

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3548/2018

ATAS/419/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 mai 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Le 6 mai 2016, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1975, a saisi l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) d'une demande de prestations en raison d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, d'une dysthymie et de phobies sociales, atteintes s'étant développées consécutivement à des traumatismes multiples durant l'enfance et l'adolescence.
2. À teneur du rapport établi au cours du mois d'août 2016 par la doctoresse B_____, généraliste FMH, l'assurée souffrait plus exactement d'un état dépressif et d'une lombalgie sur discarthrose avec rétrécissement foraminaux. Il n'y avait pas de guérison envisageable pour l'atteinte somatique précitée et l'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 21 mai 2012.
3. Sur le plan psychique, l'assurée était suivie depuis le 1^{er} janvier 2016 par le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel avait succédé au docteur D_____, qui avait été le médecin de l'assurée entre juin 2012 et décembre 2015. Selon le rapport établi en septembre 2016 par le Dr C_____, les diagnostics étaient ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, agoraphobie depuis l'adolescence et personnalité anxieuse (évitante) depuis l'adolescence. L'assurée, d'origine malgache, avait subi la maltraitance paternelle et différents abus au sein de sa famille durant son enfance. À l'âge de 13 ans, elle était arrivée en Suisse, où elle avait vécu chez un cousin paternel, marié et père de deux enfants en bas âge. Elle avait dû s'occuper des enfants, dont l'un était autiste, et n'avait pas été scolarisée. Elle s'était mariée à l'âge de 24 ans avec un ressortissant albanais. Trois enfants étaient issus de cette union. L'assurée n'avait pas d'activité professionnelle. En 2012, elle avait entamé un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré avec le Dr D_____, en raison d'un tableau dépressif sévère, vraisemblablement apparu en 2010. Malgré une amélioration de son état, l'assurée présentait toujours des symptômes dépressifs et des épisodes anxieux paroxystiques notamment lorsqu'elle devait quitter son logement sans être accompagnée. De manière générale, le Dr C_____ avait constaté chez l'assurée un fonctionnement psychique dysfonctionnel avec une importante souffrance psychique, une hypervigilance dans les relations, une forte tendance à la dévalorisation et une culpabilité obsédante.
4. Ces pièces ont été soumises au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) qui a sollicité des compléments des deux médecins précités.
5. Par courrier établi au cours du mois de mars 2017, le Dr C_____ a précisé que l'assurée présentait, malgré une amélioration de son état de santé, un trouble de l'humeur avec une importante labilité entre affects dépressifs et agressifs, des troubles phobiques avec des épisodes anxieux paroxystiques lorsqu'elle devait sortir de chez elle sans être accompagnée ou lorsqu'elle devait faire face à une situation sociale nouvelle. L'assurée présentait les limitations fonctionnelles suivantes : grandes difficultés d'adaptation aux situations nouvelles en raison des

troubles d'anxiété sociale et du sentiment interne d'incapacité. Elle présentait également des troubles de la compréhension, de la concentration et de la mémoire en lien avec la désorganisation cognitive que pouvait provoquer en elle ses troubles anxieux. Elle était en mesure de se déplacer malgré la phobie sociale lorsqu'elle avait un rendez-vous à l'extérieur mais cela engendrait de nombreuses angoisses. La capacité de travail ne dépassait pas les 40% et un cadre adapté était nécessaire.

