
EN FAIT

1. Mme A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1970, originaire de Serbie/Montenegro, mariée depuis 1988, domiciliée avenue B_____ à Thônex, mère de trois enfants C_____ née le _____ 1992, D_____ né le _____ 1993 et E_____ née le _____ 1995, sans formation, est entrée en Suisse en 1992; elle est titulaire d'une autorisation de séjour B. Elle a exercé une activité d'ouvrière dans une usine de textile en Serbie de 1986 à 1992. Selon le fichier de l'Office cantonal de la population et des migrations (ci-après : l'OCPM) D_____ a quitté le domicile familial le 1^{er} septembre 2014, C_____ le 29 novembre 2014, et E_____ le 26 novembre 2015.
2. Le département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (HUG) a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 1^{er} janvier au 28 février 2003, du 17 au 25 février 2005 et du 3 mars au 6 avril 2005. Le 12 juin 2003, le médecin-conseil de l'OCE a estimé que l'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} décembre 2002. La doctoresse F_____, généraliste FMH, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 25 février au 9 mars 2005.
3. Le 30 mars 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
4. Le 7 novembre 2007, le docteur G_____, FMH psychiatrie-psychothérapie, de l'association Appartenances, a rempli un rapport médical AI, cosigné par Mme H_____, psychologue. Il a posé les diagnostics existants en tous les cas depuis 2002, d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques, agoraphobie, trouble panique, modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, difficultés dans les rapports avec le conjoint et décès d'un membre de la famille (enfant). Le traitement avait débuté le 9 mars 2006. Actuellement, l'incapacité de travail était totale.
5. Le 18 avril 2008, l'assurée a été examinée au Service Médical Régional AI (ci-après : le SMR) par le docteur I_____, lequel a rendu un rapport le 21 avril 2008. L'assurée se plaignait de fatigue, d'anxiété, de sommeil perturbé, de rumination, de trouble de la concentration et de l'attention. Le diagnostic retenu est celui de dysthymie (F 34.1), sans répercussion sur la capacité de travail.

L'examen clinique SMR mettait en évidence une dépression chronique de l'humeur qui, d'après l'assurée, remontait à 1998, dont la sévérité était insuffisante pour justifier, actuellement, un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger; cette dépression chronique de l'humeur était particulière de par sa fluctuation avec à raison de 30 % du temps des moments où elle se sentait mieux, supportait ses enfants, faisait des efforts pour recevoir ses amis, sortait et à 70 % du temps des moments où elle s'isolait, ne supportait plus les bruits et était en proie à des tremblements. On retrouvait des traits de personnalité anankastique avec perfectionnisme qui entravaient l'achèvement des tâches, nécessité de contrôle, rigidité, inhibition intellectuelle et affective. Ces traits de la personnalité n'en

constituaient pas pour autant un trouble de personnalité anankastique. En dehors de ce tableau de dysthymie et des traits de personnalité anankastique, l'examen clinique psychiatrique n'avait pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée invalidante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Sa capacité de travail était totale dans toute activité.

6. Le 29 avril 2008, le Dr J_____ a confirmé une capacité de travail totale.
7. Par projet de décision du 5 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations vu l'absence d'atteinte à la santé invalidante.
8. Par décision du 20 juin 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
9. Le 24 juillet 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en raison d'une "dépression aigue suivie par l'angoisse et amaigrissement aigu".
10. Le 14 juin 2011, la doctoresse K_____, FMH psychiatrie, psychothérapie, a écrit à l'OAI qu'elle suivait l'assurée depuis février 2010 en raison d'un état dépressif grave, d'une agoraphobie importante et d'une anxiété généralisée, avec trouble du sommeil et cauchemars, que l'assurée avait perdu plus de 10 kilos, que le traitement médicamenteux (antidépresseur) n'améliorait pas la situation et que l'incapacité de travail était totale.
11. Le 14 juin 2011, la doctoresse L_____, médecin généraliste, a attesté qu'elle suivait l'assurée depuis le 4 novembre 2008 pour des rachialgies sur troubles statiques de la colonne lombaire et état anxio-dépressif aigu et que l'état de santé s'aggravait.
12. Le 23 juin 2011, la doctoresse M_____ du SMR a estimé que l'aggravation de l'état de santé était plausible.
13. Le 13 juillet 2011, la Dresse K_____ a rempli un rapport médical AI. Elle a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique chronique depuis 1999, anxiété généralisée depuis 1999, crises de panique avec agoraphobie depuis 2001 au plus tard, épisode dépressif majeur sévère sans symptômes psychotiques depuis 2009 au plus tard et résistant aux médicaments (été).

Pendant la guerre au Kosovo, l'assurée avait subi des stress dont elle ne s'était pas remise (peur pour sa famille). Elle avait tenté de travailler en EMS en 2005, sans succès en raison du stress du travail. L'agoraphobie était extrême et les troubles du sommeil majeurs. Elle présentait un dégoût de la nourriture et avait perdu 10 kilos depuis l'été 2009. Le traitement médicamenteux avait été modifié sans succès. Le traitement actuel était le suivant : Valdoxan 50mg/jour, Seroquel 62,5mg/jour, Xanax-retard 2mg/jour et Xanax 0,25 jusqu'à 3x/jour.

Sous la rubrique énumérations des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, la Dresse K_____ a mentionné "patiente qui n'arrive plus à sortir de chez elle, qui est tout le temps angoissée et fait de surcroît des crises de panique, n'arrive plus à manger, n'a plus d'énergie et une concentration nulle. Se sent tout le temps extrêmement fatiguée. Intolérance au stress totale, incapacité à se concentrer sur quoi que ce soit, fatigue intense et insurmontable, angoisse permanente".

14. A la demande de l'OAI, le docteur N_____, FMH psychiatrie-psychothérapie, a rendu le 2 décembre 2011 un rapport d'expertise fondé notamment sur un entretien le 8 novembre 2011 avec l'assurée et un dosage plasmatique des médicaments.

L'assurée se plaignait d'angoisses depuis la guerre au Kosovo. Elle avait vécu cette guerre avec beaucoup d'intensité et d'anxiété concernant ses proches dont elle n'avait plus de nouvelles. Elle n'avait donc pas vécu directement la guerre ni n'avait été menacée de mort. Dans ce sens-là, on ne pouvait pas retenir les diagnostics d'état de stress post-traumatique ni de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. L'expert a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble panique (anxiété généralisée paroxystique) (F41.0) et sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1). Il s'interrogeait sur la compliance médicamenteuse car selon le dosage le seul médicament que l'assurée prenait vraiment était le Xanax. Les crises de panique représentaient au maximum un 20 % d'incapacité de travail et devaient se réduire avec la prise de psychotropes à la dose prescrite.

