton de Genève avec Monsieur B\_\_\_\_\_, monteur en chauffage aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG). Le couple a eu trois enfants, nés respectivement en 1996, 1998 et 2000.

Titulaire d'un certificat de capacité fédéral d'employée de commerce, l'assurée a travaillé, hormis durant son séjour à l'étranger de 1988 à 1991, en qualité de réceptionniste puis de secrétaire, à 100 % jusqu'à la naissance de son premier enfant. Elle s'est ensuite consacrée à plein temps aux soins et à l'éducation de ses trois enfants ainsi qu'à la tenue du ménage.

2. Atteinte d'une cataracte à l'œil droit, l'assurée a présenté, le 15 juillet 1999, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), qu'elle a complétée le 4 novembre 1999 par le dépôt d'une requête tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité.
3. Se fondant sur un rapport d'enquête économique sur le ménage du 26 avril 2000, dont il résultait que l'assurée présentait un taux d'empêchement dans l'accomplissement de ses travaux ménagers de l'ordre de 40 %, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a conclu à une invalidité de 40 % depuis le 17 juin 2000, pour une activité de ménagère à plein temps (étant précisé que la question d'une reprise d'activité professionnelle à mi-temps se reposerait une fois que les enfants auraient grandi). Il a alloué à l'assurée, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> juin 2000, une demi-rente d'invalidité pour cas pénible, par décision du 2 septembre 2004 (rendue en lieu et place d'une décision du 16 juillet 2004, qui elle-même remplaçait une décision du 21 mai 2001).
4. Procédant à partir de juin 2003 à la révision du droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité, l'OAI a confié l'exécution d'une expertise ophtalmologique aux docteurs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ de l'hôpital ophtalmique Jules Gonin, à Lausanne, qui ont rendu leur rapport le 7 juin 2004.

À titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, les experts ont relevé un status après opération de cataracte de l'œil droit le 17 juin 1999, un status après changement d'implant intraoculaire pour l'hypermétropie post-opératoire de l'œil droit le 1<sup>er</sup> juillet 1999, une anisométrie pour la vision de près secondaire depuis le 17 juin 1999 et un état dépressif traité. L'assurée présentait, suite à une opération de cataracte effectuée en juin 1999, une symptomatologie de céphalées prédominant à droite et d'états vertigineux. Du point de vue pronostic, l'œil droit pourrait présenter au cours des années un épaississement de son voile secondaire nécessitant une intervention, et la presbytie débutant aux alentours de 40 ans irait peu à peu ramener l'œil gauche au même status que l'œil droit, imposant progressivement le port de lunettes de lecture. L'ensemble des éléments relevés par les experts ne semblait pas expliquer les symptômes de céphalées pulsatives, les sensations de malaises nauséux et les vertiges dont l'assurée se plaignait. Afin

d'apprécier parfaitement son cas, la prise en compte, voire la répétition d'examens qu'elle disait avoir subis (ORL, consultation de la douleur et une imagerie cérébrale), ainsi qu'un bilan neurologique seraient appropriés.

Du point de vue strictement ophtalmologique, l'assurée présentait une acuité visuelle satisfaisante de loin et de près permettant d'assumer une capacité de travail probablement presque complète, hormis une fatigue visuelle augmentée lors des travaux minutieux de près, mais les douleurs chroniques, les sensations vertigineuses et l'état nauséux qu'elle ressentait semblaient avoir d'importantes répercussions sur sa capacité de travail, y compris l'entretien de son ménage. L'activité exercée serait parfaitement envisageable, mais probablement pas à 100 % étant donné l'anisométrie de près ; une activité de 5 à 6 heures par jour paraissait l'être, étant précisé qu'il était difficile de se prononcer à ce sujet dès lors que l'assurée n'avait plus exercé d'activité professionnelle depuis de nombreuses années et qu'aussi bien le travail sur ordinateur que la lecture exacerbait les céphalées et les sensations vertigineuses ressenties chroniquement. Il était probable que son anisométrie de près diminue son rendement, de façon importante, y compris pour les tâches ménagères.

Une réadaptation professionnelle serait tout à fait envisageable d'un strict point de vue ophtalmologique, mais difficilement tant que l'assurée n'aurait pas été soulagée de ses céphalées chroniques et de ses sensations vertigineuses. D'autres activités que les activités précédemment exercées étaient exigibles de l'assurée, étant précisé qu'eu égard à son anisométrie de près elle serait plus à l'aise dans des activités ne faisant pas intervenir trop souvent la vision de près et pas trop minutieuses. L'activité devrait alors pouvoir être proche de 100 %. La capacité de travail et le rendement de l'assurée paraissaient très diminués par le status de céphalées et de vertiges. Un complément d'expertise semblait nécessaire.

Le 2 mars 2005, l'OAI a informé l'assurée que le degré d'invalidité de 40 % n'avait pas changé et qu'elle continuait d'avoir droit à une demi-rente d'invalidité.

5. Dès avril 2008, dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision du droit de l'assurée à une rente d'invalidité, l'OAI a sollicité l'avis du professeur E\_\_\_\_\_ du service d'ophtalmologie des HUG.

Dans son rapport médical du 25 juin 2008, ledit professeur a retenu, à titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail, une neuropathie du rameau ciliaire de la première branche du nerf trijumeau droit, avec baisse de sensibilité cornéenne droite, et abaissement du seuil douloureux à la stimulation de la première branche du trijumeau droit, après intervention de cataracte, une photophobie douloureuse provenant d'une sommation phototrigémينية du côté droit, et une très légère cataracte secondaire du côté droit, pouvant accentuer la photophobie.

