

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/679/2011

ATAS/939/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 octobre 2011

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame Z _____, domiciliée c/o Mme A _____, à
Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
MEYER Daniel

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97,1203 Genève

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame Z_____ (l'assurée), née en 1951, de nationalité suisse, originaire du Maroc, divorcée à cinq reprises, mère d'un fils né en 1971, est entrée en Suisse en 1973. Elle est titulaire d'un diplôme de masseuse et suivie par l'Hospice général depuis le 1^{er} juillet 2008. Elle n'a exercé aucune activité lucrative en Suisse.
2. Le 16 janvier 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une atteinte psychique présente depuis son divorce.
3. Le 20 août 2009, le Dr L_____, FMH psychiatrie-psychothérapie, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent (F 33.1) depuis deux ans et une personnalité dépendante (F 80 7) depuis l'adolescence, ainsi que de l'arthrose des genoux et des chevilles. L'assurée suivait une psychothérapie de soutien à raison d'une à deux fois par mois et prenait des antidépresseurs, antalgiques et anxiolytiques. Elle présentait des troubles de la concentration, de la fatigabilité, de la lenteur et une limitation des mouvements du corps qui entraînaient une incapacité de travail à 100 %.
4. Le 2 septembre 2009, le Dr M_____ du SMR a estimé que des questions complémentaires devaient être posées au Dr L_____.
5. Le 11 novembre 2009, le Dr L_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé par l'aggravation de l'arthrose entraînant une difficulté à la marche. L'incapacité de travail était totale en raison de la gravité de la dépression.
6. Le 7 février 2010, le Dr L_____ a rempli un rapport médical AI. Il a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis le 10 mai 2008. La dépression se chronicisait et était alimentée par une symptomatologie douloureuse due à l'arthrose des genoux avec grande difficulté de se déplacer, par la solitude et des déceptions affectives, par des moyens financiers restreints ainsi que par le développement de phobies multiples. Elle présentait des signes classiques d'une dépression, des troubles d'attention, de concentration, un manque de confiance, une fatigabilité et le médicament antidépresseur n'avait pas d'effet spectaculaire. L'incapacité de travail était totale en raison de l'atteinte psychique et physique.
7. Le 10 février 2010, le Dr N_____, orthopédie-traumatologie-médecine générale, a écrit à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) qu'il n'y avait pas de raison de mobiliser l'AI pour les problèmes de l'assurée et qu'il convenait de voir avec son psychiatre traitant.
8. A la demande de l'OAI, le Dr O_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu une expertise le 21 octobre 2010, fondée notamment sur un entretien avec l'assurée le 4 octobre 2010 et des examens para-cliniques. Il a posé le diagnostic de

" état dépressif majeur de gravité légère, personnalité dépendante, difficultés psychosociales, économiques, affectives, antécédents de carences affectives ; autres ?"

Il a relevé une personnalité dépendante, légèrement immature, très adaptée à son statut de victime et de dépendance vis-à-vis de son environnement. Il était donc très difficile de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, qui n'avait jamais manifesté de velléité d'exercer une activité professionnelle. Elle était analphabète et semblait avoir trouvé dans son état actuel une forme d'équilibre plus ou moins insatisfaisant, mais auquel elle était manifestement habituée. Il s'agissait plus d'un cas social lié à une grande inadaptation socioculturelle qu'un cas strictement psychiatrique. On pouvait néanmoins estimer qu'en tant que femme de ménage, elle devrait être en mesure de travailler à 70 %. Il y avait toutefois peu d'espoir qu'elle prenne une activité d'elle-même à son âge et elle n'avait aucune velléité de travailler. L'incapacité de travail était peut-être totale le 10 mai 2008 (prise en charge par le Dr L_____), puis de 30 % au plus tard le 1^{er} octobre 2010. On pouvait admettre une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 30 % depuis le 1^{er} janvier 2005.

9. Le 16 décembre 2010, le Dr M_____ a estimé qu'aucune incapacité durable n'était justifiée, que l'expertise ne pouvait être suivie, que le traitement restait insuffisant, que l'épisode dépressif léger n'était pas atteint et qu'il n'existait pas de trouble de la personnalité.
10. Par projet de décision du 7 janvier 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
11. Par décision du 8 février 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision.
12. Les 21 février et 10 mars 2011, l'assurée a recouru auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision du 8 février 2011 en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire et une enquête ménagère.