15. Le 13 janvier 2012, le docteur O_____ du SMR a estimé que l'assurée était capable de travailler à 80 % avec comme limitations fonctionnelles une difficulté à gérer le stress et une fragilité psychologique, l'incapacité de travail de 20 % était survenue en janvier 2010.
16. Par projet de décision du 24 janvier 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que la capacité de travail était de 80 % et que l'incapacité de 20 % pouvait être réduite avec la prise des médicaments prescrits.
17. Le 5 mars 2012, l'assurée, représentée par une avocate, a transmis à l'OAI des observations. Elle a sollicité une nouvelle expertise et relevé que l'OAI n'avait pas tenu compte des avis des médecins-traitants qui la suivaient depuis des années. Le contenu de l'expertise était pauvre, lacunaire, dirigé et manquait d'objectivité. L'expert ne l'avait reçue qu'une fois et n'avait pas contacté la Dresse K_____. Elle était victime d'effets secondaires des médicaments, telle que l'hypotension. Il était invraisemblable de lui reprocher de ne pas prendre des médicaments qu'elle ne supportait pas.
18. Par décision du 6 mars 2012, l'OAI a confirmé son projet du 24 janvier 2012.
19. Par décision du 20 août 2012, annulant et remplaçant celle du 6 mars 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

20. Le 28 septembre 2012, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 %.
21. Le 10 décembre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que la décision litigieuse se fondait sur l'expertise du Dr N_____.
22. A la demande de la chambre de céans, les parties se sont prononcées sur le statut de l'assurée.
23. Le 17 juin 2013, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré :

« Les crises ont débuté en 1998, j'avais des vertiges, des nausées et des tremblements. J'ai été suivie au CTB à la rue de Lausanne et par la Dresse P_____ à Plainpalais. Ma fille aînée est mariée et les deux autres enfants vivent encore avec moi. Ma fille a un garçon de 13 mois et je n'arrive pas à m'en occuper du tout. J'ai travaillé deux mois en EMS en 2005 mais je n'ai pas pu continuer ce travail en raison de ma santé. Je suis toujours suivie par les Dresses K_____ et Q_____. Je prends actuellement un médicament, je crois que c'est un somnifère, prescrit par la Dresse K_____, et je le supporte bien. Je me sens totalement incapable de travailler principalement en raison de l'agoraphobie qui m'oblige à sortir en étant toujours accompagnée. La plupart du temps je ne sors pas du tout. Je passe mes journées à la maison. Mon mari et ma fille s'occupent des courses. Je ne m'occupe d'aucune tâche ménagère. En particulier, je ne fais pas à manger et je ne nettoie pas l'appartement. Je prends six médicaments par jour, soit du Xanax Retard, un médicament pour la tension, un antidépresseur et un somnifère. Ces médicaments n'ont pas amélioré les symptômes liés à l'agoraphobie. Lors de l'expertise auprès du Dr N_____, l'entretien a duré entre 1h00-1h30. J'ai trouvé ce médecin un peu agressif dans la manière de poser ses questions ».

24. Par ordonnance du 19 août 2013, la chambre de céans a confié une expertise au Dr R_____, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, après avoir constaté que le rapport du Dr N_____ était mis en doute par celui de la Dresse K_____. Elle a par ailleurs considéré que l'assurée avait un statut d'active à 100 %.
25. Le 5 novembre 2013, le Dr R_____ a rendu son rapport d'expertise fondé, notamment, sur deux entretiens avec l'assurée les 3 et 17 octobre 2013.

L'assurée se plaignait d'angoisses depuis 1999-2000, avec aggravation en 2011, par la survenance de malaises, de ruminations persistantes sur les scènes violentes de la guerre d'ex-Yougoslavie, avec cauchemars et insomnies, de tension nerveuse, d'épisodes aigus de panique, de peur de sortir, de fatigue et de culpabilité. Les taux plasmatiques de Cymbalta étaient, selon la Dresse K_____, de 273 nmol/l le 17 mars 2012, de 198 nmol/l le 22 août 2012 et de 916 nmol/l le 22 octobre 2013. Ce dernier taux étant très élevé, il pouvait correspondre à un surdosage de l'assurée

dans la perspective de l'expertise. Au moment de l'expertise il n'y avait pas de défaut d'observance du traitement médicamenteux.

Il a posé les diagnostics de pathologie anxieuse durable et sévère, résistant aux traitements pratiqués, incluant les diagnostics suivants : agoraphobie avec trouble panique (F40.11) et anxiété généralisée (F41.1) ; trouble de l'humeur lui aussi durable, sous la forme actuellement d'un épisode dépressif moyen à sévère (F32.11). Le tableau anxieux était présent depuis 2002 et était documenté depuis novembre 2007 (Dr G_____) ; son appréciation se rapprochait de celles des médecins-traitants, à savoir celle d'une gravité certaine et d'une résistance aux traitements mis en place, bien que certains éléments du tableau soient atypiques et puissent susciter des interrogations.

Sur la base de l'observation actuelle, la composante dépressive ne faisait pas de doute. Le plus probable était que l'humeur avait pratiquement toujours été dépressive au sens d'un épisode dépressif depuis que l'affection actuelle était documentée, soit novembre 2007, avec des fluctuations d'intensité, d'ailleurs reconnues par l'expertisée.

L'état clinique actuel était incompatible avec l'exercice de toute activité professionnelle. L'état clinique était resté sévère depuis au moins l'observation du Dr G_____ de novembre 2007.

