

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4444/2015

ATAS/786/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 4 octobre 2016**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée c/o FOYER B\_\_\_\_\_; à  
CHÂTELAINE, représentée par C.C.S.I. CENTRE DE CONTACT  
SUISSES-IMMIGRES

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,  
Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1974 en ex-Yougoslavie, de nationalité kosovare, s'est installée en Suisse, dans le canton de Genève, le 10 juillet 1999, avec ses six enfants nés entre 1989 et 1998 (respectivement en 1989, 1991, 1993, 1995, 1997 et 1998), fuyant la guerre sévissant alors dans les Balkans, durant laquelle son père et son mari ont été tués et elle-même violente sexuellement. Sa demande d'asile a été rejetée le 30 mai 2001, mais elle a été mise au bénéfice d'une admission provisoire (permis F), encore valable actuellement. En Suisse, l'assurée a toujours vécu dans des foyers, avec ses enfants, dont certains ont cependant été placés entre 2002 et 2009, sur décision du Service de protection des mineurs (ci-après : SPMi), compte tenu d'un aspect dépressif de l'assurée et de violence entre les enfants et contre l'assurée, sans que cette dernière ne soit privée de la garde sur ses enfants. Le 18 octobre 2012, l'assurée aura un septième enfant, né d'une relation avec un compatriote avec lequel elle avait une relation stable.
2. L'assurée a exercé et exercera dans le canton de Genève des activités respectivement comme serveuse dans un kebab en 2003 et 2004, nettoyeuse pour C\_\_\_\_\_ SA en 2004 et 2005, nettoyeuses pour D\_\_\_\_\_ SA en 2005 et 2006, et serveuse et nettoyeuse au E\_\_\_\_\_ SA entre 2007 et 2010, à des taux d'activité réduit, de l'ordre de 2 heures par jour (représentant un 24 % d'activité pour un horaire de 42 heures par semaine pour un plein temps). Sous réserve de cette dernière activité, qui a été exercée durablement, les précédentes l'ont été pour des durées limitées, alternant avec des périodes sans emploi en raison de problèmes de santé et de difficultés à retrouver un emploi. À teneur de l'extrait de son compte individuel établi le 2 novembre 2010 par la Caisse cantonale genevoise de compensation, l'assurée a réalisé des revenus de CHF 881.- en 2003, CHF 2'443.- en 2004, CHF 2'932.- en 2005, CHF 1'127.- en 2006, CHF 9'720.- en 2008 et CHF 10'440.- en 2009 ; en 2010, elle a réalisé jusqu'à fin août un revenu mensuel brut de CHF 900.-.
3. L'assuré s'est inscrite au chômage dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010, en se déclarant à la recherche d'un travail à 80 %, tout en faisant état de problèmes aux jambes lors de l'entretien de diagnostic du 19 août 2010 à l'office régional de placement (ci-après : ORP), puis, le 29 septembre 2010, d'une aggravation de son état de santé du fait de problèmes dorsaux, d'asthme et de crises de panique. Par décision du 11 juin 2011, l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) a prononcé son inaptitude au placement dès le 27 mai 2011, après que la docteure F\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OCE, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, eut indiqué dans un rapport du 26 mai 2011 qu'elle était incapable de travailler dans son activité comme dans toute autre activité pour des motifs psychiques, en raison d'une affection chronique sans lien avec son activité professionnelle.

4. Dans l'intervalle, le 8 octobre 2010, l'assurée avait déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'office de l'AI du canton de Genève (ci-après : OAI).
5. D'après un rapport médical du 3 janvier 2011 de la docteure G\_\_\_\_\_, psychiatre de liaison ambulatoire auprès du service de psychiatrie de liaison et d'intervention des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assurée était suivie par le docteur H\_\_\_\_\_, médecin généraliste auprès du Programme Santé Migrants (ci-après : PSM). Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient ceux de stress post-traumatique (F43.1), de trouble panique (F41.0) et de trouble de la personnalité (F60.9) – les deux premiers objectivés depuis 2004 et le troisième objectivé depuis 2007 – et, sans effet sur la capacité de travail, d'asthme. L'assurée présentait des symptômes d'un stress post-traumatique suite aux événements traumatiques vécus durant la guerre au Kosovo, ainsi qu'un trouble panique s'étant développé depuis plusieurs années, troubles psychiatriques qui étaient apparus dans le contexte d'un trouble de la personnalité, liés probablement à l'histoire de vie difficile et à son niveau socio-éducatif. Elle avait un suivi psychiatrique depuis 2004, comportant un traitement antidépresseur et une prise en charge psychothérapeutique cognitivo-comportementale de courte durée en 2004 et 2006, puis en juin 2010 (qu'elle a interrompue). Le pronostic dépendait de sa compliance à son suivi psychiatrique, l'assurée ayant eu tendance, par le passé, à consulter lorsqu'elle était en crise et avait eu de la peine à adhérer à un suivi régulier. Concernant son activité professionnelle, il n'y avait pas de restrictions physiques, mais une mauvaise tolérance au stress et des troubles de la concentration et de l'attention ; l'activité exercée était exigible à 50 %, et une meilleure compliance au suivi psychiatrique pouvaient réduire ses restrictions, avec l'effet d'augmenter et améliorer sa capacité de travail.
6. Par communication du 13 avril 2011, l'OAI a fait savoir à l'assurée que des mesures d'intervention précoce et d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées.
7. Selon un rapport médical du 5 septembre 2011 du Dr H\_\_\_\_\_ et de la docteure I\_\_\_\_\_, médecin de prévention et de santé publique adjoint au PSM, l'assurée souffrait, de façon impactant sa capacité de travail, d'asthme (diagnostiqué en 2004, sans nouvelles crises aiguës depuis plusieurs années), de surpoids, de dorso-lombalgies (depuis fin 2010) et de gonalgies bilatérales (depuis 2010, en lien avec le surpoids, le bilan radiologique étant normal) – sans que ne soit précisé depuis quand – et, sans effet sur la capacité de travail, de prurit généralisé. L'assurée était suivie mensuellement par le médecin de premier recours et bénéficiait d'un traitement médicamenteux, parallèlement à un suivi psychiatrique en raison d'un état anxieux-dépressif et d'un état de stress post-traumatique évoluant depuis la guerre du Kosovo. Les gonalgies et les dorso-lombalgies diminuaient les capacités physiques de l'assurée pour exercer son activité professionnelle de serveuse, depuis 2010 ; son état de santé mentale influençait la symptomatologie. L'activité exercée

---

n'était pas exigible ; la physiothérapie et la médication pouvaient améliorer les symptômes et restaurer une certaine capacité de travail. Ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et sa résistance étaient limitées en raison de son trouble anxieux-dépressif et de son stress post-traumatique.