L'intimé s'écartait de façon surprenante des conclusions de l'expert et de celles du médecin traitant. L'instruction était lacunaire du point de vue somatique car elle présentait une arthrose bilatérale des genoux et des chevilles et des douleurs multiples. Elle dépendait totalement de son entourage pour l'entretien et la conduite de son ménage.
13. Le 11 avril 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours en relevant que le trouble somatoforme douloureux n'était pas invalidant, de sorte que la baisse de rendement de 30 % attestée par l'expert ne pouvait être suivie et qu'aucun élément au dossier ne permettait d'admettre une affection physique de nature à influencer la capacité de travail de l'assurée.

14. A la demande de la Cour de céans, le Dr L_____ a certifié qu'il avait suivi l'assurée du 10 septembre 2008 au 23 juin 2009 entre une à deux fois par mois, qu'il avait posé un diagnostic de trouble dépressif récurrent, de personnalité dépendante et d'arthrose des membres inférieurs, qu'il y avait une forte suspicion de la maladie d'Alzheimer, ce d'autant que l'assurée n'avait que cinquante ans, qu'il avait prescrit un traitement de Cymbalta avec une bonne compliance, qu'il ne pouvait juger de la capacité de l'assurée à effectuer ses tâches ménagères, qu'elle présentait une incapacité de travail totale depuis le 10 septembre 2008, qu'il avait rédigé son rapport suite à un entretien téléphonique avec l'assurée le 30 août 2011, et qu'une investigation neuropsychologique était nécessaire.
15. Le 19 septembre 2011, la Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré :

"Je suis née le 19 janvier 1951. Je suis arrivée en Suisse en 1973. Environ un ou deux ans après j'ai exploité un salon de coiffure pendant environ trois à quatre ans. J'ai arrêté cette exploitation car j'ai eu des problèmes avec mes employés. Je m'occupais des champoings, manucure-pédicure et j'avais des employés pour la coiffure. J'avais débuté une formation de coiffeuse en même temps que l'exploitation du salon mais j'ai dû tout abandonner. Après cela je n'ai jamais retravaillé. Je n'ai pas de formation professionnelle. La journée je m'occupe un peu de mon ménage mais mes nièces passent régulièrement pour m'aider. J'ai trois nièces. Elles passent durant la semaine, même si ce n'est pas quotidiennement et s'occupent de moi tous les week-ends. Mes nièces font les courses les plus importantes et je complète moi-même en me rendant au centre des Charmilles. Je prépare moi-même mes repas et j'achète parfois des repas déjà préparés. Je ne vois plus mon fils depuis sept ans. Il vit à Zürich. Je suis actuellement suivie par le Dr L_____. J'ai été suivie pendant un an et demi par le Dr N_____. J'ai dû cesser de le consulter en raison de problèmes de remboursements par mon assurance. Je suis actuellement suivie par le Dr L_____. J'ai été vue par ce médecin quatre fois par mois et actuellement je le vois deux fois par mois. J'ai cessé de le voir dès mai 2011 car il était absent pour maladie. Je dois prendre aujourd'hui un rendez-vous avec lui. Je souffre de problèmes de mémoire, je ne me rappelle jamais où je range mes papiers. L'expertise du Dr O_____ s'est déroulée en 10 à 15 minutes et je ne l'ai vu qu'une seule fois".

Me BOROWSKY a déclaré :

"Il n'est pas contesté que l'assurée a un statut de non active. J'ai eu des contacts avec les nièces de l'assurée qui attestent qu'elle présente des problèmes de mémoire. Il lui est arrivé de mettre ses clés dans le frigo ou d'oublier un bagage dans le train. Les conclusions de l'expertise du Dr O_____ sont admises. Nous demandons à ce qu'elles soient suivies et à ce que l'OAI ordonne une enquête ménagère. Il

faudrait que le Dr O _____ complète son expertise afin de tenir compte d'un éventuel nouveau diagnostic évoqué par le Dr L _____".

La représentante de l'OAI a déclaré :

"Aucune enquête ménagère n'a été effectuée car le SMR a conclu à une pleine capacité de travail de l'assurée. Si les conclusions de l'expertise avaient été suivies, soit notamment la reconnaissance d'une incapacité de travail de 30 % une enquête ménagère aurait été ordonnée. Je dois prendre l'avis du SMR pour déterminer si les éléments fournis par le Dr L _____ suffisent à justifier une instruction complémentaire".

16. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 16 janvier 2009. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant la Chambre des assurances sociales du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 7 janvier 2011, qui a été confirmé par la décision du 8 février 2011, contre laquelle

l'assurée a interjeté directement recours devant la Chambre des assurances sociales le 21 février 2011.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6 LPGA). Aux termes de l'art. 8 al. 3 LPGA, (art. 6 LPGA) En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

4. a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

5. a) Selon l'art. 28a LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Le Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (al. 1). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il

accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 3).