26. Le 2 décembre 2013, le Dr O_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel le Dr R_____ posait les mêmes diagnostics que le Dr N_____, avec une intensité différente par rapport à sa gravité et sa répercussion sur la capacité de travail ; le Dr R_____ se basait sur des données subjectives pour évaluer la gravité de l'agoraphobie ; il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état de fait ; le doute concernant la compliance médicamenteuse persistait.
27. Le 9 décembre 2013, l'OAI a maintenu ses conclusions. La recourante n'a pas formulé d'observations.
28. A la demande de la chambre de céans, le Dr R_____ a précisé le 18 décembre 2013 que le tableau de l'agoraphobie qu'il avait observé était superposable avec celui décrit par le Dr G_____ en novembre 2007, par la Dresse K_____ en juillet 2011 et par le Dr N_____ en décembre 2011 ; quant au Dr I_____, il n'avait pas formellement retenu le diagnostic d'agoraphobie mais indiqué que l'assurée avait l'angoisse de sortir et de se trouver au milieu des gens, ce qui suggérait un degré relativement sévère d'agoraphobie ; le Dr I_____ n'avait pas précisé si l'assurée sortait seule, ce qui était crucial pour évaluer cette affection ; l'assurée avait cependant indiqué qu'elle ne sortait plus seule depuis 2002, ce que son mari avait confirmé ; s'agissant de l'agoraphobie, l'état clinique était fixé depuis au moins novembre 2007, date du rapport du Dr G_____. S'agissant des autres problèmes cliniques, moins importants, il n'y avait pas d'évidence qu'ils aient changé de manière significative et durable depuis 2007 ; l'état était ainsi à peu près

stationnaire depuis novembre 2007, sans aggravation significative, ni après juin 2008, ni à partir de l'été 2009.

29. Le 8 janvier 2014, le Dr O_____ a indiqué que le SMR maintenait son avis dès lors que le Dr R_____ attestait d'un tableau observé superposable à celui décrit par le Dr G_____ en novembre 2007 et par les Drs K_____ et N_____ en juillet et décembre 2011.
30. Le 20 janvier 2014, l'intimé a estimé qu'aucun élément médical ne permettait de revoir sa position.
31. La recourante n'a pas formé d'observations.
32. Par arrêt du 17 mars 2014 (ATAS/309/2014), la chambre de céans a admis le recours de l'assurée et dit qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2012. Elle a considéré que l'assurée avait un statut d'active à 100% et que son état de santé s'était aggravé postérieurement à la décision de refus de rente de l'OAI du 30 juin 2008, de sorte qu'il existait un motif de révision (art. 17 LPGa).
33. Par arrêt du 14 octobre 2014, le Tribunal fédéral a annulé le jugement précité et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il complète l'instruction par l'ordonnance d'une enquête ménagère, la constitution d'un dossier médical concernant l'impact des atteintes à la santé dans la sphère ménagère et rende une nouvelle décision. Il a considéré que l'assurée avait un statut de ménagère.
34. Le 27 janvier 2015, l'OAI a rendu un rapport d'enquête économique sur le ménage concluant à un empêchement pondéré sans exigibilité de 27% et un empêchement pondéré avec exigibilité nul. L'assurée vivait avec son époux et deux enfants, soit D_____ et E_____ et l'exigibilité de la part de ces trois membres de la famille était de 27 %. L'enquête s'était déroulée le 22 janvier 2015 en présence du mari pour une durée de 35 minutes. Les diagnostics retenus étaient ceux de trouble panique et anxiété généralisée paroxystique. Il est relevé que cette liste n'est pas exhaustive et que les éléments retenus par le SMR font foi. L'enquête a retenu les chiffres suivants :

	Empêchement	Pondération	Exigibilité	Empêchement pondéré
Conduite du ménage	20%	4%	20%	0%
Alimentation	20%	46%	20%	0%
Entretien du logement	20%	20%	20%	0%
Emplettes et courses diverses	90%	10%	90%	0%
Lessive et entretien des vêtements	20%	20%	20%	0%

L'enquête se fonde sur les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, soit les difficultés à gérer le stress et une fatigabilité psychologique en relevant qu'elles n'expliquent pas à elles seules les limitations invoquées par l'assurée dans son ménage ; elle retient un empêchement ménager en raison de crises de panique.

35. Le 29 avril 2015, le Dr O_____, du SMR, a rendu un rapport selon lequel « les constatations de l'enquêtrice sont compatibles avec les constatations médicales. »
36. Par projet de décision du 26 mai 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations en se fondant sur l'enquête ménagère du 22 janvier 2015.
37. Par décision du 7 juillet 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
38. Le 9 septembre 2015, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision de l'OAI du 7 juillet 2015, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle fait valoir que l'OAI n'a pas respecté les instructions du Tribunal fédéral qui exigeait la constitution d'un dossier médical concernant l'impact des atteintes à la santé dans la sphère ménagère, que son droit d'être entendue avait été violé car elle avait été empêchée de faire des observations contre le projet de décision de l'OAI, celui-ci ayant rendu la décision litigieuse le 7 juillet 2015 alors qu'elle-même n'avait reçu son dossier que le 2 juillet 2015, que l'expertise ménagère « piquait » des éléments médicaux dans l'expertise du Dr R_____ et celle du Dr N_____, alors même que ce dernier rapport avait été écarté par la chambre des assurances sociales, qu'enfin, elle sollicitait un nouvel examen médical.
39. Le 10 novembre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que l'enquête ménagère avait repris les diagnostics retenus et était probante ; par ailleurs, il n'y avait pas, selon le SMR, de divergence entre les données médicales et les conclusions de l'enquête à domicile, de sorte que celle-ci était prépondérante ; les empêchements tenaient compte de l'atteinte à la santé de l'assurée d'une manière appropriée ; le SMR avait implicitement conclu qu'une instruction médicale complémentaire n'était pas nécessaire ; enfin, le droit d'être entendu de l'assurée n'avait pu être violé car l'avocate de l'assurée avait été avertie par téléphone de l'enquête ménagère et pouvait en demander le rapport à tout moment.
40. Le 11 décembre 2015, l'assurée a observé que l'OAI n'avait pas répondu aux arguments soulevés dans l'acte de recours.
41. Par arrêt du 11 janvier 2016 (ATAS/7/2016), la chambre de céans a admis partiellement le recours de l'assurée, annulé la décision de l'OAI du 7 juillet 2015 et renvoyé la cause à celui-ci pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Elle a considéré que l'OAI n'avait pas obtempéré aux instructions du Tribunal fédéral, lequel avait clairement renvoyé la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction au sens des considérants et rende une nouvelle décision en réalisant une enquête ménagère et en constituant un dossier médical concernant l'impact des

atteintes à la santé dans la sphère ménagère. A cet égard, le rapport du SMR du 29 avril 2015, qui se bornait à relever que les constatations de l'enquête étaient compatibles avec les constatations médicales, ne remplissait manifestement pas les critères d'un avis médical relatif aux impacts des atteintes à la santé dans la sphère ménagère. En outre, en cas de trouble psychique, comme c'était le cas en l'espèce, s'il existait des divergences entre les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci avaient en règle générale plus de poids que l'enquête à domicile ; or, en l'espèce, de telles constatations médicales ne figuraient pas dans le dossier, faute pour l'intimé de les avoir requises. Enfin, l'enquête ménagère se référait aux éléments retenus par le SMR, en déclarant qu'ils faisaient foi, sans expliquer pour quels motifs ceux de l'expertise judiciaire n'étaient pas pertinents et tout en se fondant néanmoins sur ceux-ci (enquête ménagère p. 4 – 8).