8. Le 6 décembre 2011, en réponse à des questions posées le 14 septembre 2011 par le docteur J\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), le docteur K\_\_\_\_\_, généraliste chef de clinique au service de premier recours du PSM des HUG, a indiqué, s'agissant des dorso-lombalgies de l'assurée, que cette dernière avait refusé une IRM en raison d'une claustrophobie très anxieuse et n'avait pas commencé la physiothérapie prescrite en raison de problèmes familiaux et d'une décompensation asthmatique en novembre 2011. Concernant les gonalgies, une perte pondérale avait été préconisée par le biais de conseils diététiques et d'une augmentation de l'activité physique, dont les résultats n'avaient pas encore pu être évalués.
9. Le 15 décembre 2011, également suite à des questions posées le 14 septembre 2011 par le Dr J\_\_\_\_\_ du SMR, le docteur L\_\_\_\_\_, psychiatre de liaison chef de clinique au service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise aux HUG, a préconisé, faute de disposer de suffisamment de renseignements concernant l'assurée, qu'une expertise psychiatrique de cette dernière soit effectuée.
10. Le 12 juin 2012, le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne au SMR, a estimé justifié qu'une expertise psychiatrique soit organisée.
11. Par communication du 28 juin 2012, l'OAI a indiqué à l'assurée que le Centre universitaire de médecine légale (ci-après : CURML) était mandaté pour procéder à son expertise psychiatrique.
12. Le rapport d'expertise psychiatrique de l'assurée, signé par les docteurs N\_\_\_\_\_, médecin interne expert et O\_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique responsable de la supervision, a été rendu le 15 avril 2013. L'expertise se basait sur quatre entretiens avec l'assurée (les 31 août, 26 novembre, 17 décembre 2012 et 8 janvier 2013, d'un total 360 minutes), un entretien téléphonique avec le Dr K\_\_\_\_\_ du PSM, deux entretiens téléphoniques avec l'assistante sociale de l'assurée, un entretien téléphonique avec la responsable de son dossier au SPMi, l'étude de son dossier médical et l'étude du dossier de l'AI.

Le rapport d'expertise comporte une anamnèse (4 pages et demi), dont une anamnèse psychiatrique intégrant les éléments ressortant du dossier médical constitué auprès des HUG (en particulier une évaluation faite en 2004 par la docteure P\_\_\_\_\_, un suivi psychothérapeutique avec une psychologue, un suivi et un traitement psychiatriques dès 2006 avec la docteure Q\_\_\_\_\_, ayant duré une année avec une rémission totale de la symptomatologie anxieuse, une évaluation par le docteur R\_\_\_\_\_ du PSM). Il relate les plaintes et données subjectives de l'assurée (une demi page), et évoque son status clinique (une demi page). Il énumère les diagnostics posés, à savoir, avec répercussion sur la capacité de travail,

---

ceux de trouble panique (F41.0) depuis 2004, de trouble dépressif récurrent épisode actuel léger (F33.00) mis en évidence en mai 2011, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation nocive pour la santé de caféine depuis une année non déterminée mais au moins depuis 1999 (année de l'arrivée en Suisse), et de stress post-traumatique en rémission depuis 2004, ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, de difficultés liées à l'éducation et l'alphabetisation (Z55). Il se poursuit par une appréciation du cas et un pronostic (une page et un tiers), reprenant et discutant ces différents diagnostics ; notamment, l'assurée présentait des symptômes de stress post-traumatique suite aux événements traumatiques pendant la guerre au Kosovo, durant laquelle son mari avait été tué et elle violée, événements dont elle ne voulait parler, mais elle se plaignait de cauchemars devenus moins présents, d'une hyper vigilance et de l'évitement de ce qui pouvait lui rappeler les événements de la guerre. Le rapport d'expertise abordait ensuite l'influence de ces atteintes sur sa capacité de travail (une page et un quart) : elle était en incapacité totale d'exercer son travail habituel, et l'avait été à 50 % à teneur d'un rapport médical adressé en novembre 2010 à l'OAI, sans que des certificats médicaux ne justifient par la suite une incapacité de travail, ce que l'assurée expliquait par le fait qu'elle n'avait pas eu besoin de demander de tels certificats à son médecin vu qu'elle n'avait pas d'emplois ; la psychopathologie faisait qu'elle avait développé un comportement d'évitement et n'arrivait pas à sortir de chez elle sans être accompagnée, de peur d'avoir une attaque de panique, et elle présentait une intolérance au stress, une fatigabilité constante et une difficulté d'attention et de concentration ; il était envisageable qu'après un traitement psychiatrique et psychothérapeutique de six à douze mois, elle pourrait arriver à son niveau de fonctionnement antérieur, et que sa capacité de travail pour le poste occupé soit améliorée, permettant une reprise d'activité à raison de 2 heures par jour, des mesures de réadaptation professionnelles pourraient aussi être envisagées. Une expertise médicale somatique pourrait préciser les limitations de l'assurée. Une reprise d'activité immédiate n'était pas envisageable.

13. Le 24 juin 2013, conformément à un avis médical du 19 juin 2013 de la docteur S\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, l'OAI a demandé au « service médical central des HUG – Belle-Idée » (soit en réalité aux expertes) de préciser, sur la base de l'anamnèse recueillie et de son évaluation clinique, les limitations fonctionnelles objectivées (sans tenir compte des éléments formulés par l'assurée), la date à partir de laquelle une incapacité de travail pouvait être retenue en raison d'une atteinte psychiatrique incapacitante (même si les diagnostics dataient de 2004, depuis quelle date l'assurée ne pouvait plus travailler), les incapacités de travail pouvant être admises en lien avec une atteinte psychique empêchant l'assurée de travailler, et la chronologie de ces incapacités de travail (uniquement sur la base de l'analyse objective et détaillée du dossier), et pourquoi admettre une incapacité de travail totale pendant 6 à 12 mois alors qu'il existait des mesures de réinsertion professionnelle progressives de l'AI.