Il résultait des indications subjectives données par l'assurée que cette dernière avait observé, dès la première intervention le 17 juin 1999, une impression d'anesthésie locale, surtout au niveau du globe oculaire droit, et dans les heures ayant suivi

l'intervention, une douleur de la région orbitaire droite, non pulsatile, persistant depuis lors de façon inchangée, et accentuée à l'exposition à une lumière moyennement intense. Il était constaté objectivement une hypoesthésie limitée au territoire cornéen du côté droit ; l'acuité visuelle de l'assurée était de 0.7 difficile à droite et de 1.0 à gauche, avec une très légère opacification postérieure cristallinienne (c'est-à-dire une très discrète cataracte secondaire). Concernant un pronostic, il était difficile de se prononcer sur l'évolution concernant la composante trigémينية, compliquée par une légère photophobie sur sommation phototrigémينية (peut-être un traitement à visée anti-névralgique). Pour la cataracte postérieure se posait la question d'une capsulotomie au laser du côté droit.

Concernant l'incapacité de travail, l'assurée n'exerçait pas de profession à l'extérieur du foyer, mais disait être très handicapée par le phénomène douloureux et photophobique douloureux. S'agissant d'une reprise d'activité professionnelle, une évolution favorable était encore possible. Indépendamment de la rente qui lui revenait à l'évidence, il serait souhaitable, afin de mieux comprendre pourquoi l'assurée avait présenté une cataracte unilatérale, de lui proposer une évaluation par Doppler (p. ex. à l'unité d'ultrasonographie vasculaire des HUG), et il serait utile de revoir les clichés de scanner ou même de refaire une imagerie cérébrale afin de s'assurer que le trajet du Vème n'était pas irrité par une boucle vasculaire ou n'était pas en contact d'une tumeur pouvant entraîner une neuropathie trigémينية.

Par communication du 4 août 2008, l'OAI a indiqué à l'assurée que son taux d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'elle continuait donc de bénéficier de la même rente que jusqu'alors avec un degré d'invalidité de 40 %.

6. À partir de septembre 2011, l'OAI a procédé à nouveau à la révision du droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité.

D'après un rapport médical du prof. E\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2011, l'assurée ne travaillait pas ; l'état de santé de l'assurée s'était modifié progressivement ; une baisse d'acuité visuelle était observée à titre de limitation fonctionnelle ; il n'y avait pas de troubles psychiques nécessitant une prise en charge psychiatrique ; une expertise serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.

Sur recommandation du 13 janvier 2012 du docteur F\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), une enquête économique sur le ménage a été ordonnée par l'OAI, la précédente remontant à avril 2000.

7. D'après le rapport qu'a établi l'enquêtrice G\_\_\_\_\_ de l'OAI le 30 avril 2012, l'assurée avait été opérée d'une cataracte en 1999 à deux reprises, et souffrait depuis lors de migraines, de vertiges et ne supportait pas la lumière vive, d'une façon n'ayant pas changé depuis treize ans, et elle devrait à nouveau se faire opérer d'une cataracte à l'œil droit. Elle disait avoir d'autres problèmes de santé depuis

l'été 2011, pour lesquels elle avait consulté deux endocrinologues (les docteurs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_), le rhumatologue J\_\_\_\_\_ et la gynécologue K\_\_\_\_\_.

Sans handicap, elle exercerait une activité lucrative, pour sortir de la maison et pour des raisons financières, à 50 %. Elle n'avait fait aucune démarche pour trouver un emploi, ne se sentant pas assez bien pour travailler, mais les enfants avaient grandi (ayant alors 12, 14 et 16 ans). Elle avait abandonné une activité lucrative dès juillet 1996 pour élever ses enfants. Son compagnon touchait un salaire mensuel de CHF 5'900.-.

L'assurée avait l'unique statut de ménagère. L'enquêtrice a retenu une exigibilité des membres de sa famille pour l'alimentation (10 %), l'entretien du logement (25 %) et la lessive et l'entretien des vêtements (12 %). L'assurée n'avait en définitive un empêchement net d'accomplir ses tâches ménagères que s'agissant de l'entretien du logement (11.5 %) et des soins aux enfants et aux autres membres de la famille (20 %). Compte tenu de la pondération de ces secteurs d'activités ménagères (chacun 15 %), l'assurée présentait un taux d'invalidité de 4.7 % pour ses activités ménagères.