L'OAI se devait de requérir auprès du Dr R_____ une expertise complémentaire concernant l'impact des atteintes à la santé de la recourante sur les activités ménagères.

42. Le 1^{er} mars 2016, le SMR a rendu un avis selon lequel l'existence d'un épisode dépressif était contestée et les limitations retenues dans l'enquête ménagère n'étaient pas en lien avec une atteinte reconnue. Le trouble panique avec agoraphobie n'entraînait de limitation que pour sortir de la maison.
43. Par décision du 29 avril 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestation en constatant que l'affection médicale n'entraînait des limitations que dans le champ « emplettes et courses diverses ».
44. A la suite du recours de l'assurée à l'encontre de cette décision, l'OAI a conclu à ce que le dossier lui soit renvoyé, ce que l'arrêt du 26 septembre 2016 de la chambre de céans a ordonné (ATAS/758/2016).
45. Le 22 novembre 2016, le SMR a estimé qu'il était nécessaire de demander un complément d'expertise au Dr R_____ pour qu'il évalue l'impact des atteintes psychiques de l'assurée sur les activités ménagères et qu'il se positionne sur les conclusions de l'enquête ménagère de janvier 2015. Le Dr R_____ a décliné le mandat le 29 décembre 2016.
46. A la demande de l'OAI, le docteur S_____, FMH psychiatre et psychothérapeute et Madame T_____, psychologue, ont rendu un rapport d'expertise le 26 juillet 2017 ; ils ont posé les diagnostics de trouble de la personnalité anxieuse, évitante (F 60.6) dès le début de l'âge adulte ; dysthymie (F 34.1), dès le début de l'âge adulte ; anxiété généralisée (F 41.1) dès 2001 ; agoraphobie avec trouble panique (F 40.0) dès 2001 ; trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11) dès 2001. La capacité de travail était nulle, et de 50 % après un suivi spécialisé au niveau des troubles anxieux, dans un délai de 12 mois.
47. A la demande de l'OAI, le Dr S_____ a complété son expertise le 1^{er} septembre 2017 en précisant qu'il existait un trouble dépressif moyen qui impactait sur les

activités ménagères, en particulier un degré d'aboulie et d'athymhormie qui, en interaction avec les pathologies anxieuses, diminuait grandement la capacité à faire face aux activités quotidiennes. Ainsi, l'incapacité actuelle au niveau de toutes les activités ménagères devait être considérée entre 50 % et 80 % en fonction de la complexité de la tâche en termes de mobilisation attentionnelle et de durée. L'incapacité de travail était totale pour toute activité.

Toutefois, cette situation ne devait pas être considérée figée dans le temps. Il était possible de récupérer une aptitude totale dans les activités ménagères moyennant une prise en soins spécialisée et une approche pharmacologique appropriée.

48. Le 20 septembre 2017, le SMR a estimé, au vu de l'expertise du Dr S_____, que l'empêchement ménager était en moyenne de 65 % (entre 50 et 80 %), soit supérieur à celui retenu par l'enquêtrice en 2015, laquelle avait admis une exigibilité de la part des membres de la famille de 27 % ; le traitement indiqué par l'expert était exigible, de sorte qu'une réévaluation devrait être prévue à 12 mois.
49. Le 25 septembre 2017, l'OAI a rendu un projet de décision et une décision refusant l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée, au motif que son degré d'invalidité était de 38 % (soit 65 % d'empêchement ménager et 27 % d'exigibilité des membres de la famille).
50. Le 1^{er} novembre 2017, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision du 25 septembre 2017 (cause A/4377/2017) en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire ; elle a sollicité son audition ainsi que celle de son époux, de la Dresse K_____, de la Dresse U_____ du SMR, du Dr S_____ et de Mme T_____.

La décision querellée avait été notifiée sans qu'un projet de décision ne soit intervenu. La mission d'expertise adressée au Dr S_____ ne figurait pas au dossier, et elle n'avait pas été informée du changement d'expert à la suite du refus du Dr R_____ ni des conditions dans lesquelles celui-ci avait été sollicité ; le mandat du Dr S_____ dépassait manifestement le cadre posé par la chambre de céans. Le taux d'empêchement ménager de 65 % était contesté car l'expert l'avait fixé entre 50 et 80 %, en fonction de la complexité de la tâche en terme de mobilisation attentionnelle et de durée. L'OAI procédait de façon arbitraire en fixant une moyenne de 65 % ; il convenait de connaître la répartition, selon leur complexité, des différentes tâches ménagères. L'exigibilité de 27 % fixée en 2015 était contestée, car, depuis 2015, des changements étaient intervenus, soit le départ des enfants de la maison et l'invalidité de son époux.

51. Le 3 novembre 2017, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité comprenant les mêmes motifs que celle du 25 septembre 2017.

52. Le 6 décembre 2017, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision de l'OAI du 3 novembre 2017 (cause A/4861/2017).

53. Le 31 janvier 2018, l'OAI a proposé la jonction des deux causes et a conclu au rejet du recours.

Le Dr S_____ s'était référé à l'avis du SMR de novembre 2016, lequel précisait que le Dr R_____ devait se positionner sur l'impact des atteintes psychiques de la recourante sur les activités ménagères, de sorte que l'arrêt de la chambre de céans du 11 janvier 2016 avait été respecté. Une exigibilité de 27 % pouvait être confirmée dans la mesure où l'époux de l'assurée apportait déjà une aide importante pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie et que le départ des enfants engendrait de fait une diminution des charges.

54. Par ordonnance du 8 février 2018, la chambre de céans a joint la cause A/4377/2017 à la cause A/4861/2017.

55. Le 29 mars 2018, la recourante a répliqué en relevant que l'intimé ne s'était pas déterminé sur les griefs formels soulevés et n'avait pas motivé de façon convaincante le maintien d'une exigibilité de 27 %, de surcroît sans prendre en compte le fait que son époux était devenu invalide postérieurement à l'enquête ménagère de 2015.