14. Par courrier du 8 octobre 2013, le Dr K\_\_\_\_\_ a indiqué, comme médecin de premier recours de l'assurée, que cette dernière avait interrompu provisoirement son suivi psychiatrique en raison d'une grossesse survenue en 2012 et que, depuis l'accouchement survenu vers la fin 2012, elle avait de la peine à, à la fois, s'occuper de son bébé et honorer ses rendez-vous médicaux ; une reprise du suivi psychiatrique était prévue, sans encore avoir pu intervenir. Au niveau psychiatrique, l'assurée était connue pour un état dépressif et un status post syndrome de stress post-traumatique associés à un état anxieux et des attaques de panique ; elle avait dû stopper son traitement médicamenteux d'antidépresseurs et d'anxiolytiques en raison de sa grossesse puis de l'allaitement ; son trouble dépressif récurrent d'intensité légère durant la grossesse s'était progressivement péjoré en l'absence de reprise du traitement, devenant ainsi d'intensité modérée, avec des limitations fonctionnelles l'empêchant de poursuivre un suivi médical régulier, ce qui laissait persister lesdites limitations. L'assurée était aussi connue pour un asthme bronchitique important associé à un tabagisme actif avec une dyspnée de stade II-III provoquant également plusieurs limitations fonctionnelles, ainsi que pour des lombalgies et des cervicalgies chroniques avec épisodes d'acutisation, qui la limitaient également grandement. Un trouble thyroïdien avait été mis en évidence durant la grossesse. Concernant la date à partir de laquelle il y avait eu atteinte psychiatrique incapacitante, les troubles psychiatriques, notamment le syndrome de stress post-traumatique, trouble panique et état dépressif chronique, avaient semble-t-il débuté durant la guerre des Balkans en 1999. S'agissant des incapacités de travail en lien avec une atteinte psychique, il apparaissait que l'assurée avait travaillé à 25 % dans le nettoyage jusqu'au début de l'année 2006 (recte : 2010, avec une interruption courant 2006-2007), date à laquelle avait été mise en évidence une acutisation du trouble anxio-dépressif et des attaques de panique, ayant amené à un arrêt de travail complet de 100 % depuis le « 11.01.2006 » (recte : fin juillet 2010, avec une interruption courant 2006-2007) et qui s'était prolongée sans reprise d'activité. Concernant des mesures de réinsertion professionnelle progressives de l'AI, l'assurée était trop instable pour pouvoir en bénéficier ; une stabilisation de son état nécessitait la reprise du traitement médicamenteux et du suivi psychothérapeutique.
15. Le 18 novembre 2013, sur préavis de la Dre S\_\_\_\_\_ du SMR, l'OAI a ré-adressé ses questions précitées du 24 juin 2013 au « secrétariat médical central des HUG – Belle-Idée » (soit en réalité aux expertes), en demandant de ne pas les transmettre au service de médecine de premier recours, car il s'agissait de précisions à apporter à l'expertise psychiatrique effectuée et ne concernaient pas le suivi médical de l'assurée.
16. Les Dres N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ ont adressé à l'OAI, le 28 février 2014, leurs réponses aux questions complémentaires posées. Lors des évaluations, l'assurée avait présenté surtout une symptomatologie anxieuse floride au premier plan et une thymie déprimée, et des symptômes physiques avaient été objectivés

(transpirations, agitation psychomotrice). Dans le contexte de son trouble panique, elle présentait des attaques de panique inattendues, une à deux fois par jour et durant entre 15 et 20 minutes, et qui étaient invalidantes ; elle souffrait aussi d'un état de stress post-traumatique provoquant des perturbations de son sommeil et une hyper vigilance constante durant les évaluations. Dans le contexte des troubles anxieux, elle avait développé un comportement d'évitement important. Dans le contexte de l'épisode dépressif, elle présentait une thymie déprimée avec des idées de dévalorisation et de culpabilité, une difficulté à se concentrer et une fatigabilité importante. Concernant les incapacités de travail, elle avait présenté une symptomatologie anxieuse dans le contexte d'un trouble panique et d'un état de stress post-traumatique depuis 2004 ; en 2006, une décompensation de son trouble panique avait amené à une incapacité de travail de 100 % en mars, s'étant prolongée plusieurs fois par la suite, mais le traitement qu'elle avait suivi à l'époque avait permis une rémission totale de la symptomatologie, et elle aurait repris une activité professionnelle de décembre 2007 à août 2010, sans se présenter aux rendez-vous du PSM entre 2007 et 2009 ; elle avait été revue par un psychiatre du PSM en mai 2010, qui l'avait adressée à la consultation de la Servette sans lui faire un arrêt de travail ; postérieurement à son licenciement intervenu pour la fin août 2010, elle avait présenté, en novembre 2010, une décompensation sur le plan anxieux, avec incapacité de travail à 100 %, qui subsistait depuis lors ; un état dépressif avait été mis en évidence en 2011. Lors de l'expertise, l'assurée présentait une symptomatologie anxio-dépressive importante et invalidante, et n'était plus sous un traitement adapté à ses besoins ; l'incapacité de travail restait totale, mais un traitement adéquat et adapté à ses besoins pourrait permettre une rémission de la symptomatologie.

17. Dans un avis médical du 8 avril 2014, la docteure T\_\_\_\_\_ du SMR a relevé que la question était de savoir si l'assurée présentait déjà une maladie avec répercussion sur sa capacité de travail lors de son entrée en Suisse. Les réponses des expertes ne permettaient pas de comprendre la corrélation entre l'ensemble des diagnostics et des constatations objectives d'une part et les conclusions quant à une capacité de travail résiduelle nulle d'autre part, et elles ne permettaient pas non plus de préciser depuis quand l'assurée présentait une atteinte incapacitante et si sa capacité de travail était déjà limitée à son arrivée en Suisse ; le diagnostic d'état de stress post-traumatique était sujet à caution quinze ans après les événements invoqués. L'assurée présentait en outre une compliance aléatoire au suivi psychiatrique alors qu'elle alléguait des atteintes fortement limitantes, et elle ne recourait aux soins que dans des contextes de crise. Il n'y avait aucune information sur l'évolution de la situation médicale somatique et psychiatrique depuis plus d'une année. Avant que ne soit décidé s'il fallait faire une nouvelle expertise, il importait que l'ensemble des médecins (psychiatres des HUG et PSM) soient réinterrogés. Il fallait obtenir si possible un rapport du dernier employeur sur le taux d'activité de l'assurée et ses éventuels arrêts de travail de 2008 à 2010.

18. Selon un rapport médical intermédiaire du 8 mai 2014 du Dr K\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assurée était stationnaire. Les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, de longue date (selon le dossier médical à 25 % dans le poste de travail de nettoyeuse) mais invalidant à 100 % depuis 2006, étaient un état dépressif, un état anxieux et des attaques de panique, de l'asthme de la dyspnée de stade II-III et des lombalgies et cervicalgies. Il y avait persistance d'un état anxio-dépressif, d'un stress post-traumatique et des attaques de panique en augmentation en 2013 du fait d'un arrêt du traitement psychotrope dans un contexte de grossesse et d'allaitement ; une reprise du traitement psychotrope et du suivi psychothérapeutique était prévue, ouvrant la perspective à terme d'une reprise du travail à 50 %.
19. Selon le questionnaire pour l'employeur retourné à l'OAI le 13 mai 2014 par le E\_\_\_\_\_ SA, l'assurée avait travaillé dans ce restaurant comme aide nettoyeuse de mai 2008 jusqu'à son licenciement pour raison économique pour la fin juillet 2010 à raison de 2 heures par jour (10 h par semaine).
20. Selon un rapport médical intermédiaire du 22 juillet 2014 de la docteure U\_\_\_\_\_, médecin interne auprès des HUG – Belle-Idée, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, sans changement des diagnostics. Elle avait un trouble panique et un état de stress post-traumatique depuis 2004, et un épisode dépressif dans un contexte de trouble récurrent depuis 2011. Elle n'avait pas pris de traitement depuis la grossesse et avait allaité son bébé jusqu'en juin 2014 afin de reprendre un traitement. Un suivi psychiatrique au Centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégrées des HUG (ci-après : CAPPI Servette) était organisé. Une reprise du travail n'était pas encore envisageable.
21. Selon un avis médical 3 novembre 2014 de la Dre T\_\_\_\_\_ du SMR, le Dr K\_\_\_\_\_ évoquait une atteinte psychique incapacitante ayant débuté pendant la guerre en 1999 ; l'assurée souffrait d'un syndrome de stress post-traumatique, d'un trouble panique et d'un état dépressif chronique ; elle avait pu travailler à 25 % dans le nettoyage jusqu'en 2006, puis son atteinte psychique s'était aggravée avec un arrêt de travail à 100 % dès le 11 janvier 2006, sans reprise possible ; cette information était contredite par le E\_\_\_\_\_ SA, dans l'établissement duquel l'assurée avait été employée comme nettoyeuse de mai 2008 à avril (recte : juillet) 2010 à raison de 2 heures par jour, puis elle s'était inscrite au chômage et avait été déclarée inapte au placement pour des raisons tant somatiques que psychiatriques. Selon la Dre T\_\_\_\_\_, l'assurée était vraisemblablement entrée en Suisse avec une atteinte psychique incapacitante ne lui permettant pas de travailler plus de 2 heures par jour, correspondant à un taux d'activité de 25 % ; l'évolution de son incapacité de travail depuis 2010 n'était pas très claire ; son état dépressif semblait s'être aggravé depuis l'accouchement, à fin 2012, et son état n'était pas stabilisé. Il fallait réinterroger le psychiatre traitant du CAPPI Servette, de même que le Dr K\_\_\_\_\_ pour les atteintes somatiques.