8. Le 1<sup>er</sup> juin 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui supprimant sa demi-rente d'invalidité dès le premier jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision. L'empêchement d'accomplir ses travaux habituels, de 4.7 %, déterminait son degré d'invalidité, qui éteignait son droit à une rente, étant inférieur à 40 %, et impliquait aussi le refus du droit à des mesures professionnelles.
9. Par courrier du 12 juillet 2012, l'assurée, désormais assistée d'un avocat, s'est opposée à ce projet de décision et a invité l'OAI à renoncer à la révision envisagée. En juin 2004, les experts de la clinique ophtalmique Jules Gonin avaient estimé que, d'un point de vue ophtalmologique, elle serait capable de travailler, toutefois pas à 100 %, mais à raison de 5 à 6 heures par jour, avec une diminution de rendement, tout en concluant à la nécessité d'une expertise complémentaire aux fins de rechercher la cause de ses névralgies. Les 2 mars 2005 et 4 août 2008, l'OAI avait confirmé son droit à la rente sur la base d'une invalidité inchangée de 40 %. L'enquête économique sur le ménage effectuée le 30 avril 2012 retenait de façon arbitraire et subjective une invalidité de 4.7 %. Sans atteinte à la santé, l'assurée exercerait une activité lucrative, à temps partiel. Rien n'avait changé depuis les dernières révisions. L'OAI faisait une appréciation différente de faits identiques, ce qui ne constituait pas un motif admissible de révision.
10. Le 3 août 2012, le SMR a estimé que l'enquête économique sur le ménage effectuée lui paraissait tout à fait correcte et aboutir à un résultat cohérent par rapport à l'atteinte à la santé de l'assurée.
11. Par décision du 7 août 2012, l'OAI a supprimé le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité dès le premier jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de cette décision. Le SMR avait estimé que l'enquête ménagère réalisée le 30 avril 2012 au domicile de l'assurée était parfaitement cohérente et correcte en lien avec l'état de

santé de l'assurée et sa réalité était objective. Un recours contre la décision de l'OAI n'aurait pas d'effet suspensif.

12. Par recours du 30 août 2012 adressé à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, l'assurée a conclu à l'annulation de cette décision de suppression de rente. L'OAI n'affirmait pas que son état de santé s'était amélioré depuis 1999, ni que sa capacité de travail sur les plans ménager et encore moins professionnel n'était plus limitée à 40 %. Il alléguait, sur la base d'un calcul théorique, que sa capacité de travail ménagère avait diminué à 4.7 % et ne prenait aucunement en considération une invalidité pour l'activité « extérieure », alors qu'avec des enfants dont le plus jeune avait alors 12 ans, elle pourrait exercer une activité professionnelle extérieure. Il n'y avait aucun motif de révision de rente.
13. Par arrêt du 18 février 2013 (ATAS/173/2013), la chambre des assurances sociales a admis partiellement le recours de l'assurée, annulé la décision de l'OAI du 7 août 2012 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

L'OAI avait ordonné à juste titre une enquête économique sur le ménage, les circonstances s'étant modifiées depuis la précédente, effectuée en 2000, les enfants de l'assurée n'étant plus en bas âge mais adolescents, ne requérant plus les mêmes soins et pouvant participer aux tâches ménagères. Il n'y avait pas matière à s'écarter du rapport d'enquête économique sur le ménage réalisé. Un degré d'invalidité de 4.7 % pour les activités ménagères devait être retenu. En revanche, au vu de la formation professionnelle de l'assurée, du fait qu'elle avait travaillé à plein temps jusqu'à la naissance de son premier enfant, de la situation financière du groupe familial et de l'évolution de ce dernier, notamment de l'âge des enfants, il fallait retenir, au degré de vraisemblance prépondérante, que sans atteinte à la santé l'assurée aurait exercé, en août 2012, une activité professionnelle à mi-temps, et donc retenir qu'elle avait un statut mixte. Ayant nié ce statut, l'OAI ne s'était pas prononcé sur l'invalidité de l'assurée sur le plan professionnel, domaine qu'il n'avait investigué ni sur le plan médical ni sur le plan économique, raison pour laquelle la cause devait lui être renvoyée pour instruction complémentaire.

14. L'OAI a interjeté un recours en matière de droit public au Tribunal fédéral contre cet arrêt, en concluant à son annulation et à la confirmation de sa décision du 7 août 2012.

Par arrêt du 23 octobre 2013 (9C\_236/2013), le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'OAI. Il n'était pas démontré que l'appréciation des preuves à laquelle avait procédé la chambre des assurances sociales était arbitraire dans son résultat en ce qui concernait le statut mixte de l'assurée. Au vu des éléments retenus par la chambre des assurances sociales, le fait que l'assurée n'avait pas démontré avoir recherché une activité professionnelle et qu'elle ne travaillait plus depuis de nombreuses années ne permettait pas de retenir que la juridiction cantonale avait établi les faits de façon manifestement inexacte ou en violation du droit en retenant qu'en août 2012, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait exercé une activité

---

professionnelle à mi-temps ; les données figurant au dossier sur la situation financière de l'assurée rendaient hautement vraisemblables les déclarations de l'assurée allant dans ce sens. Inconnue, la situation de l'assurée sur le plan médical en août 2012 n'autorisait pas à tirer d'autres conclusions.

15. Le 27 novembre 2013, dans le but de procéder à l'instruction complémentaire requise par l'arrêt de la chambre des assurances sociales du 18 février 2013, l'OAI a invité l'assurée à lui transmettre les coordonnées des médecins qui la suivaient alors. L'assurée lui a répondu le 11 janvier 2014 que son ophtalmologue était le docteur L\_\_\_\_\_.