56. Le 8 mai 2018, l'intimé a dupliqué en joignant la copie des missions d'expertise transmises aux Drs R_____ et S_____ et en expliquant qu'elles ne figuraient pas au dossier en raison d'une erreur d'indexation. La recourante, qui s'était présentée à l'entretien convoqué par le Dr S_____, n'avait pas subi une grave violation de son droit d'être entendue du fait qu'elle n'avait pas été formellement informée du changement d'expert. L'exigibilité devait être confirmée car le fait pour l'époux d'être au bénéfice d'une rente d'invalidité n'était pas une raison pour l'écarter.

57. Le 22 juin 2018, la recourante a observé que le Dr R_____ n'avait pas été clairement informé qu'il était sollicité pour effectuer un complément d'expertise, que l'erreur d'indexation n'expliquait pas pourquoi elle n'avait pas été informée du changement d'expert, que l'audition du Dr R_____ était également sollicitée, que le mandat donné au Dr S_____ était trop étendu puisqu'il portait sur une nouvelle expertise de sorte qu'elle avait dû subir inutilement un nouvel entretien concernant toute son intimité, ce qui n'était pas justifié, que vu son état psychique fragile, elle ne pouvait pas analyser les aspects juridiques de ce nouvel examen médical, qu'enfin l'état de santé de son époux devait être pris en compte par le biais d'une instruction préalable concernant son impact sur les tâches ménagères.

58. Le 3 septembre 2018, la chambre de céans a entendu en audience les parties ainsi que l'époux de la recourante.

La recourante a déclaré : « J'habite toujours avenue B_____ _____. L'aîné de mes enfants a quitté la maison en 2012, mon fils en 2014 et la cadette en 2016. Elle

vit dans le même immeuble que mon fils mais dans un appartement séparé. C'est mon mari qui s'occupe du ménage. Je n'assume rien du tout car je n'y arrive pas. J'ai une fatigue présente dès le matin. Mes enfants viennent nous visiter de temps en temps mais n'apportent pas d'aide au niveau ménager. Mon mari essaye de tout assumer. Mon mari est aussi fatigué. C'est lui qui prépare les repas midi et soir. Je vois mon psychiatre toutes les trois semaines, la Dresse V_____. Je prends énormément de médicaments tous les matins qui ont comme effet secondaire une importante fatigue ».

L'avocate de la recourante a déclaré : « L'enquête de 2015 est contestée. Nous admettons cependant la pondération qui a été effectuée à l'époque. Il faudrait selon nous refaire une enquête ménagère. Je précise que l'époux de la recourante a obtenu une rente à 50 % de l'AI et travaille à 50 %. Je conteste la manière dont l'expertise a été finalement ordonnée, l'AI n'ayant pas indiqué que le Dr R_____ refusait l'expertise ni qu'une nouvelle expertise était ordonnée chez un autre expert. S'agissant de l'expertise ordonnée, j'estime que la variation de l'empêchement de 30 % est trop importante ».

L'époux de la recourante a déclaré : « J'ai obtenu un quart de rente d'invalidité fondé sur un degré de 49 %. Je ne me rappelle pas de la date à laquelle j'ai obtenu cette rente. Je suis d'accord que mon dossier AI soit apporté à la présente procédure. Je souffre d'apnée du sommeil, de manque de concentration, de fatigue et de perte de la mémoire. Je présente aussi une calcification au niveau du bras droit. Je travaille pour une entreprise de nettoyage W_____ à 50 %. Il s'agit d'un travail temporaire, à la demande de l'entreprise. J'ai travaillé vendredi et pris congé aujourd'hui, car normalement je suis sous contrat de travail. Il s'agit de missions qui sont parfois très courtes, voire parfois d'un mois plein, mais toujours à 50 % qui est mon taux maximal de capacité de travail. Je travaille depuis 5-6 mois. Avant j'étais assisté par l'Hospice général et je n'avais pas le droit de travailler en raison de la procédure AI. Cela a duré 5-6 ans. Je m'occupe de toutes les tâches ménagères. Ma femme est tout le temps au lit, sans moral. Nous parlons très peu. Cette situation est difficile pour moi, je suis très nerveux. Elle prend beaucoup de médicaments. Elle est dans la même situation depuis des années. Je me sens impuissant pour l'aider. C'est moi qui m'occupe des repas. Quand je travaille, je ne peux pas toujours le faire, mon épouse doit alors manger des restes, un morceau de fromage ou un sandwich. Quand je rentre du travail je suis très fatigué et nous mangeons des choses peu cuisinées.

Je fais la lessive, le repassage et je nettoie l'appartement. Ma femme ne fait presque rien du tout. Parfois, quand je suis au travail, elle m'appelle pour me dire de revenir car elle ne se sent pas bien. Cela arrive régulièrement. Je n'arrive toutefois pas à quitter le travail. Nos enfants sont tous occupés avec leur propre travail et leurs enfants. Ils ne viennent pas nous aider. Je suis occupé dans le nettoyage. Je m'occupe de l'entretien de bureaux, chantiers, appartement, fin de chantiers, etc. C'est un travail physiquement difficile, surtout avec le problème de mon bras droit.

Mon épouse ne sort jamais seule de la maison. Je l'accompagne partout. Mon épouse ne supporte pas très bien la présence de nos petits-enfants lorsqu'ils viennent nous visiter ».

La représentante de l'OAI a déclaré : « Nous admettons que la mission d'expertise aurait dû être transmise à la recourante. Il s'agit d'une erreur. Nous admettons que les enfants étant partis du domicile, l'exigibilité se rapporte uniquement à l'aide apportée par l'époux, laquelle est de 27 % selon l'enquête de 2015 ».

59. Le 3 septembre 2018, l'OAI a versé au dossier celui de l'époux de la recourante.
60. A la demande de la chambre de céans, le Dr S_____ a rendu un complément d'expertise le 13 décembre 2018.

Il s'était entretenu avec la recourante et son époux. L'état clinique de la recourante était en légère péjoration en comparaison de l'observation de juin 2017 ; sur le plan thymique, le tableau était plus inquiétant que celui rapporté lors de la dernière expertise ; la thymie était triste avec fixation de la tonalité au pôle dépressif ; hypomimie et ralentissement psychomoteur au premier plan ; baisse de l'élan vital avec aboulie, anhédonie et athymhormie ; distorsions cognitives de la lignée dépressive avec conviction d'incurabilité ; sentiment de culpabilité et d'indignité par rapport à l'évolution de sa vie avec une impossibilité de ressentir le plaisir ayant un caractère mélancolique ; idées noires avec idéation suicidaire fugace lors de l'entretien. Le sommeil était entrecoupé par des réveils chaque deux-trois heures. L'appétit était en baisse ; vision pessimiste de l'avenir présente sur toile de fond avec désinvestissement relationnel ; anxiété débordante au cours de l'entretien avec des attitudes figées, voix saccadée, parfois inaudible. L'observation de la personnalité était naturellement superposable à celle de 2017.