6. Quant à la Dresse E_____, elle a essentiellement rappelé les diagnostics et constatations psychiques susmentionnés.
7. L'OAI a mandaté le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise. Après avoir résumé le dossier et décrit le déroulement d'une journée-type et les plaintes de l'assurée, le médecin précité a présenté ses constatations cliniques. Les diagnostics qu'il a posés dans son rapport du 9 avril 2018, étaient ceux de trouble dépressif récurrent, épisode moyen sans syndrome somatique, dysthymie et phobie sociale. L'assurée avait été exposée à des abus sexuels tôt dans sa vie et avait manifesté, dès son adolescence, une vision négative de la vie, avec pessimisme, inquiétude au rapprochement d'autrui et sentiment de colère, mais aussi une inaptitude existentielle. Parallèlement, elle avait présenté une phobie sociale avec évitement de l'exposition par crainte du jugement d'autrui et réactions anxieuses en public. Elle n'avait travaillé que de manière espacée et avait recherché dans le mariage une protection avec repli dans un rôle de femme au foyer. Toutefois, dès 2012, elle avait été exposée à la fragilisation du soutien offert par son mari et à la péjoration des rapports avec sa fille et avait progressivement développé un trouble dépressif récurrent, actuellement moyen, persistant à ce jour, avec une recrudescence de certains éléments du registre post-traumatique. Compte tenu de ses atteintes, l'assurée ne pouvait pas assumer un emploi usuel ni en économie libre ni en milieu adapté. Cela étant, une amélioration du trouble dépressif était susceptible, dans un deuxième temps, de permettre la reprise d'une activité simple, non exposée au stress et aux contacts sociaux. Cependant, pour ce faire, un traitement antidépresseur (tricyclique) ou par EMDR (Eye Movement Desentization and Reprocessing – désensibilisation et retraitement des informations avec l'aide de mouvements oculaires) devait être entrepris afin de faire face à la résurgence des éléments post-traumatiques. En raison des atteintes précitées, ni mesures de réadaptation ni activité professionnelle quelles qu'elles soient n'étaient envisageables. Le traitement par EMDR susmentionné, exigible sur le plan médico-juridique, était susceptible d'améliorer la capacité de travail. Après résolution du trouble dépressif, l'assurée devrait être capable de reprendre progressivement une activité adaptée, le plein temps pouvant être envisagé dans un délai de 12 à 24 mois.
8. Le rapport du Dr F_____ du 9 avril 2018 a été soumis au SMR qui s'est prononcé dans un avis du 9 mai 2018 sous la plume de la doctoresse G_____. Selon ce médecin, dans la mesure où l'assurée pouvait faire de la course à pied, se rendre à des rendez-vous à pied ou se rendre à l'expertise, la phobie sociale n'entravait pas

sa vie quotidienne et les critères permettant de qualifier cette atteinte d'invalidante n'étaient pas réunis. Le diagnostic de dysthymie n'était pas incapacitant, dès lors que le seuil de l'épisode dépressif léger n'était pas atteint. Ni l'état de stress post-traumatique ni la modification durable de la personnalité n'étaient retenus par l'expert. Par conséquent, le traitement par EMDR n'était pas exigible puisque les atteintes pour lesquelles son efficacité était reconnue n'étaient pas retenues. Les limitations fonctionnelles ressortant de l'expertise consistaient en une vulnérabilité au stress et une fatigabilité en fin de journée avec des troubles du sommeil. Au vu du peu de limitations, le SMR émettait des réserves quant aux conclusions de l'expert sur la capacité de travail.

9. Le 12 juin 2018, l'OAI a diligenté une enquête ménagère au domicile de l'assurée.

Selon le rapport y relatif, daté du 14 juin 2018, l'assurée était femme au foyer depuis 1999 et s'occupait de ses trois enfants nés en 2002, 2006 et 2008. L'atteinte à la santé consistait principalement en un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen.

Avant l'atteinte, l'assurée gérait son ménage, entretenait son logement, effectuait ses courses et préparait les repas. Il en allait de même de la lessive et du repassage. Elle s'occupait de ses trois enfants. Elle n'avait toutefois jamais géré les démarches administratives.

Depuis son atteinte, elle continuait à s'occuper de la conduite de son ménage (planification des tâches ménagères à faire et organisation du ménage). Par contre, elle cuisinait moins souvent et achetait régulièrement des pizzas ou faisait cuire des pâtes. Son mari désormais cuisinait de temps en temps. Elle continuait à nettoyer la cuisine et à faire la vaisselle, parfois avec l'aide de son mari ou de sa fille aînée. Elle s'occupait de l'entretien du logement, à l'exception des sanitaires et des vitres, nettoyés par son mari. Certains jours, elle était plus fatiguée, plus stressée et triste. L'assurée ne faisait toujours aucune démarche administrative. Stressée, voire angoissée à l'idée d'aller dans un magasin, elle n'était plus en mesure de faire les courses seule et se contentait d'accompagner son époux. L'assurée se chargeait de la lessive en journée et son mari désormais de celle du soir. Les enfants, âgés de 10, 12 et 16 ans, étaient indépendants pour se rendre à leur école. Le mari de l'assurée accompagnait les deux plus jeunes enfants à leurs activités et se rendait aux réunions de classe, l'assurée étant trop stressée. Enfin, l'assurée courait presque tous les jours dans les parcs et au bord du lac. Cela constituait sa principale activité. Elle avait rompu tout lien avec sa famille et ne voyait que ses enfants, son mari et la famille de celui-ci.