Dans un rapport reçu à l'OAI le 28 février 2014, ledit ophtalmologue, qui suivait l'assurée depuis la fin septembre 2012, a retenu les diagnostics de status après opération d'une cataracte de l'œil droit en 1999 avec anisométrie et anisokonie induites, associées à une pseudo presbytie de l'œil droit, une cataracte secondaire et un syndrome névralgique post-opératoire du côté droit. D'exams réalisés en février 2014 résultait en outre un rétrécissement concentrique du champ visuel de l'œil droit, décrit comme un possible faux positif. L'assurée était gênée par une vision trouble à l'œil droit ; elle voyait mieux en étant équipée en lentilles de contact, mais elle avait alors un voile blanc encore plus gênant. Elle avait à l'œil droit une cataracte secondaire, qu'une opération devrait permettre de corriger. Son incapacité de travail était de 50 % depuis septembre 2012, pour une durée indéterminée. Si elle travaillait plus de 4 heures par jour, elle aurait de la fatigue et des céphalées susceptibles de réduire son rendement, mais ces limitations fonctionnelles étaient susceptibles d'être diminuées par une opération. On ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de sa capacité de travail. Ledit médecin suggérait de faire « le cas échéant » une expertise médicale pour déterminer le droit à la rente de l'assurée.

Le 19 mars 2014, en réponse à l'OAI, l'office cantonal de l'emploi a indiqué que l'assurée s'était inscrite au chômage le 13 août 2012 pour la première fois et qu'elle bénéficiait d'un délai-cadre d'indemnisation du 7 mai 2013 au 6 mai 2015, pour une activité à 50 %. Elle avait suivi des cours de bureautique (Word avancé et Excel de base). Un curriculum vitae de l'assurée était joint à cette réponse.

Par avis médical du 4 juin 2014 résumant brièvement le dossier (dont l'avis précité du Dr L\_\_\_\_\_), la doctoresse M\_\_\_\_\_ du SMR a retenu que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % et que l'intervention préconisée par l'ophtalmologue traitant était susceptible de la faire évoluer.

16. Le 12 juin 2014, l'OAI a envoyé à l'assurée un projet de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Il avait procédé à une instruction complémentaire pour déterminer les taux d'invalidité de l'assurée dans la sphère ménagère et la sphère professionnelle, en considération d'un statut mixte 50 % - 50 %. Pour la part correspondant aux travaux habituels, l'empêchement avait déjà été évalué à 5 % par le service des enquêtes économiques ; rapporté à un 50 %, le

---

degré d'invalidité afférent à cette part était de 2 % (recte 2.5 %). Pour la part correspondant à la sphère professionnelle, il n'y avait pas d'empêchement à retenir (le degré d'invalidité était donc de 0 %), le SMR estimant, après examen des données recueillies dans le cadre de l'instruction complémentaire, que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dans toute activité. Le degré d'invalidité total était de 2 %. Il n'ouvrait le droit ni à une rente d'invalidité, ni à des mesures professionnelles sous forme de reclassement.

17. Par courrier recommandé du 24 juin 2014, l'assurée a contesté ce projet de décision. D'après l'arrêt de la chambre des assurances sociales du 18 février 2013, son invalidité professionnelle devait être évaluée sur le plan tant médical qu'économique. L'expertise médicale préconisée par son ophtalmologue pour déterminer son droit à la rente d'invalidité n'avait pas été effectuée. Il importait qu'elle le soit. Le projet de décision n'indiquait pas les éléments sur lesquels l'OAI fondait son évaluation de l'empêchement dans la sphère professionnelle. Une fois que l'instruction complémentaire requise aurait été faite, un nouveau délai de trente jours devrait être fixé à l'assurée pour se prononcer sur un nouveau projet de décision.
18. Par décision du 26 août 2014 (réceptionnée le 28 août 2014 par l'assurée), l'OAI a refusé à l'assurée le droit aux mesures professionnelles et à la rente d'invalidité, pour les motifs repris mot pour mot du projet de décision du 12 juin 2014, auxquels il a ajouté d'une part qu'une expertise médicale n'était pas nécessaire, le SMR ayant pu se prononcer sur la base des pièces médicales du dossier concernant la capacité de travail de l'assurée (aucun élément médical nouveau n'ayant été apporté qui les remettrait en question), et d'autre part que l'empêchement de l'assurée était nul dans sa sphère professionnelle compte tenu de son taux d'active à 50 % (correspondant à son taux de capacité de travail).
19. Par acte du 29 septembre 2014, l'assurée a recouru à la chambre des assurances sociales contre cette décision, dont elle a demandé l'annulation, en concluant en outre à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité sur la base de son incapacité de travail de 50 %.

Selon l'avis tant du Dr L. \_\_\_\_\_ que du SMR, elle avait une incapacité de travail de 50 % et donc une activité exigible de 50 % dans sa dernière activité professionnelle exercée. Compte tenu de l'âge de ses enfants (14, 16 et 18 ans), devenus indépendants, elle n'avait plus de travaux domestiques particuliers à assumer. Si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle reprendrait « bien évidemment » (ou « pourrait parfaitement exercer ») une activité professionnelle à 100 %, afin d'améliorer le revenu familial, comme elle avait travaillé à plein temps avant la naissance de son premier enfant. L'application de la méthode mixte ne se justifiait plus. Selon les médecins, son handicap était strictement le même depuis l'octroi de sa rente d'invalidité en juin 2000 ; aucune évolution favorable de son état de santé n'avait été observée ; les conséquences de son état de santé sur sa capacité de gain

n'avaient pas subi de changement important. Elle était inscrite au chômage à un taux d'activité de 50 %, mais elle ne percevait aucune indemnité.