Le mari exprimait son sentiment d'épuisement face à la chronicité du trouble de son épouse et l'impossibilité de formuler un projet de vie quelconque qui l'incluait. Ainsi, il disait avoir pris la décision de « faire sa vie » tout en restant attentif aux besoins de son épouse. Actuellement, il était soutenu par une rente AI à 50 %, le reste étant couvert par son activité de nettoyeur. Il décrivait l'absence d'une évolution quelconque comparativement à l'évolution précédente. Anhédonique, ayant souvent de maux de tête, son épouse focalisait son discours sur les médicaments désinvestissant la vie de couple, mais aussi les activités à domicile. Elle se montrait agressive avec ses propres enfants, très facilement dénigrante (ce dont elle se rendait compte alimentant ainsi une spirale de dévalorisation). Dépendante pour les simples activités du ménage, elle était soutenue par sa fille qui se rendait au domicile des parents chaque trois jours. Le mari avait un vécu d'impasse existentiel, arrivait difficilement à imaginer un assouplissement du caractère anxieux et évitant de sa femme compte tenu de l'ampleur de sa dépression. Le traitement médicamenteux n'amenait aucune modification significative, mais tant le mari que l'assurée redoutaient une péjoration en cas de discontinuation.

Les empêchements suivants étaient retenus. Conduite du ménage : 100 % pour un empêchement pondéré de 4 %. Alimentation : 80 % (tenant compte des tentatives rares rapportées à participer à la préparation des repas) pour un empêchement pondéré de 36,8 %. Entretien du logement : 100 % pour un empêchement pondéré de 20 %. Emplette et courses diverses : 90 % pour un empêchement pondéré de 9 %. Lessive et entretien des vêtements : 100 % pour un empêchement pondéré de 20 %. In toto, l'empêchement pondéré était de 89,8 %.

Il ne faisait aucun doute que la recourante était incapable de travailler et l'éventualité de soins hospitaliers était à considérer sérieusement.

61. A la demande de la chambre de céans, le Dr S_____ a rendu un second complément d'expertise le 20 janvier 2019.

L'état clinique de la recourante était déjà inquiétant lors de l'expertise du mois de juin 2017. La péjoration observée ne modifiait pas le diagnostic (qui restait celui d'une dépression moyenne), mais soulignait le sentiment de désespoir et d'impasse dans lequel elle se trouvait. Comparativement à l'évaluation de 2017, la péjoration observée concernait l'intensité des symptômes et non pas leur nature. Selon les dires de l'assurée et de son mari, cette aggravation était perceptible depuis le début 2018 avec un retrait de la quasi-totalité des tâches ménagères et une augmentation de son irritabilité. À partir du 1^{er} janvier 2018, le taux d'empêchement global de 89.8% devait être retenu. Auparavant et faisant référence à l'évaluation détaillée pendant la période de l'expertise initiale, les résultats étaient comme suit : Conduite du ménage : 80 % pour un empêchement pondéré de 32 %. Alimentation : 50 % pour un empêchement pondéré de 23 %. Entretien du logement : 80 % pour un empêchement pondéré de 16 %. Emplette et courses diverses : 70 % pour un empêchement pondéré de 7 %. Lessive et entretien des vêtements : 70 % pour un empêchement pondéré de 14 %. In toto, l'empêchement pondéré était de 63,2 %.

Il était à noter que ce taux d'empêchement correspondait aux observations de l'expertise initiale, mais aussi à celles de l'expert ayant effectué l'expertise de 2013 (Dr R_____). La description de l'état clinique en 2013 était sensiblement similaire à celle décrite par lui-même.

62. Le 18 février 2019, l'OAI a observé que seuls les faits antérieurs au 3 novembre 2017 étaient pertinents, de sorte que l'aggravation constatée par l'expert dès le 1^{er} janvier 2018 ne pouvait pas être prise en compte. En outre, ni le dossier AI de l'époux de la recourante ni les éléments apportés en cours de procédure ne permettaient de remettre en cause l'exigibilité de ce dernier de 27 %.
63. Le 20 mars 2019, la recourante a sollicité l'audition du Dr S_____ afin qu'il motive ses résultats et se prononce sur l'exigibilité de son époux ; le taux de 27 % était contesté, compte tenu de l'état de santé et de l'activité professionnelle à 50 % de celui-ci.
64. A la demande de la chambre de céans, l'OAI a communiqué les pièces du dossier de l'époux de la recourante postérieures au 3 septembre 2018, dont un rapport du

SMR du 19 février 2019, selon lequel les atteintes retenues par le SMR le 17 juin 2013 étaient des cervicobrachialgies droites, dorsolombalgies dans le cadre de troubles dégénératifs du rachis avec hernie discale C6-C7 droite et D5-D6, séquelles de maladie de Scheuermann, périarthrite scapulo-humérale droite, et aucune atteinte psychiatrique (à la suite du rapport de l'examen SMR rhumatologique et psychiatrique du 26 avril 2013). La capacité de travail avait été retenue comme nulle dans l'activité habituelle de nettoyeur et de 100 % dans une activité adaptée. Ensuite, un rapport SMR du 24 février 2015, avait retenu une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % en raison d'une somnolence diurne secondaire à des apnées du sommeil rebelles au traitement par CPAP. Ce rapport mentionnait cependant la possibilité d'une récupération complète de la capacité de travail dans une activité adaptée sous traitement efficace et bien suivi (courrier du 29 septembre 2014 du Dr PLOJO, pneumologie HUG).

Par ailleurs, selon le rapport du SMR du 3 juin 2013, suite à l'examen du 26 avril 2013, l'époux de la recourante présentait les limitations fonctionnelles suivantes :

- Rachis : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg. Pas de port régulier de charges excédant 8kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations. Pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque. Pas de rotations rapides de la tête. Pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque.
- Membre supérieur droit : Pas d'élévation et d'abduction de l'épaule droite à plus de 60°. Pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit.
- Sur le plan psychiatrique : Aucune.
- Sur le plan neuropsychologique : A évaluer lors de la fin de l'évaluation de l'existence (ou non) d'un syndrome d'apnée du sommeil.