En raison de ces limitations, l'infirmière a retenu un taux d'empêchement total avec exigibilité de 6.6%, soit :

Travaux	Exigibilité en %	Pondération en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
----------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

Conduite du ménage			0 %	0 %
<i>Exigibilité</i>	0 %	5 %	0 %	0 %
Alimentation			20 %	7 %
<i>Exigibilité</i>	20 %	35 %	0 %	0 %
Entretien du logement			20 %	4 %
<i>Exigibilité</i>	20 %	20 %	0 %	0 %
Emplettes et courses diverses			70%	4.9 %
<i>Exigibilité</i>	70 %	7 %	0 %	0 %
Lessive et entretien des vêtements			40 %	8 %
<i>Exigibilité</i>	20 %	20 %	20 %	4 %
Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille			30 %	3.9 %
<i>Exigibilité</i>	10 %	13%	20 %	2.6 %
Divers			0 %	0 %
<i>Exigibilité</i>	0%	0%	0%	0 %
Total des champs d'activité				100 %
<i>Total de l'exigibilité retenue</i>				21.20 %
Total – empêchement pondéré sans exigibilité				27.80 %
<i>Total – empêchement pondéré avec exigibilité</i>				6.60 %

10. Par projet de décision du 14 juin 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter la demande, le degré d'invalidité de 6,6% étant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.
11. L'assurée s'est opposée au projet par courrier du 27 juin 2018, expliquant que ses capacités dépendaient de son état de santé qui variait selon les jours et les semaines. Lorsqu'elle allait très mal, elle n'était pas en mesure de sortir de sa chambre, dans laquelle elle restait les stores fermés et c'était son époux qui devait alors s'occuper de la cuisine, du ménage et des enfants.
12. Dans un certificat du 6 juillet 2018, Madame H_____, psychologue et psychothérapeute FSP et le Dr C_____ ont attesté que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent. Lors des épisodes dépressifs d'intensité sévère, se présentant à une fréquence minimale de deux épisodes par année, elle se trouvait

dans l'incapacité de tenir son foyer et de participer à l'éducation de ses enfants. Elle pouvait alors rester plusieurs jours sans sortir de sa chambre.

13. Ce rapport a été soumis au SMR qui, sous la plume du docteur O_____, a nié, dans un avis du 3 septembre 2018, le caractère durable de l'atteinte à la santé incapacitante et des limitations fonctionnelles malgré les nouveaux éléments portés à sa connaissance. C'est pourquoi, il maintenait ses précédentes conclusions.
14. Par décision du 10 septembre 2018, l'OAI a confirmé les termes de son projet du 14 juin 2018 et a rejeté la demande faute d'invalidité suffisante.
15. Sous la plume de son conseil, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours, en date du 10 octobre 2018, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'audition des Drs F_____ et C_____ et, cela fait, à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 6 mai 2016.

À l'appui de sa position, la recourante a notamment contesté les points 5.4 et 5.6 du rapport d'enquête sur le ménage, relatifs aux emplettes (empêchement de 70%) et aux soins à la famille (empêchement 30%), considérant qu'un empêchement de 100% devait être retenu dans les deux cas.

16. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu le 6 novembre 2018 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, considérant qu'un empêchement total ne se justifiait pas pour les soins à la famille, au vu de l'âge des enfants, autonomes pour la plupart des soins, et de la possibilité de la recourante de s'en occuper à domicile. En définitive, seules les activités à l'extérieur comportaient des empêchements. Un empêchement total ne se justifiait pas non plus pour le poste « courses et emplettes diverses », dès lors que la recourante était en mesure de se rendre en magasin avec son époux. Dans tous les cas, même si un empêchement total était retenu pour les deux postes précités, le taux d'empêchement global serait quoi qu'il en soit insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.
17. Par réplique du 29 novembre 2018, la recourante, toujours sous la plume de son conseil, a contesté les autres postes de l'enquête ménagère, expliquant que c'était son mari qui s'occupait principalement du ménage. Par conséquent, elle présentait à tout le moins un degré d'empêchement total de 50% à 60% dans ses travaux habituels.
18. L'intimé a produit sa duplique le 11 décembre 2018 et a relevé que dans sa première écriture, le 10 octobre 2018, la recourante avait contesté les empêchements retenus dans deux rubriques seulement, à savoir les courses et emplettes ainsi que les soins aux enfants. Ce n'était que dans sa réplique du 29 novembre 2018 qu'elle avait contesté tous les postes. Après avoir rappelé la jurisprudence en la matière, l'intimé a considéré que l'enquête ménagère avait été réalisée par une infirmière spécialisée dans le domaine. Les différentes rubriques avaient été développées de manière circonstanciée et l'évaluation des empêchements rencontrés par la recourante dans l'accomplissement de ses tâches

ménagères se fondaient sur les déclarations de celle-ci telles que consignées dans le rapport. En d'autres termes, l'enquête, réalisée après que l'infirmière ait pris connaissance du dossier, reposait dans une large mesure sur les comportements et déclarations de la recourante. Dans ces circonstances, il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'enquête sur le ménage du 14 juin 2018.

19. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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 trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante, auquel un statut de ménagère a été reconnu, à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'importance des empêchements dans la tenue du ménage.

5. a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

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 (art. 28 al. 2 LAI).

b. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 8 al. 3 LPGA et art. 28a al. 2 LAI). 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 (art. 27 RAI 1ère phrase). Pour établir l'invalidité de ces personnes, on cherche donc à établir l'importance de cet empêchement. Il s'agit de la méthode dite spécifique d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 707/04 du 2 août 2005, consid. 3.1.2).

c. 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 consid. 3.3).

6. a. Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne 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 s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. 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).

Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (arrêts du Tribunal fédéral 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137). Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à

domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant. Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 218 de l'ATF 129 V 67 [arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002]), puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_108/2009 du 29 octobre 2009).

b. Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de tenir compte d'une capacité de travail moyenne en raison du caractère cyclique d'une maladie (cf. p. ex. arrêt du Tribunal fédéral 9C_953/2008 du 5 octobre 2009 consid. 3.2). Dans un arrêt plus récent, le Tribunal fédéral a considéré que lorsqu'il s'agissait de déterminer la capacité résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie qui évoluait par poussées, il convenait d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte notamment de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'était pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflétait qu'une image instantanée de la situation; celle-ci devait bien au contraire tracer de manière précise l'évolution - passée et future - de la capacité de travail. À cet égard, le médecin devait examiner l'évolution temporelle de la capacité de travail, en tenant compte, eu égard à l'évolution fluctuante de la maladie, aussi bien des phases actives que des phases moins actives de celle-ci. En d'autres termes, il devait se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci avait sur la capacité de travail de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_153/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.2, 3.3 et 3.4).

c. Il existe dans l'assurance-invalidité - ainsi que dans les autres assurances sociales - un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (ATF 138 I 205 consid. 3.2).

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit tout d'abord faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu

urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5).

Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué ci-dessus se concrétise également par l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_785/2014).

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

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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b/aa. En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

b/bb. En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

b/cc. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58

consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

8. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9. En l'espèce, la recourante conteste l'ensemble des empêchements retenus par l'enquêtrice dans son rapport du 14 juin 2018 et considère qu'elle est incapable d'effectuer ses travaux habituels à au moins 50% à 60%. Précédemment, elle avait notamment reproché à l'enquêtrice de ne pas avoir bien compris que ses capacités dépendaient de son état, lequel variait beaucoup selon les jours et les semaines. Lorsque cela allait très mal, elle n'arrivait pas à sortir de sa chambre, où elle restait les yeux fermés. C'était alors son époux qui devait s'occuper de la cuisine, du ménage et des enfants.

À titre liminaire, il convient de rappeler que pour les assurés travaillant dans le ménage, l'incapacité de travail correspond à la diminution, attestée médicalement, du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels, le degré

d'invalidité étant, quant à lui, déterminé au moyen de l'enquête sur le ménage (voir consid. 5c supra).

a. Il convient donc de déterminer, dans un premier temps, l'importance de la diminution du rendement fonctionnel attestée médicalement.

Sur le plan médical, le dossier remis à la chambre de céans comprend le rapport d'expertise du Dr F_____ du 9 avril 2018, dont les conclusions n'ont pas été contestées par la recourante et dont il ressort qu'au printemps 2018, celle-ci souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, d'une dysthymie et d'une phobie sociale, atteintes ayant pour conséquence une incapacité totale de travailler. La chambre de céans déplore, dans ce contexte, que l'OAI ait demandé au médecin précité d'examiner la capacité de travail et non le rendement fonctionnel de la recourante, dès lors que celle-ci ne travaille plus depuis 1999. Cela étant, force est de constater que le Dr F_____ a décrit le déroulement d'une journée-type et il en ressort que seules des limitations liées à la phobie sociale et aux difficultés de la recourante à s'approcher d'autres personnes ont été évoquées par le médecin précité. Si la question du caractère lacunaire du rapport peut effectivement se poser, elle peut toutefois être laissée ouverte, dès lors que dans leur rapport du 6 juillet 2018, Madame H_____ et le Dr C_____ ont précisé que l'incapacité de la recourante à tenir son ménage ne se retrouve que lors des épisodes dépressifs d'intensité sévère.