Selon l'art. 27 première phrase RAI, 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.

Selon l'art. 27bis RAI, lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative.

b) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de la méthode dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assurée, si elle était demeurée valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assurée, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b; VSI 1996 p. 209 consid. 1c). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

6. a) L'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée selon la méthode spécifique (ATFA du 20 avril 2007, I 288/06). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, 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.

En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé, l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assuré (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine (sur les exigences relatives à la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, voir arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002). 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 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 p. 352) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (consid. 2.3.2 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 I 733/03 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3; arrêt 9C 108/2009 du 29 octobre 2009).

b) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c et 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 D. du 14 janvier 2005 [I 308/04 et I 309/04] et S. du 11 août 2003 [I 681/02]). 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 (voir également Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurich 1997, p. 222; ATFA du 17 mars 2005, I 257/04).

7. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes,

2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

8. a) En l'espèce, l'intimé a refusé toute prestation à la recourante en se fondant sur l'avis du SMR du 16 décembre 2010, lequel s'écartait de l'expertise du Dr O_____ du 21 octobre 2010.

b) Il est à constater que l'expertise du Dr O_____ comprend plusieurs inexactitudes et n'est pas convaincante.

Il y est mentionné que la recourante n'a jamais exprimé la moindre velléité d'exercer une activité lucrative en Suisse et qu'elle émarge de longue date des services sociaux (rapport p.2, 4, 11 et 12). Or, la recourante a expliqué en audience de comparution personnelle qu'elle avait exploité pendant trois à quatre ans un salon de coiffure en y travaillant elle-même, après son arrivée en Suisse, qu'elle avait débuté une formation de coiffeuse mais qu'elle avait dû abandonner en raison de problèmes rencontrés avec ses employés. En outre, elle bénéficiait de l'aide sociale seulement depuis juillet 2008 (avis du Dr M_____ du 16 décembre 2010).

L'incapacité de travail a été jugée par l'expert complète depuis le début de la prise en charge le 10 septembre 2008; on ne comprend cependant pas en vertu de quels diagnostics et limitations fonctionnelles. L'expert conclut d'ailleurs à un état dépressif réactionnel dans le contexte de nombreux échecs sentimentaux et d'un conflit de la recourante avec son fils, tout en relevant qu'il s'agit plus d'un cas social lié à une grande inadaptation socio-culturelle qu'à un cas strictement psychiatrique. L'incapacité de travail est ensuite indiquée de 30 % depuis le 1^{er} octobre 2010 par gain de paix (rapport p. 13). Cette formule n'est pas pertinente dans le cadre d'une mission d'expertise, laquelle requiert de l'expert des réponses précises concernant l'influence des diagnostics sur la capacité de travail, comme cela ressort de la mission d'expertise de l'OAI du 5 août 2010. Ensuite, l'incapacité de travail est indiquée de 30 % depuis le 1^{er} octobre 2010 (rapport. p. 13) et, plus loin, depuis le 1^{er} janvier 2005 (rapport p. 14), ce qui est contradictoire.

Quant à l'appréciation du Dr M_____ du 16 décembre 2010, elle ne saurait non plus être suivie lorsqu'il conclut, sans examen de l'assurée et uniquement sur la base de l'expertise du Dr O_____, à une capacité de travail entière de la recourante depuis toujours.

L'instruction médicale psychiatrique se révèle ainsi incomplète, ce d'autant que le Dr L_____ a indiqué le 31 août 2011 qu'il suspectait un diagnostic de

démence d'Alzheimer, même s'il s'est trompé sur l'âge de la recourante (en mentionnant qu'elle a 50 ans, alors qu'elle est née en 1951). La recourante a confirmé en audience de comparution personnelle qu'elle présentait des pertes de mémoire, lesquelles pourraient influencer sur la capacité de la recourante à gérer son ménage.

Au vu de ce qui précède, il convient d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il confie une expertise psychiatrique à un autre expert que le Dr O_____, comprenant un volet neuropsychologique afin d'évaluer les éventuels troubles de la mémoire de la recourante et d'indiquer l'impact des éventuelles limitations fonctionnelles sur la capacité de la recourante à effectuer ses tâches ménagères, celle-ci ayant un statut de personne sans activité lucrative, admis d'ailleurs par les parties. A la suite de cette instruction médicale, l'intimé devra encore évaluer si une enquête ménagère est nécessaire.

9. a) Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée, la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant la Chambre des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) et une indemnité de 2'000 fr. sera allouée à la recourante à charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 8 février 2011.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. Condamne l'intimé à verser une indemnité de 2'000 fr. à la recourante.
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

Nancy BISIN

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