Les rapports médicaux transmis dans le cadre de la procédure de révision mentionnaient des plaintes subjectives et le traitement médicamenteux était léger, de sorte qu'au niveau rhumatologique il n'y avait pas d'aggravation objective de l'état de santé, par ailleurs, une amélioration sous traitement du syndrome d'apnées obstructives du sommeil était attendue ; des renseignements devaient être requis du pneumologue traitant.

65. Le 6 mai 2019, l'OAI s'est référé à son écriture du 18 février 2019 en persistant dans ses conclusions.
66. Le 10 mai 2019, la recourante a observé que son époux était sévèrement atteint dans sa santé, de sorte qu'une exigibilité de 27 % ne pouvait pas être retenue.
67. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

-
1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 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).

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

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

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

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

7. 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).
8. a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'évaluer l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) ; le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

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

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

b. Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit

correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

c. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

d. En présence de troubles d'ordre psychique, 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 (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

e. 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 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 cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04

du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

9. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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.

10. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

11. 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 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).

12. En l'espèce, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations le 24 juillet 2011, après la première décision de refus de prestations de l'OAI du 20 juin 2008, et l'intimé s'est prononcé en dernier lieu sur cette demande par une décision du 3 novembre 2017. Il est acquis que la recourante présente un statut de ménagère à 100 % (arrêt du Tribunal fédéral du 14 octobre 2014).

L'intimé conclut à l'absence de droit à une rente d'invalidité, au motif que le degré d'invalidité de la recourante est de 38 %, en particulier compte tenu d'un empêchement ménager de la recourante de 65 % et d'une exigibilité de l'entourage familial de celle-ci de 27 %. Quant à la recourante, elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, en contestant l'empêchement ménager de 65 % et l'exigibilité de son époux de 27 % telle que fixés par l'intimé.

13. a. Préalablement, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue dès lors que l'intimé a nommé, sans l'en informer au préalable, un autre expert que le Dr R_____, qu'elle n'a pas eu l'occasion de se prononcer sur la mission d'expertise et sur le projet de décision de l'intimé et, qu'enfin, la mission d'expertise dépassait le cadre de ce qui était exigé par l'arrêt de renvoi de la chambre de céans.

b. Le droit d'être entendu garanti constitutionnellement comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou, à tout le moins, de s'exprimer sur son résultat lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 133 I 270 consid. 3.1 p. 277; 124 II 132 consid. 2b p. 137 et la jurisprudence citée; arrêt du Tribunal fédéral 9C 191/2008 du 24 novembre 2008). Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 124 V 180 consid. 4a p. 183, 389 consid. 5a p. 392 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C 181/2013 du 20 août 2013).

c. En l'occurrence, le Dr R_____ ayant refusé le mandat d'expertise complémentaire, l'intimé n'avait pas d'autre choix que de désigner un autre expert. Certes, la recourante aurait dû être informée de ce fait et avoir connaissance de la mission d'expertise adressée au Dr S_____. Cependant, cette violation des droits de procédure ne doit pas aboutir à l'annulation de la décision entreprise dès lors que la recourante a été examinée par le Dr S_____ le 13 juin 2017 puis le 21 juin 2017 et qu'elle n'a contesté le changement d'expert que dans son acte de recours du 1^{er} novembre 2017, étant relevé qu'elle ne formule par ailleurs aucun motif de récusation à l'encontre du Dr S_____, ni n'indique de questions supplémentaires ou modifiées qu'elle aurait voulu voir adressées à l'expert. En outre, s'agissant du rapport d'expertise, la recourante a pu, dans le cadre de la procédure de recours, faire valoir ses observations tant sur le rapport d'expertise du Dr S_____ du 26 juillet 2017 que sur les compléments rendus par celui-ci les 1^{er} septembre 2017, 13 décembre 2018 et 20 janvier 2019. Il lui était également loisible de requérir des questions complémentaires à poser à l'expert si tel avait été son souhait. Enfin, le fait que la mission d'expertise confiée par l'intimé au Dr S_____ était plus large que celle requise par la chambre de céans n'a pas causé à la recourante un préjudice particulier, étant par ailleurs constaté qu'une évaluation approfondie de son état de santé, en particulier de ses limitations fonctionnelles, était nécessaire pour déterminer ses capacités à effectuer les tâches ménagères.

Compte tenu de ce qui précède, la violation du droit d'être entendu de la recourante a été réparée devant la chambre de céans, de sorte que la décision litigieuse ne saurait être annulée pour ce motif.

14. Selon l'expertise judiciaire du Dr R_____ du 5 novembre 2013 et son complément du 18 décembre 2013, la recourante a présenté une maladie incapacitante depuis, à tout le moins, novembre 2007.

Selon l'expertise judiciaire subséquente du Dr S_____ du 26 juillet 2017 et ses compléments des 1^{er} septembre 2017, 13 décembre 2018 et 20 janvier 2019, dont la valeur probante doit être admise et n'est d'ailleurs pas contestée par les parties, la

recourante a présenté des empêchements ménagers en lien avec son état maladif, lesquels ont augmenté dès le 1^{er} janvier 2018 en raison d'une péjoration de son état de santé.

Suivant le complément d'expertise du Dr S_____ du 1^{er} septembre 2017, l'OAI a considéré le 25 septembre 2017 que la recourante présentait une moyenne d'empêchement de 65 % dans chaque activité (soit un empêchement évalué par l'expert entre 50 % et 80 % en fonction de la complexité de la tâche en terme de mobilisation attentionnelle et de durée), de sorte que le degré d'invalidité était de 38 %, compte tenu d'une exigibilité de l'entourage familial de 27 % (empêchement de 65 % sous déduction d'une exigibilité de 27 %).

La chambre de céans a complété l'instruction de la cause, dans le sens requis par la recourante, en demandant au Dr S_____ des précisions quant aux empêchements ménagers de cette dernière. L'expert a ainsi indiqué que le taux, évalué entre 50 % et 80 % se présentait, pour chaque activité, comme suit : conduite du ménage : 80 %, alimentation : 50 %, entretien du logement : 80 %, emplettes et courses diverses : 70 %, lessive en entretien des vêtements : 70 %.