- 
22. D'après un rapport du 18 novembre 2014 de la docteure V\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique du Programme PSM (qui sera réexpédié à l'OAI le 27 janvier 2015), les atteintes avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée étaient des lombalgies avec mise en évidence d'une lyse isthmique bilatérale L5/S1 en 2014, des cervicalgies, de l'asthme avec dyspnée de stade II-III, un kyste ovarien droit douloureux depuis 2014 et des douleurs de l'hémi flanc droit depuis 2014, ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, un reflux gastro-oesophagien, un status post-conisation pour une néoplasie endo-cervicale et un goître thyroïdien. Les lombalgies, présentes par intermittence au repos, étaient augmentées dans la position debout, lors du port de charges et de la mobilisation. Les cervicalgies étaient exacerbées lors du port de charges et des moments d'anxiété. La dyspnée était présente lors d'efforts légers à modérés. Un asthme et une probable bronchite chronique étaient suspectés. Sur le plan purement somatique, la capacité de travail comme nettoyeuse était de 20 %, et de 30 à 40 % dans une activité adaptée (avec une possibilité maximale de 50 % selon l'évolution clinique).
23. Selon un rapport médical du 18 décembre 2014 de la docteure W\_\_\_\_\_ du CAPPI Servette, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient un trouble panique sans agoraphobie (F41.0) depuis 2004 et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) depuis environ juin 2014. Deux de ses sept enfants vivaient indépendamment d'elle ; une de ses filles, qui avait été victime d'un viol en 2007, suivait une scolarité spéciale ; trois de ses enfants avaient été placés dans des foyers, à une époque où elle était malade et agressive. Sur le plan psychiatrique, l'assurée avait été suivie par les HUG pour des troubles de la personnalité et un trouble panique, par un psychiatre de liaison entre 2004 et 2007 ; elle ne s'était pas présentée aux rendez-vous proposés entre 2007 et 2009 ; ses derniers rendez-vous avec les psychiatres du PSM remontaient à l'été 2014. L'assurée décrivait un état anxieux et de mal-être de longue date, péjoré depuis six mois, en lien (selon elle) avec le décès d'une petite fille du foyer dans lequel elle vivait et des difficultés avec son compagnon. Elle ne prenait ni alcool ni toxiques, mais avait un tabagisme actif ; elle était connue pour asthme bronchitique. elle avait travaillé jusqu'en 2010. Ladite psychiatre n'ayant rencontré l'assurée que deux fois (du fait de l'annulation de rendez-vous à la suite de problèmes somatiques), elle ne disposait pas de suffisamment d'éléments concernant un trouble de personnalité. L'assurée n'était pas en mesure de reprendre une activité professionnelle en raison de ses attaques de panique plus fréquentes, de ses symptômes dépressifs avec difficulté à se mobiliser, fatigabilité et troubles de concentration. Une réévaluation devait intervenir six mois plus tard. Le suivi psychiatrique et psychothérapeutique et le traitement médicamenteux devaient se poursuivre.
24. D'après un avis médical du 17 avril 2015 de la Dre T\_\_\_\_\_, il fallait retenir sur le plan psychiatrique, en présence d'avis médicaux estimés peu convaincants, que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 75 % depuis au moins 1999, donc déjà avant son entrée en Suisse, et que son état s'était aggravé depuis 2006,

avec une incapacité de 100 % dans toute activité pour des raisons psychiatriques, en dehors d'une période entre mai 2008 et juillet 2010, où l'assurée avait retrouvé une capacité de travail de 25 %, sans pouvoir tenir son emploi au-delà de juillet 2010, étant redevenue incapable de travailler à 100 % dans toute activité. Sur le plan somatique strict, du fait de sa polypathologie, elle avait une capacité de travail ayant été estimée à 25 % par le Dr K\_\_\_\_\_ ou 20 % par la Dre V\_\_\_\_\_ dans l'activité habituelle depuis 2006, avec, d'après la Dre V\_\_\_\_\_, une capacité de travail dans une activité adaptée de 30 à 40 %, voire 50 % suivant l'évolution clinique. L'assurée était entrée invalide en Suisse.

25. Un mandat d'enquête ménagère a été envisagé, pour un statut mixte (dont la part professionnelle évoquée a été de 80 % par référence à l'inscription faite au chômage et à 40 %), mais il y sera renoncé le 24 juillet 2015.
26. Dans l'intervalle, le 26 juin 2015, l'assurée a demandé à l'OAI des nouvelles de sa demande de prestations de l'AI du 8 octobre 2010.
27. Le 9 octobre 2015, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité pour le motif que son incapacité de travail était de 75 % depuis 1999, soit avant son arrivée en Suisse le 10 juillet 1999 et que ce taux d'incapacité de travail se confondait avec celui de l'invalidité. Au moment de la survenance de son invalidité, c'est-à-dire du début du droit à la rente en 2000, elle ne comptait pas trois années de cotisation. Elle ne remplissait pas les conditions d'assurance. Elle était invitée à s'adresser au service des prestations complémentaires, qui étudierait son éventuel droit à des prestations. Elle disposait de trente jours pour faire part de ses éventuelles objections.
28. Par courrier du 13 novembre 2015, désormais représentée par le Centre de Contact Suisses-Immigrés (ci-après : CCSI), l'assurée s'est opposée à ce projet de décision. Arrivée en Suisse le 10 juillet 1999, elle avait demandé l'asile, qui lui avait été refusé, mais elle avait été mise au bénéfice d'un permis F en mai 2001 ; elle avait exercé des activités professionnelles d'octobre 2003 à juillet 2010. Elle avait été suivie pour des problèmes de santé depuis l'année 2004 en raison d'un trouble panique et de crises d'angoisse, avait débuté un suivi psychiatrique en 2006, avec une bonne évolution et une rémission totale de sa symptomatologie anxieuse, et elle avait à nouveau été adressée à un psychiatre en 2007 pour une évaluation suite à différents facteurs de stress et en présence d'un état dépressif ; une consultation avec le psychiatre du PSM avait été mis sur pied en mai 2010, avec un suivi jusqu'en novembre 2011. Elle souffrait par ailleurs, sur le plan somatique, d'asthme (diagnostiqué en 2004) et de gonalgies bilatérales (depuis juillet 2010), dues au surpoids et à des douleurs dorso-lombaires, diminuant sa capacité physique de travailler depuis 2010 dans l'activité de serveuse. Le 26 mai 2011, l'OCE l'avait estimée inapte au placement pour raisons psychiques. D'après l'expertise psychiatrique du CURML, du 15 avril 2013, l'assurée souffrait d'un trouble panique depuis 2004, d'un trouble dépressif récurrent alors léger diagnostiqué pour la première fois en mai 2011 lié au trouble anxieux, de troubles mentaux et du