20. Par mémoire du 20 octobre 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Après un rappel des faits, il a expliqué que le statut mixte de l'assurée retenu dans la décision attaquée ne pouvait plus être contesté, dès lors que ce point avait « manifestement été tranché de manière définitive par la Haute Cour ». Aussi l'OAI avait-il repris l'instruction du dossier pour déterminer l'incapacité de travail de l'assurée dans la sphère professionnelle. D'après l'avis de l'ophtalmologue traitant de l'assurée, la capacité de travail de cette dernière était de 50 % dans toute activité, à raison de 4 heures par jour, et les limitations fonctionnelles en lien avec son trouble visuel (la fatigabilité dans la vision de près et les céphalées) se manifestaient en cas d'activité professionnelle supérieure à ce taux d'activité. L'expertise médicale suggérée par ledit médecin n'était pas nécessaire, dès lors que, de l'avis du SMR, l'estimation que le médecin traitant avait faite de la capacité de travail de l'assurée paraissait plausible au vu de l'atteinte à la santé ; l'assurée n'amenait pas d'éléments susceptibles de remettre cette estimation en question.

21. Par réplique du 14 novembre 2014, l'assurée a souligné qu'elle avait travaillé à plein temps jusqu'à la naissance de son premier enfant et qu'ensuite elle avait exercé une activité professionnelle à temps partiel, antérieurement à son invalidité. Depuis lors, son état de santé ne s'était pas amélioré, et ni capacité de travail (de 50 %) ni son taux d'invalidité n'avaient évolué. Si, comme l'avait retenu la chambre des assurances sociales, elle aurait exercé une activité professionnelle à 50 % à défaut d'atteinte à la santé au 7 août 2012, elle devait désormais, compte tenu de l'âge de ses enfants (14, 16 et 18 ans), dont deux suivaient des études post-obligatoires, subvenir à des besoins familiaux s'étant considérablement accrus, les frais élémentaires de la famille n'étant pas couverts même par un revenu mensuel de 50 % complémentaire au revenu du compagnon de l'assurée. Elle reprendrait « assurément » une activité professionnelle à 100 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé. Le statut mixte retenu par la chambre des assurances sociales plus de deux ans auparavant ne trouvait plus de justification. L'évaluation faite de la capacité de travail de l'assurée « au titre de l'activité ménagère » ne pouvait plus être prise en considération pour déterminer son taux d'invalidité. À suivre le raisonnement de l'OAI, malgré toute sa bonne volonté, l'assurée ne pourrait jamais prétendre à un revenu relatif à une activité professionnelle à 100 %. Aucune modification sensible de son état de santé n'ayant été objectivée et sa capacité d'exercer une activité lucrative étant de 50 %, elle avait en bonne logique droit à une demi-rente d'invalidité.

22. Le 1<sup>er</sup> décembre 2014, l'OAI a indiqué n'avoir pas d'observations particulières à formuler suite à cette réplique. La question du statut mixte de l'assurée avait été tranchée définitivement par le Tribunal fédéral.

23. La cause a été gardée à juger.

---

**EN DROIT**

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05), en vigueur dès le 1er 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). Elle est donc compétente pour statuer sur le présent recours, qui porte sur une décision rendue en application de la LAI.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI ).

Le présent recours a été formé en temps utile (art. 38 al. 3 et 60 al. 1 LPGA).

Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

La recourante a qualité pour recourir contre la décision attaquée (art. 59 LPGA).

c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

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

Dans la mesure où la précédente décision de l'office intimé, du 7 août 2012, a été annulée par l'arrêt de la chambre de céans du 18 février 2013 (ATAS/173/2013, entré en force du fait du rejet par le Tribunal fédéral, le 23 octobre 2013, du recours que l'office intimé avait interjeté à son encontre), les faits pertinents dans la présente affaire se sont produits entre le 4 août 2008 (date à laquelle l'office intimé avait décidé que la recourante continuait à avoir droit à une demi-rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 40 % avec le statut unique de ménagère) et le 26 août 2014 (date de la décision attaquée, niant à la recourante tout droit à une rente d'invalidité et lui supprimant sa demi-rente d'invalidité, de même que tout droit à des mesures professionnelles, en retenant un degré d'invalidité total de 2 % compte tenu d'un statut mixte 50 % - 50 % et d'une capacité de travail de 50 % dans la sphère professionnelle). La LAI est donc applicable dans sa teneur actuellement en vigueur (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Pour mémoire, la dernière révision de la LAI (à savoir la révision dite 6a,

du 18 mars 2011), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, de même d'ailleurs que les précédentes – en particulier les révisions des 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision) et 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur respectivement les 1<sup>er</sup> janvier 2004 et 1<sup>er</sup> janvier 2008) – n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

Par ailleurs, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications qu'a apportées la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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. a. 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). L'incapacité de gain représente quant à elle toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA).

Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain. Est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

Les deux approches sont combinées pour juger de l'invalidité d'une personne dont l'atteinte à la santé impacte à la fois sa capacité de gain et sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, d'une façon relevante parce que même à défaut d'une telle atteinte ladite personne n'exercerait une activité lucrative qu'à temps partiel.

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est en tout état 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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).

---

b. L'invalidité n'en comprend pas moins un aspect médical, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, psychique ou mentale. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, 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).

Pour les assurés travaillant dans le ménage, 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 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.