Cette précision est admise par l'intimé. Quant à la recourante, elle ne l'a pas contestée mais a relevé qu'elle n'était pas en mesure de se déterminer, ne connaissant pas les bases sur lesquelles le Dr S_____ s'était fondé pour obtenir les résultats indiqués. Contrairement à l'avis de la recourante, il convient d'admettre que les compléments d'expertise du Dr S_____ sont probants dès lors qu'il se fondent sur le dossier médical de la recourante et les constatations cliniques qu'il a menées ainsi qu'un entretien avec l'époux de la recourante. Celle-ci ne conteste d'ailleurs précisément aucun empêchement ménager tel qu'évalué par l'expert.

L'empêchement global de la recourante, compte tenu de la pondération des activités telle qu'elle figure dans l'enquête économique sur le ménage de 2015, et qui n'est pas contestée par la recourante, est finalement de 63,2 %. Partant, l'empêchement retenu par l'intimé, de 65 %, n'est, contrairement à l'avis de la recourante, pas arbitraire.

15. Il convient encore d'examiner le taux d'exigibilité des membres de la famille de la recourante, étant constaté que les trois enfants de celle-ci ont quitté le domicile familial respectivement en septembre 2014, novembre 2014 et novembre 2015 (selon l'extrait du fichier de l'OCPM), ce qui n'est pas contesté par l'intimé.

A cet égard, deux périodes distinctes se présentent, soit celle où, à tout le moins, encore un enfant du couple partageait le domicile familial, soit jusqu'au 25 novembre 2015 et celle du 26 novembre 2015 au 3 novembre 2017 où la recourante vivait en ménage commun avec son époux, sans enfants.

S'agissant de la première période, l'OAI a diligemment une enquête économique sur le ménage le 27 janvier 2015 concluant à une exigibilité des membres de la famille de 27 %. A cet égard, l'enquête précise l'exigibilité de la manière suivante :

Conduite du ménage : c'est maintenant sa fille ainée et son mari qui le font à sa place.

Alimentation : les repas sont élaborés par la fille ainée, les deux autres enfants et le mari ; la fille vient tous les jours aider pour vider le lave-vaisselle, ranger et nettoyer la cuisine.

Entretien du logement : les tâches ménagères sont désormais prises en charge par le mari et les enfants.

Emplettes et course diverses : les courses sont désormais assumées par le mari et le fils et les affaires administratives par la fille ainée et le mari.

Lessive et entretien des vêtements : cette tâche est effectuée par les deux filles.

L'exigibilité des membres de la famille, de 27 %, telle que retenue par l'enquête économique sur le ménage, peut être confirmée. D'une part, l'époux de la recourante, bien qu'atteint dans sa santé et au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité, présente, selon l'avis du SMR du 19 février 2019, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'il doit également être reconnu apte à exercer une partie des tâches ménagères, à tout le moins légères. D'autre part, l'aide des enfants du couple, telle qu'attestée par l'enquête économique sur le ménage, est importante.

Dès le 26 novembre 2015, l'aide apportée par les enfants ne peut plus être prise en compte. En effet, on ne saurait retenir comme exigible l'aide d'un membre de la famille qui ne vit plus sous le même toit que l'invalidé (arrêt du Tribunal fédéral 9C 785/2014 du 30 septembre 2015). Or, selon le rapport d'enquête économique sur le ménage, cette aide se rapportait, comme précisé ci-avant, à la prise en charge en partie de la conduite du ménage, la préparation des repas, l'entretien du logement et à la prise en charge totale du rangement et nettoyage de la cuisine ainsi que de la lessive et de l'entretien des vêtements, soit une aide importante. Comme relevé par le Dr S_____, une des filles de la recourante se rend dorénavant au domicile de ses parents chaque trois jours pour les activités du ménage.

Compte tenu des limitations fonctionnelles de l'époux de la recourante ainsi que de l'aide importante apportée par les enfants du couple, constatée lors de l'enquête de 2015, ainsi que de l'aide encore apportée trois fois par semaine par une des filles du couple, il paraît nécessaire d'évaluer de façon précise l'exigibilité de l'époux. On ne saurait, en effet, suivre l'avis de l'intimée qui reporte la totalité de l'aide apportée par les enfants sur l'époux de la recourante. Dans ces conditions, il incombera à l'intimé de faire procéder à une nouvelle enquête économique sur le ménage, limitée, toutefois, à l'évaluation, depuis le départ des enfants du domicile familial, de l'exigibilité de l'époux de la recourante.

16. Dès le 1^{er} janvier 2018, le Dr S_____ a établi des empêchements ménagers de la recourante plus importants, en raison de l'aggravation de l'état de santé de celle-ci. A cet égard, même si une exigibilité de l'époux de la recourante était retenue à un

taux de 27 %, le degré d'invalidité de la recourante serait de 63 %, selon le tableau suivant :

	Exigibilité	Pondération	Empêchement	Empêchement pondéré
Conduite du ménage	20 %	4 %	100 %	3,2 %
Alimentation	20 %	46 %	80 %	27,6 %
Entretien logement	20 %	20 %	100 %	16 %
Emplettes et courses diverses	90 %	10 %	90 %	0 %
Lessives	20 %	20 %	100 %	16 %
Total				62,8 %

Ce taux donne droit à un trois-quarts de rente d'invalidité. Cependant, compte tenu de la date de la décision litigieuse, le 3 novembre 2017, la péjoration de l'état de santé de la recourante, entraînant dès le 1^{er} janvier 2018 une augmentation de ses empêchements ménagers, ne peut être prise en compte dans le cadre de la présente procédure. En effet, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366).

Cette évaluation, qui sort de l'objet du litige, devra être effectuée dans le cadre de l'instruction complémentaire que l'intimé est invité à effectuer.

17. La recourante requiert encore l'audition du Dr S_____. A cet égard, la jurisprudence admet que le droit d'être entendu n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 191/2008 du 24 novembre 2008).

Au vu des conclusions précises du Dr S_____ quant aux empêchements ménagers de la recourante, une audition de ce médecin paraît superflue ; par ailleurs, l'expert, contrairement à l'avis de la recourante, n'a pas été requis de se prononcer sur les capacités ménagères de l'époux de la recourante, évaluation qui sort du champ de son expertise, celle-ci se rapportant à l'état de santé de la recourante et non pas de

son époux ; en outre, cette évaluation incombe prioritairement aux enquêteurs/trices chargés des enquêtes économiques sur le ménage. Enfin, la cause sera en toute hypothèse renvoyée à l'intimé afin qu'il instruisse cet aspect.

18. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse annulée.

La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.

19. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 2'000.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**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 de l'intimé du 3 novembre 2017.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Alloue une indemnité de CHF 2'000.- à la recourante, à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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