comportement liés à l'utilisation nocive de caféine depuis son arrivée en Suisse. Sa capacité de travail était diminuée de 50 % à partir de novembre 2010 et était nulle au moment de l'expertise. Selon le complément du rapport d'expertise du 28 février 2014, ses limitations fonctionnelles avaient été objectivées, et, s'agissant de la datation de l'incapacité de travail en raison d'une atteinte psychiatrique incapacitante, il y avait eu décompensation du trouble panique en 2006, et elle avait pu reprendre une activité professionnelle de décembre 2007 à août 2010, sans qu'une incapacité de travail ne soit constatée, nonobstant une recrudescence en mai 2010 de la symptomatologie anxieuse, avant novembre 2010 ; l'état dépressif avait été mis en évidence en 2011. Il était erroné de retenir que son invalidité était survenue avant son entrée en Suisse en raison des traumatismes subis durant la guerre au Kosovo. C'était dû en grande partie au fait qu'elle ne disposait que d'un permis F qu'elle n'avait réussi à obtenir, à partir de 2003, que des emplois à des taux très partiels et de durée limitée. Son état de santé s'était dégradé après son entrée en Suisse et après l'année 2004. Son invalidité était survenue en novembre 2010. Elle avait droit à une rente entière d'invalidité à partir de novembre 2011.

29. Par décision du 18 novembre 2015, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité pour le motif qu'elle présentait une incapacité de travail de 75 % dans toute activité depuis 1999, donc avant son entrée en Suisse, degré d'incapacité de travail se confondant en l'espèce avec celui de l'invalidité, et qu'ainsi, au moment de la survenance de l'invalidité, c'est-à-dire du début du droit à la rente, en 2000, elle ne comptait pas trois années de cotisation ; elle ne remplissait pas les conditions d'assurance. Son incapacité de travail était totale dans toute activité, et son degré d'invalidité était de 100 % depuis juillet 2010. Le moment de la survenance de l'invalidité devait être déterminé objectivement, d'après l'état de santé, des facteurs externes fortuites n'ayant pas d'importance ; il ne dépendait ni de la date à laquelle une demande de prestations avait été déposée ni de celle à partir de laquelle une prestation avait été requise, et il ne coïncidait pas non plus forcément avec le moment où l'assurée avait appris pour la première fois que son atteinte à la santé pouvait ouvrir le droit à des prestations. Lorsque les conditions d'assurance n'étaient pas remplies lors de la survenance de l'invalidité, les mesures ultérieures du même genre, visant le même cas et la même atteinte à la santé, n'étaient pas à la charge de l'AI. L'assurée n'apportait pas d'élément amenant à modifier l'appréciation que son incapacité de travail de 75 % était présente depuis 1999 ; elle était certes sous contrat de travail de 2003 à 2010, mais jamais au-delà de 23 %, en accord avec sa capacité de travail résiduelle ; son état de santé s'était aggravé depuis 2010, entraînant une incapacité de travail et une invalidité de 100 %.
30. Par acte du 18 décembre 2015, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation, à la fixation de la survenance de son invalidité à novembre 2010 et à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité à partir de novembre

---

2011. Elle avait souffert, entre 2004 et 2007, de crises d'angoisse, d'anxiété et de dépression, pour lesquelles elle avait été soignée, sans être empêchée de travailler, d'octobre 2003 à fin août 2010, comme nettoyeuse dans divers emplois à temps partiel et de durée déterminée ; ce n'était que depuis août 2010 que sa santé s'était dégradée tant du point de vue psychique que physique et qu'elle n'était plus à même d'exercer une activité professionnelle, ce qui l'avait conduite à déposer une demande de prestations de l'AI. De novembre 2010 à mai 2012, elle avait bénéficié d'un suivi psychiatrique, et avait cessé le traitement en raison de sa grossesse et de la naissance de son septième enfant en octobre 2012. Le rapport d'expertise psychiatrique retenait qu'elle souffrait d'un trouble panique depuis 2004 ; elle avait été suivie depuis cette année-là en raison de ce trouble panique, de crises d'angoisse, d'un trouble dépressif récurrent alors léger (diagnostiqué pour la première fois en mai 2011), d'un trouble mental et de troubles du comportement liés à l'utilisation de caféine depuis son arrivée à Genève ; selon les expertes, sa capacité de travail avait diminué de 50 % à partir de novembre 2010, était nulle au moment de l'expertise et depuis lors sans capacité de gain résiduelle. L'experte avait précisé, le 28 février 2014, que l'assurée avait souffert d'une décompensation d'un trouble panique en 2006 ayant occasionné une incapacité de travail durant plusieurs mois, mais que, grâce au traitement instauré, elle avait pu reprendre une activité professionnelle de décembre 2007 à août 2010, et que son incapacité de travail définitive remontait à novembre 2010. Il n'y avait pas d'incapacité de travail antérieure à 2006. Le fait qu'elle n'avait travaillé qu'à temps partiel et pour des durées limitées entre 2003 et 2010 tenait à la difficulté d'insertion sur le marché du travail des étrangers détenteurs d'une admission provisoire et au fait qu'elle était mère de six enfants. La survenance de l'invalidité devait être fixée à novembre 2010 et le droit à une rente entière de l'AI à novembre 2011.