4. a. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité prévoit l'augmentation, la réduction ou – comme en l'espèce – la suppression d'une rente d'invalidité correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Selon cette disposition légale, tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

b. Comme la chambre de céans l'avait retenu dans son arrêt du 18 février 2013 (consid. 4), la modification des circonstances justifiant la révision de la situation de la recourante du point de vue de sa prise en charge par l'AI tenait au fait que les enfants de la recourante, étant devenus adolescents, d'une part ne nécessitaient plus les mêmes soins de la part de leur mère et d'autre part pouvaient participer aux tâches ménagères bien davantage que lorsqu'ils étaient enfants (en particulier lorsque l'office intimé avait effectué une première enquête économique sur le ménage, en avril 2000, puis avait, à deux reprises, confirmé le droit de la recourante à une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 40 % sur la base d'un statut unique de ménagère, le 2 mars 2005 et le 4 août 2008).

À ces modifications des circonstances étaient susceptibles de s'être ajoutées des évolutions de l'état de santé de la recourante, que la chambre a réservées en

précisant que des investigations complémentaires devaient être effectuées sur le plan médical et économique. C'était en tout état nécessaire du fait que la recourante se voyait reconnaître désormais un statut mixte, alors que l'office intimé lui avait reconnu le statut de ménagère à plein temps, et que ce changement de statut impliquait un changement de méthode d'établissement de l'invalidité, intégrant, notamment pour la part professionnelle, une approche médicale de sa situation (moins sinon peu présente pour apprécier les empêchements dans la sphère ménagère). Le dossier ne comportait pas les données, notamment médicales, permettant à la chambre de céans de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante dans la sphère professionnelle, comme le Tribunal fédéral l'a d'ailleurs relevé en disant qu'en « l'état du dossier, on ignore quelle était la situation de l'assurée sur le plan médical lors de la décision administrative litigieuse du 7 août 2012 » (consid. 4.2). Au demeurant, il importait que l'autorité administrative rende en premier lieu une décision sur cette question non encore actualisée, avant que, le cas échéant, les juridictions compétentes puissent statuer à son propos sur recours.

5. a. C'est la situation de l'assuré au moment du prononcé de la décision administrative qui est décisive, s'agissant non seulement de son statut mais aussi des paramètres déterminant son degré d'invalidité le cas échéant propre à la ou aux sphères composant le statut, à savoir notamment, pour la sphère ménagère, les taux d'empêchement et les exigibilités des membres de la famille, et, pour la sphère professionnelle, les diagnostics médicaux et leur effet sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles dans l'activité professionnelle exercée et au besoin dans une activité adaptée.

En cas de renvoi de la cause à l'autorité administrative pour instruction complémentaire et nouvelle décision, c'est le moment où la nouvelle décision est prise par l'autorité administrative qui est déterminant à ces différents égards, sous réserve que la juridiction ayant renvoyé la cause à l'autorité administrative n'ait pas émis à l'intention de cette dernière des injonctions limitant son devoir et pouvoir d'investigation et de décision. Autrement dit, sous cette réserve, il doit y avoir actualisation de la situation de l'assuré.

- b. Aussi est-ce à tort, sur le plan du principe, que l'office intimé objecte à la recourante que la question de son statut mixte a été tranchée définitivement par le Tribunal fédéral, dans le sens qu'elle devrait être considérée comme ayant été figée et soustraite à toute évolution possible. Assurément, l'appréciation que la chambre de céans a faite du statut de la recourante, avalisée par le Tribunal fédéral dans la mesure où il a rejeté le recours dont l'office intimé l'avait saisi à ce propos, ne saurait être remise en cause en tant qu'elle est rapportée à la date de la décision déterminante devant les instances judiciaires (soit celle de la décision alors attaquée, du 7 août 2012). Il n'est en revanche pas exclu que la situation de la recourante ait évolué depuis lors, sur ce point comme sur d'autres. Si tel était le cas, l'autorité administrative ne pourrait l'ignorer, et elle ne se mettrait pas en contradiction avec les décisions judiciaires rendues en en tenant compte, dans la

mesure où l'évolution considérée revêtirait une importance suffisante pour constituer un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

6. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable d'un assuré s'il était demeuré valide, il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références ; ATAS/32/2015 du 20 janvier 2015 consid. 5a ; ATAS/1002/2014 du 16 septembre 2014 consid. 5b). Il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c).

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 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). Il n'existe 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).

7. En l'espèce, il appert que lorsqu'il a rendu sa nouvelle décision, le 26 août 2014, l'office intimé n'avait pas de raison de s'écarter de l'appréciation que la recourante devait se voir reconnaître un statut mixte constitué d'une part ménagère de 50 % et d'une part professionnelle de 50 %, ni même de mener à ce propos des investigations complémentaires.

Sans doute les enfants de la recourante avaient-ils deux ans de plus. La recourante n'avait toutefois jamais évoqué une reprise d'activité professionnelle à plein temps, ni lors de la première enquête économique sur le ménage du 26 avril 2000 (lors de laquelle elle avait indiqué que la question d'une reprise d'activité à mi-temps se reposerait une fois que ses enfants auraient grandi), ni lors de la seconde enquête économique sur le ménage du 30 avril 2012 (lors de laquelle elle a parlé d'une activité professionnelle à 50 %), ni dans le cadre de la procédure (tant devant la chambre de céans que devant le Tribunal fédéral) relative à la décision du 7 août 2012, ni alors que l'office intimé, à son su, devait mener une instruction