Or, force est de constater que lorsque le Dr F_____ a examiné la recourante, l'état dépressif de cette dernière était qualifié de moyen et non de sévère, ce qui n'est contesté ni par la recourante ni par le Dr C_____.

Dans ces conditions, on doit retenir que, conformément au rapport d'expertise du 9 avril 2018, la recourante présentait une diminution du rendement fonctionnel dans les activités impliquant des contacts avec des tiers.

b. Il convient donc désormais de déterminer le degré d'invalidité résultant des limitations fonctionnelles évoquées par l'expert.

Conformément à la jurisprudence, l'OAI a effectué une enquête sur le ménage. Force est de constater que le rapport d'enquête a été élaboré par une infirmière qualifiée en connaissance de la situation médicale et locale et qu'il résume de manière détaillée les explications de la recourante s'agissant de chaque activité. L'enquêtrice a précisé les empêchements dans les différents champs d'activité et l'aide exigible des proches. Les activités que la recourante peut effectuer seule ou qu'elle doit au contraire déléguer à ses proches sont décrites avec précision. Conformément aux constatations du Dr F_____ et aux déclarations de la recourante, les limitations fonctionnelles liées à la phobie sociale et au contact avec les autres ont été prises en considération par l'enquêtrice, laquelle a toutefois considéré que l'aide de l'époux de la recourante était exigible pour pallier la plupart des empêchements.

Les empêchements retenus par l'enquêtrice ne prêtent ainsi pas le flanc à la critique, ce d'autant moins que la recourante ne formule aucune critique précise à leur encontre.

Par conséquent, au jour de la décision querellée, l'invalidité était bien de 6,6%, dès lors que l'état dépressif devait être qualifié de moyen, ce qui avait pour conséquence des limitations fonctionnelles limitées, prises en considération par l'enquêtrice.

Cela étant, la recourante a déposé sa demande de prestations en mai 2016 mais elle souffre d'une atteinte incapacitante depuis 2012. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, son droit à une éventuelle rente serait né, au plus tôt, en novembre 2016.

Le Dr F_____ ne s'est pas prononcé sur l'évolution de la maladie, depuis 2012 mais uniquement sur l'état de santé de la recourante en 2018. Son appréciation reflète ainsi une image instantanée de la situation, où l'état psychique lui permettait de tenir son ménage. Or, il ressort notamment du rapport de Madame H_____ et du Dr C_____ du 6 juillet 2018 que la recourante souffrait d'un trouble psychique évoluant de manière cyclique depuis 2012, avec au minimum deux fois par année des phases durant lesquelles le trouble dépressif récurrent était d'intensité sévère. Cela revient ainsi à retenir un trouble fluctuant entre intensité moyenne et sévère, avec des phases où la recourante peut s'occuper de son ménage et des phases où cela ne semble pas possible. Or, en présence justement d'une maladie évoluant de manière cyclique, il appartient à l'OAI de prendre en compte l'évolution fluctuante de la maladie dans son appréciation de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_153/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.2), ce qui n'a à l'évidence pas été le cas, le rapport du Dr F_____ ne permettant au demeurant pas d'y répondre, faute de se prononcer sur l'évolution passée du trouble psychique.

Dans la mesure où l'intimé s'est limité à examiner la capacité de la recourante à tenir son ménage en 2018, sans examiner l'évolution passée et future, la décision entreprise doit être annulée et la cause renvoyée pour instruction complémentaire sur ce point. À cet effet, il appartiendra à l'OAI d'obtenir des renseignements médicaux concernant la durée des phases d'intensité sévère et la diminution du rendement fonctionnel dans la tenue du ménage lorsque justement le trouble dépressif doit être qualifié de sévère. L'OAI devra également procéder à une nouvelle enquête ménagère, laquelle devra examiner la capacité de la recourante à tenir son ménage lorsque le trouble dépressif dont elle souffre est qualifié de sévère.

10. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 10 septembre 2018 sera annulée.

La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, arrêtée en l'espèce à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPG; art. 89H al. 3 LPA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03]).

Par ailleurs, la procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'invalidité devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce au minimum de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 10 septembre 2018 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
4. Alloue une indemnité de procédure de CHF 1'500.- à la recourante à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
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