31. Par mémoire du 25 janvier 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Selon le rapport du 8 octobre 2013 du Dr K\_\_\_\_\_, l'atteinte psychique incapacitante de l'assurée avait débuté pendant la guerre au Kosovo en 1999, avec des troubles (syndrome de stress post-traumatique, trouble panique et état dépressif chronique) entraînant depuis lors une incapacité de travail de 75 %. D'après le rapport du 3 janvier 2011 de la Dre G\_\_\_\_\_, l'assurée présentait des symptômes de stress post-traumatique suite aux événements traumatiques pendant la guerre au Kosovo (violences sexuelles, assassinat de son mari) et un trouble panique s'était développé depuis plusieurs années ; ces troubles psychiatriques étaient apparus dans le contexte d'un trouble de la personnalité, liés probablement à son histoire de vie difficile et son niveau socio-éducatif limité. Dans le rapport du 5 septembre 2011 des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, il était fait mention d'un suivi psychiatrique en raison d'un état anxio-dépressif et d'un état de stress post-traumatique évoluant depuis la guerre du Kosovo. Selon le rapport d'expertise du 15 avril 2013, entre 2002 et 2009, pendant environ 4 à 5 ans, les enfants de l'assurée avaient été placés dans des foyers sur décision du SPMi, leur mère ne pouvant s'occuper adéquatement d'eux, en raison de son aspect dépressif suite aux différents

---

traumatismes subis au Kosovo et des violences entre les enfants et contre leur mère. Le fait que l'assurée n'avait été suivie que depuis 2004 et que les experts faisaient remonter l'incapacité de travail à la date à laquelle le diagnostic avait été posé ne signifiait nullement qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé antérieure à cette date ; l'expertise et son complément n'emportaient pas la conviction de l'OAI. Celui-ci avait retenu à juste titre que l'assurée présentait, au degré de vraisemblance prépondérante, une atteinte à la santé incapacitante à 75 % avant son arrivée en Suisse.

32. Dans des observations du 16 février 2016, l'assurée a contesté l'interprétation que l'OAI faisait des rapports médicaux qu'il citait. Le Dr K\_\_\_\_\_ n'avait pas daté la survenance de l'incapacité de gain de l'assurée, mais avait une hypothèse concernant les causes de sa maladie ; il se trompait au surplus en faisant remonter l'incapacité de travail totale et ininterrompue depuis lors au 11 janvier 2006, puisque l'assurée a travaillé jusqu'en août 2010. La Dre G\_\_\_\_\_ avait présenté les symptômes de stress post-traumatique de l'assurée comme étant la suite des événements traumatiques subis durant la guerre, mais elle n'avait aucunement fixé la survenance d'une invalidité avant l'entrée en Suisse, évoquant au contraire un trouble panique et des limitations de ses capacités depuis 2004 pour cause de troubles anxieux. Les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ se référaient aux pathologies physiques et non psychiques de l'assurée, et n'avaient pas la compétence de se prononcer sur son incapacité psychique et ne l'avaient d'ailleurs pas fait. Le placement d'enfants de l'assurée dans des foyers n'avaient duré que quelques mois, et n'autorisait pas à déduire qu'elle avait une incapacité de travail antérieure à son entrée en Suisse. Elle persistait dans les termes et conclusions de son recours.
33. Cette écriture a été transmise le 23 février 2016 à l'OAI.

### **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 - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI.
- b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI).

Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir contre cette décision (art.59 LPGA).

c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. a. L'intimé a nié à la recourante, ressortissante du Kosovo s'étant domiciliée en Suisse et y ayant acquis sa résidence habituelle en 1999, le droit à une rente ordinaire d'invalidité du fait que, selon lui, elle était invalide pour des motifs psychiques déjà lors de son entrée en Suisse et ne remplissait ainsi pas les conditions d'assurance.

b. La Suisse a conclu le 8 juin 1962 une convention relative aux assurances sociales avec la République Populaire Fédérale de Yougoslavie (RS 0.831.109.818.1). Cette convention a été abrogée et remplacée par de nouvelles conventions bilatérales de sécurité sociale dans les rapports avec la Croatie (art. 40 de la Convention du 9 avril 1996; RS 0.831.109.291.1), avec la Slovénie (art. 39 de la Convention du 10 avril 1996; RS 0.831.109.691.1) et avec la Macédoine (art. 41 de la Convention du 9 décembre 1999; RS 0.831.109.520.1). La convention conclue à l'époque avec la Yougoslavie reste pour l'instant applicable aux relations entre la Suisse, la Serbie, le Monténégro et la Bosnie-Herzégovine (cf. sur l'applicabilité de cette convention aux relations entre la Suisse et les anciennes parties de la Yougoslavie: ATF 122 V 381 consid. 1 p. 382; 126 V 198 consid. 2b p. 203 ss.; cf. également ATF 132 II 65 consid. 3.5.2 p. 73 ss.). La Suisse a également conclu une convention de sécurité sociale avec le Kosovo. Cette convention n'est cependant plus valable depuis le 31 mars 2010. Seul le droit interne est depuis lors applicable (ATAS/311/2013 du 26 mars 2013 consid. 5).

c. L'art. 6 al. 2 LAI prévoit, au titre des conditions générales du droit aux prestations de l'AI, que les étrangers y ont droit, sous réserve de l'art. 9 al. 3 (concernant les mesures de réadaptation), aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse, aucune prestation n'étant au surplus allouée aux proches de ces étrangers s'ils sont domiciliés hors de Suisse. Pour les rentes ordinaires d'invalidité, l'art. 36 al. 1 LAI – qui s'applique au demeurant tant aux Suisses qu'aux étrangers et aux apatrides – stipule cependant qu'y ont droit les assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent trois années au moins de cotisations. Dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit aux rentes ordinaires appartenait aux assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptaient une année entière au moins de cotisations ; dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, date

---

d'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI du 6 octobre 2006 (RO 2007 5129; FF 2005 4215), cette durée a été portée à trois ans.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). S'agissant de la durée minimale de cotisation lors de la survenance de l'invalidité, il y a lieu d'appliquer celle de trois ans pour toutes les nouvelles rentes d'invalidité pour lesquelles la survenance de l'invalidité est intervenue à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, et celle de un an pour les nouvelles rentes d'invalidité déduites d'une survenance d'invalidité antérieure à cette date-ci (ATAS/311/2013 du 26 mars 2013 consid. 6 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Commentaire thématique, 2011, n. 1231).

En l'occurrence, l'intimé retient la durée de trois ans de cotisation, mais il fait remonter l'invalidité de la recourante à une date indéterminée (au moins juste) antérieure à l'entrée de cette dernière en Suisse le 10 juillet 1999, soit, compte tenu de l'année durant laquelle une incapacité de travail d'au moins 40 % devait avoir duré pour que puisse naître un droit à la rente, au plus tard « en 2000 » (sous-entendu au 10 juillet 2000). Dans cette perspective, c'est un délai d'une année de cotisation qu'il aurait dû retenir, en application du droit alors en vigueur. C'est bien en revanche un délai de cotisation de trois ans qu'il faudrait retenir s'il y avait eu survenance d'invalidité postérieurement au 31 décembre 2007.

C'est cependant la date de survenance de l'invalidité qui est ici litigieuse au premier plan.