complémentaire en vue de rendre une nouvelle décision, ni même dans le cadre de sa contestation du 24 juin 2014 du projet de décision dudit office du 12 juin 2014. Or, si à défaut d'atteinte à la santé, la recourante avait véritablement eu l'intention de reprendre une activité professionnelle à un taux d'activité supérieur à 50 %, il aurait été logique qu'elle fasse part spontanément audit office d'un nouveau changement notable de sa situation à cet égard, et qu'elle en démontre au surplus le caractère hautement vraisemblable. Elle ne pouvait ignorer qu'il lui appartenait de le faire le cas échéant, d'une part parce qu'elle venait d'avoir gain de cause sur la question de son passage d'un statut de ménagère à plein temps à un statut mixte, et d'autre part parce qu'elle était assistée par un avocat. Ce n'est que dans son recours qu'elle a allégué qu'en 2014, vu l'âge de ses enfants (encore plus indépendants que précédemment mais lui coûtant davantage) et le revenu de son compagnon (qui n'apparaît pas avoir diminué), elle travaillerait à plein temps si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Il est manifeste qu'il s'agit là d'une allégation opportuniste, faite dans une stratégie de défense adoptée au constat qu'avec une capacité de travail de 50 %, d'une part son taux d'empêchement relatif à ses tâches ménagères baissait de 5 % à 2.5 % (devant être rapporté à un mi-temps et non plus à un plein temps) et d'autre part et surtout que son degré d'invalidité afférent à sa sphère professionnelle était nul (sa capacité de travail lui permettant d'exercer pleinement son mi-temps de travail) et donc que globalement elle avait un degré d'invalidité impliquant la suppression de son droit à une rente d'invalidité (et – question non litigieuse – le refus de mesures professionnelles). Cette allégation n'est fondée que sur des considérations générales, qui ne sont nullement étayées, ni chiffrées, ni rendues un tant soit peu vraisemblables.

Le recours doit être rejeté sur cette question de statut de la recourante.

8. Comme la chambre de céans l'a jugé le 18 février 2013, le rapport d'enquête économique sur le ménage de la recourante avait une force probante suffisante, et il l'avait conservée en août 2014 lorsque l'office intimé a rendu la décision présentement attaquée. Non seulement il n'y avait alors pas matière à modifier le statut de la recourante (autrement dit la proportion respective de sa part ménagère et de sa part professionnelle), mais encore il était justifié de retenir les mêmes pondérations des différents secteurs d'activité ménagère, les mêmes taux d'empêchements bruts, les mêmes exigibilités et les mêmes taux d'empêchements nets qu'en août 2012. La recourante n'a apporté au dossier aucun élément amenant à d'autres conclusions sur l'un ou l'autre de ces points.

Rapportée à une sphère ménagère de 50 %, le taux global d'empêchement net de la recourante – jusque-là de 5 % rapporté à un plein temps – était de 2.5 %.

Il sied de noter que ce taux devait être arrondi à 3 %, et non à 2 %. Le résultat exact du calcul doit en effet l'être au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les

---

règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3, modifiant la jurisprudence publiée aux ATF 127 V 129, consid. 3).

9. a. Dès lors qu'il était admis qu'à défaut d'atteinte à la santé, la recourante exercerait une activité professionnelle (en l'occurrence à mi-temps), il appartenait à l'office intimé d'établir si et le cas échéant dans quelle mesure la recourante subissait une invalidité dans sa sphère professionnelle, en disposant d'avis médicaux et en évaluant l'impact des éventuelles restrictions de sa capacité de travail et de ses éventuelles limitations fonctionnelles dans son activité précédemment exercée de réceptionniste et secrétaire ou dans une activité adaptée.

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration

ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. a. En l'espèce, l'office intimé a certes entrepris de compléter l'instruction du dossier sur le plan médical, en sollicitant un rapport de l'ophtalmologue de la recourante. Et sans doute l'avis d'un médecin traitant peut-il, suivant les circonstances, être jugé suffisant par l'office intimé, qui est une autorité administrative disposant en outre de l'avis d'un service médical interne. En l'occurrence, le dossier comportait au surplus des rapports médicaux antérieurs, susceptibles d'étayer un avis médical actualisé.

On ne peut toutefois qu'être frappé, à la lecture du dossier, par la récurrence de l'évocation d'une part de problèmes médicaux invalidants et à l'origine mal définie rencontrés par la recourante, et d'autre part de l'opportunité sinon la nécessité de les investiguer de façon plus approfondie, possiblement dans d'autres spécialités médicales que l'ophtalmologie, sans que jamais cela ne soit fait.

b. En effet, dès les opérations de juin 1999, la recourante a déclaré de façon persistante qu'elle souffrait fréquemment de céphalées, d'un état nauséux et de vertiges. Aucun médecin n'a émis de doutes sur la réalité de ses plaintes, ni toutefois non plus n'a posé de diagnostic clair, proposé un traitement précis ou émis un pronostic fiable à propos de ces troubles. En revanche, des investigations complémentaires à leur sujet, voire une expertise médicale ont été qualifiés plusieurs fois de nécessaires par des médecins.