3. a. La condition de la durée minimale de cotisation ouvrant droit à la rente doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité. Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449). Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'intéressé ; il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et il ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance (ATF 126 V 157 consid. 3a ; 118 V 79 consid. 3a et les références ; 103 V 130 ; ATAS/212/2011 du 21 février 2011 consid. 6c ; ATAS/311/2013 du 26 mars 2013 consid. 9 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1232). La survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est ainsi réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première

---

fois (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], n. 1028).

b. La LAI ne repose pas sur une notion uniforme du cas d'assurance. Celui-ci doit être envisagé et déterminé par rapport à chaque prestation entrant concrètement en ligne de compte (« System des leistungsspezifischen Versicherungsfalles »). Il faut examiner pour chaque prestation pouvant entrer en considération selon les circonstances, au sens de l'art. 4 al. 2 LAI, quand l'atteinte à la santé est susceptible, de par sa nature et sa gravité, de fonder le droit à la prestation particulière (ATF 140 V 246 consid. 6.1 ; 126 V 241 consid. 4 ; ATAS/220/2015 du 24 mars 2015 consid. 8b ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1234).

S'agissant d'une rente, l'invalidité est réputée survenue au moment où le droit à la rente prend naissance, c'est-à-dire au moment où – à teneur de l'actuel art. 28 al. 1 LAI (cf. art. 29 al. 1 aLAI) – l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne depuis une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année son incapacité de travail ait perduré à 40 % au moins, les conditions supplémentaires conditionnant le droit à la rente prévues par l'art. 29 LAI restant réservées (Michel VALTERIO, op. cit., n. 1237 ; CIIAI, n. 1029).

L'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne crée pas un nouveau cas d'assurance. En revanche, l'apparition d'une atteinte à la santé complètement différente de l'atteinte initiale peut faire survenir un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 ; CIIAI, n. 1028.1). Le principe de l'unité du cas d'assurance n'est pas absolu ; il cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou lorsque l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les différentes phases, qui deviennent autant de cas nouveaux de survenance d'invalidité (ATF 126 V 10 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 54/03 du 13 janvier 2004 consid. 3 ; ATAS/212/2011 du 21 février 2011 consid. 6c ; Michel VALTERIO, op.cit., n. 1235).

4. a. Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, mais aussi sur la survenance d'une invalidité, que l'administration ou, sur recours, le juge disposent de documents de médecins, éventuellement d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement de telles preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGa). Il



---

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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 78).

Quant au degré de preuve requis, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

b. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux.

b/aa. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26

janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine).

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

b/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars

---

2009 consid. 2.2). De même, le juge ne s'écarte 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 351 consid. 3b/aa et les références).

5. a. En l'espèce, sur la question litigieuse du moment de la survenance d'une invalidité, il n'y a guère que le SMR, suivi par l'intimé, qui le fixe au plus tard « en 2000 », en retenant que la recourante était vraisemblablement entrée en Suisse, en juillet 1999, avec une atteinte psychique incapacitante ne lui permettant pas de travailler plus de deux heures par jour. L'appréciation médicale du SMR sous-tendant la position de l'intimé doit être prise avec réserve. En effet, elle ne repose pas sur des observations cliniques personnelles du ou des médecins du SMR l'ayant émise (observations de surcroît pas trop espacées du temps où les atteintes alléguées à la santé et leurs conséquences sur la capacité de travail étaient le cas échéant objectivables) et que lesdits médecins n'apparaissent pas avoir disposé des qualifications professionnelles requises pour le cas considéré, soit en l'espèce en psychiatrie (même si – faut-il souligner – ils ont rempli leur rôle d'émettre une appréciation sur la base du dossier); de plus, ladite appréciation n'aboutit qu'à l'émission d'une hypothèse, qualifiée de vraisemblable (avis médical du 3 novembre 2014), que l'intimé a transformée en un fait prétendument avéré.
- b. Dans sa réponse au recours, l'intimé a invoqué, en renfort de sa position, trois avis de médecins figurant au dossier (ceux du Dr K\_\_\_\_\_, de la Dre G\_\_\_\_\_ et des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_), dont force est de dire qu'il les interprète en en sollicitant voire déformant le contenu et que ces avis n'ont pas force probante sur la question litigieuse.

En effet, le Dr K\_\_\_\_\_, médecin de premier recours du PSM – déclarant dans son rapport du 8 octobre 2013, essayer de répondre lui-même aux questions de l'intimé (posées en réalité aux psychiatres du CURML ayant effectué l'expertise), compte tenu de l'interruption provisoire du suivi psychiatrique – a fait état des troubles, psychiques et somatiques, pour lesquels la recourante était connue, et il n'a répondu qu'en termes d'hypothèse à la question de la date à partir de laquelle la recourante avait présenté une atteinte psychique incapacitante, de surcroît en déviant sur la question des symptômes (et non de leur conséquence sur la capacité de gain): « il semblerait – a-t-il indiqué – que les troubles psychiatriques de la patiente,

notamment le syndrome de stress post traumatique, trouble panique et état dépressif chronique, aient débuté durant la guerre des Balkans en 1999 ».

Quant à la Dre G\_\_\_\_\_, elle a indiqué dans son rapport médical du 3 janvier 2011 que la recourante présentait des symptômes d'un stress post-traumatique suite aux événements traumatiques vécus durant la guerre au Kosovo, ainsi qu'un trouble panique s'étant développé depuis plusieurs années, troubles psychiatriques qui étaient apparus dans le contexte d'un trouble de la personnalité, liés probablement à l'histoire de vie difficile et au niveau socio-éducatif de la recourante. Ladite psychiatre n'a nullement affirmé ni même laissé entendre que la recourante présentait une incapacité de gain consécutive à des atteintes à la santé déjà lors de son entrée en Suisse, quand bien même les événements ayant pu produire les symptômes relevés des années plus tard remontaient en tout cas pour partie à une période antérieure à son entrée en Suisse (en particulier le fait que son père et son mari ont été tués et les violences sexuelles subies durant la guerre au Kosovo).

Dans leur rapport du 5 septembre 2011, les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, dont la spécialité n'autorise pas à accorder un poids décisif sur la question des atteintes psychiques de la recourante, ont établi un rapport centrés sur les diagnostics somatiques ayant un effet sur la capacité de travail (asthme, surpoids, dorso-lombalgies et gonalgies bilatérales), en relevant que la recourante suivait, parallèlement à son traitement médicamenteux pour ses troubles somatiques, un suivi psychiatrique « en raison d'un état anxio-dépressif et un état de stress post traumatique évoluant depuis la guerre du Kosovo », au demeurant sans du tout se prononcer sur ladite évolution ni dater et quantifier une incapacité de gain susceptible d'avoir pour origine les atteintes psychiques mentionnées.

Enfin, pour étayer sa thèse d'une invalidité antérieure à l'entrée en Suisse de la recourante, l'intimé a également fait état du fait que des enfants de cette dernière avaient dû être placés dans des foyers par le SPMi. Or, d'après les pièces du dossier, qui font état dans ce contexte d'un aspect dépressif de l'assurée et de violence entre les enfants et contre la recourante, il ne peut être inféré d'un tel placement que la recourante n'avait pas de capacité de travail et de gain déjà lors de son entrée en Suisse en juillet 1999, ni une année plus tard, ni même plus tard.