Dans leur rapport du 7 juin 2004, les experts de l'hôpital ophtalmique Jules Gonin ont retenu que pour apprécier parfaitement le cas de la recourante, la prise en compte, voire la répétition d'examen (ORL, consultation de la douleur, imagerie cérébrale) ainsi qu'un bilan neurologique seraient appropriés et une expertise médicale même nécessaire, en relevant que les douleurs chroniques, les céphalées, les sensations vertigineuses et l'état nauséux de la recourante, qu'ils n'expliquaient pas d'un point de vue strictement ophtalmologique, semblaient avoir d'importantes répercussions sur sa capacité de travail. Dans son rapport médical du 25 juin 2008, le prof. E\_\_\_\_\_ du service d'ophtalmologie des HUG a souligné, concernant la capacité de travail de la recourante, que cette dernière se disait très handicapée par le phénomène douloureux et photophobique douloureux, et il a indiqué que pour mieux comprendre pourquoi elle avait présenté une cataracte unilatérale, il faudrait lui proposer une évaluation par Doppler (p. ex. à l'unité d'ultrasonographie vasculaire des HUG), revoir les clichés de scanner ou même refaire une imagerie cérébrale afin de s'assurer que le trajet du Vème n'était pas irrité par une boucle vasculaire ou n'était pas en contact d'une tumeur pouvant entraîner une neuropathie trigémينية. Le 1<sup>er</sup> décembre 2011, le même professeur

excluait des troubles psychiques, mais déclarait nécessaire qu'une expertise spot faite pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé de la recourante sur sa capacité de travail. Et le 28 février 2014, tout en évaluant sa capacité de travail à 50 %, l'ophtalmologue traitant de la recourante a suggéré, en des termes certes un peu ambigus, de faire « le cas échéant » une expertise médicale. Le rapport d'enquête économique sur le ménage du 30 avril 2012 comporte en outre la mention que la recourante rencontre d'autres problèmes de santé, pour lesquels elle avait consulté deux endocrinologues, un rhumatologue et une gynécologue, sans qu'on ne sache cependant si ces consultations et examens ont abouti à la pose de diagnostics avec effet sur la capacité de travail de la recourante, à l'estimation d'une incapacité de travail et/ ou de limitations fonctionnelles, le cas échéant dans quelles activités, alors que les avis précités des ophtalmologues font état d'effets invalidants et d'une réduction (même importante) de capacité de travail. Et le 28 février 2014, l'ophtalmologue traitant de la recourante suggérait de faire « le cas échéant » une expertise médicale pour déterminer le droit à la rente de la recourante.

Force est de retenir qu'il ne se dégage pas du dossier l'impression que l'office intimé s'est prononcé sur la base de données médicales complètes, fouillées, prenant en compte les plaintes de la recourante, ni qu'il a évalué dûment les avis médicaux figurant au dossier.

c. Cela s'explique pour partie par le fait que, jusqu'à la troisième révision de la situation de la recourante, l'office intimé a retenu que cette dernière avait un statut unique de ménagère. Or si, dans un tel cas, le dossier doit certes aussi comporter des données médicales sur l'assuré, c'est cependant essentiellement sur la base du rapport d'enquête économique sur le ménage que l'invalidité est déterminée. En l'espèce, dès l'instant qu'un statut mixte était reconnu à la recourante, les interrogations ayant pu antérieurement rester ouvertes quant à ses atteintes à la santé et à leurs effets sur sa capacité de travail et de gain ne pouvaient plus le rester pour déterminer si et dans quelle mesure elle présentait un taux d'invalidité dans sa sphère professionnelle (venant s'ajouter à son 2.5 % d'invalidité dans sa sphère ménagère de 50 %).

Peu importe que la recourante ne se soit pas montrée précise sur ses divers problèmes de santé, voire qu'elle n'était apparemment pas ou plus suivie par d'autres médecins que son ophtalmologue traitant, lorsque l'office intimé a initié une instruction complémentaire de sa situation médicale. Il y avait dans le dossier des indices suffisamment allégués de problèmes de santé pour ne pas achever l'instruction médicale du dossier si hâtivement. L'office intimé paraît avoir retenu d'autant plus facilement l'avis de l'ophtalmologue traitant de la recourante quant à une capacité de travail de 50 % mais écarté sa suggestion certes gauchement formulée d'effectuer une expertise médicale que le résultat de cette appréciation était une absence de toute invalidité dans la sphère professionnelle du fait de

---

l'équivalence des taux respectivement d'activité à défaut d'atteinte à la santé et de capacité de travail.

L'autorité administrative avait le devoir d'établir les faits pertinents d'office (art. 43 al. 1 LPGA). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

d. En conclusion, le dossier n'a pas été suffisamment instruit par l'autorité administrative sur le plan médical. Son instruction ne saurait être complétée sur ce plan devant la chambre de céans, dans la mesure où c'est à tout le moins possiblement dans des domaines de la médecine dans lesquels l'office intimé n'a en l'espèce nullement fait porter ses investigations (ainsi que l'ont relevé les ophtalmologues précités) qu'elle doit l'être (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

Le recours doit être admis sur ce point, la décision attaquée être annulée, et la cause renvoyée à l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

11. a. En dérogation à la règle générale voulant que la procédure devant la chambre de céans soit gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA), l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit que la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal cantonal des assurances [soit, dans le canton de Genève, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ)] soit soumise à des frais de justice. Le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure devant se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (cf. aussi art. 89H al. 4 LPA).

Vu l'admission partielle du recours, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'office intimé.

b. Un recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA-GE - E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03). L'autorité

cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a ; ATF 110 V 365 consid. 3c).

En l'espèce, vu l'admission partielle du recours, une indemnité de CHF 600.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens, à la charge de l'office intimé.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare recevable le recours de Madame A\_\_\_\_\_.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 26 août 2014.
4. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
6. Alloue à Madame A\_\_\_\_\_ une indemnité de procédure de CHF 600.-, à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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