6. a. En juin 2012, sur préavis du SMR, l'intimé a ordonné une expertise psychiatrique de la recourante, près de deux ans après le dépôt de la demande de prestations de l'AI, et ce non sans raison, quand bien même il apparaissait alors sans doute déjà – quoique dans une moindre mesure que postérieurement à cette expertise, lorsque l'intimé a rendu la décision attaquée, et a fortiori actuellement – qu'il pourrait être difficile, même à des experts, notamment de dater une éventuelle incapacité de gain de la recourante et d'en décrire l'évolution dès l'entrée en Suisse de cette dernière en juillet 1999. Il sied d'ailleurs de noter que la demande d'expertise n'était pas centrée sur cette question précise, l'intimé n'ayant alors pas encore envisagé, du moins comme étant d'une vraisemblance prépondérante, que la recourante pourrait ne pas avoir droit à une rente de l'AI faute du nombre d'années

de cotisation lors de la survenance de son invalidité ; l'intimé a instruit le dossier, jusqu'à un certain point, dans la perspective de déterminer quelle était le cas échéant l'invalidité de la recourante ouvrant un droit à une rente au regard d'autres critères que celui du nombre d'années de cotisation lors de la survenance de l'invalidité. Les expertes ont rendu leur rapport d'expertise, le 15 avril 2013. L'intimé a ensuite demandé aux expertes de préciser le point précité, ce que les expertes ont fait, autant que cela leur était possible, dans un rapport complémentaire du 28 février 2014.

b. De façon générale, ledit rapport d'expertise et son complément satisfont, d'un point de vue tant formel que matériel, aux exigences jurisprudentielles permettant d'accorder force probante à de tels documents médicaux. L'expertise a été menée dans les règles de l'art par des médecins spécialistes dans la discipline médicale pertinente, à savoir la psychiatrie, en l'occurrence par une experte en psychiatrie et sous la supervision d'une autre experte en psychiatrie. Elle a comporté une anamnèse approfondie de la recourante, dûment complétée, sous l'angle psychiatrique, par une étude du dossier médical de cette dernière, depuis qu'existaient des données et évaluations médicales à son propos, et par un entretien téléphonique avec le Dr K\_\_\_\_\_ du PSM, deux entretiens téléphoniques avec l'assistante sociale de la recourante et un entretien téléphonique avec la responsable du dossier de cette dernière au SPMi. Elle a comporté trois longs entretiens de l'experte ayant mené l'expertise avec la recourante, dont les plaintes et données subjectives ont été entendues et notées, de même que le status clinique. Le rapport d'expertise énumère les diagnostics retenus et comporte une discussion du cas. Il traite de l'effet des atteintes à la santé psychique retenues sur la capacité de travail de la recourante, et parvient à cet égard à des conclusions convaincantes, tout en réservant les limitations susceptibles de résulter en outre des atteintes somatiques.

c. Il appert que, sur la question précise de l'état de santé psychique de la recourante et de sa capacité de gain lors de son entrée en Suisse, les experts n'ont pas été en mesure de donner de réponses claires, ni d'ailleurs les autres médecins, en particulier psychiatres, ayant suivi la recourante. Il est patent que cela ne leur était pas possible, compte tenu des données médicales et anamnestiques disponibles et susceptibles d'être collectées. Point n'était et n'est besoin d'être un spécialiste pour retenir qu'une femme qui, à l'instar de la recourante, a vécu, dans les tourments de la guerre au Kosovo, le meurtre brutal de son père et de son mari et ayant été violentée sexuellement, ayant au surplus alors six enfants, a très probablement subi une atteinte à sa santé psychique et peut donc avoir connu, même durablement, un syndrome de stress post traumatique ou/et d'autres atteintes psychiques. Il n'en résulte cependant pas que la recourante a, de ce fait, nécessairement eu une incapacité de gain, ni même de façon hautement vraisemblable, durant les années considérées.

Sur le plan médical, il résulte du dossier que des atteintes à la santé engendrant une invalidité, donc impliquant une incapacité de gain d'au moins 40 % sur plus d'une

---

année (art. 28 al. 1 LAI ; art. 29 al. 1 aLAI), ne sont pas établies avant l'année 2004, depuis que la recourante a eu un premier suivi psychiatrique. Il doit être retenu que si les données anamnestiques et les données résultant du dossier médical (et susceptibles d'être collectées) avaient comporté ne serait-ce que des indices d'une incapacité (même partielle) de gain antérieure, les expertes en auraient fait mention, à tout le moins dans leur rapport complémentaire, étant ajouté qu'il résulte du dossier que la recourante consultait en cas de crise et qu'elle ne l'a pas fait avant 2004. Selon le complément de rapport des expertes, la recourante avait présenté une symptomatologie anxieuse dans le contexte d'un trouble panique et d'un état de stress post-traumatique depuis 2004 ; en 2006, une décompensation de son trouble panique avait amené à une incapacité de travail de 100 % en mars, s'étant prolongée plusieurs fois par la suite, mais le traitement qu'elle avait suivi à l'époque avait permis une rémission totale de la symptomatologie, et la recourante avait repris une activité professionnelle de décembre 2007 à août 2010, sans se présenter aux rendez-vous du PSM entre 2007 et 2009 ; elle avait été revue par un psychiatre du PSM en mai 2010, qui l'avait adressée à la consultation de la Servette sans lui faire un arrêt de travail ; postérieurement à son licenciement intervenu pour la fin août 2010, elle avait présenté, en novembre 2010, une décompensation sur le plan anxieux, avec incapacité de travail à 100 %, qui subsistait depuis lors ; un état dépressif avait été mis en évidence en 2011. À ces atteintes psychiques, dont l'origine ne remonte d'ailleurs pas exclusivement aux événements vécus avant l'arrivée en Suisse (la vie que la recourante a eue en Suisse n'ayant pas été exempte de difficultés, dont – a indiqué la recourante – un viol de l'une de ses filles en 2007), se sont ajoutées des atteintes somatiques, essentiellement dès 2010. Les expertes ont relevé que le syndrome de stress post traumatique était en rémission depuis 2004 et elles ont par ailleurs liées les atteintes à la santé psychique de la recourante non seulement aux événements de la guerre du Kosovo, mais aussi à son bas niveau d'éducation et d'alphabétisation.

L'année 2004 est mentionnée par d'autres médecins que les expertes comme année à partir de laquelle se sont manifestées des atteintes à la santé psychique, en particulier par la Dre G\_\_\_\_\_ (rapport du 3 janvier 2011), la Dre U\_\_\_\_\_ (rapport du 22 juillet 2014) et la Dre W\_\_\_\_\_ (rapport du 18 décembre 2014).

d. L'intimé déduit une incapacité de gain de 75 % de la recourante déjà lors de son entrée en Suisse du fait que cette dernière n'a jamais travaillé qu'à un taux de 25 % de 2003 à fin juillet 2010 (avec une interruption en 2007 et 2008).

Une telle déduction fait très insuffisamment cas de la réalité de la situation de la recourante, qui avait déposé en juillet 1999 une demande d'asile en Suisse, puis, près de deux ans plus tard, s'était vu refuser l'asile mais avait obtenu à pouvoir rester en Suisse au bénéfice d'une admission provisoire, avait un faible niveau d'éducation et même d'alphabétisation et, très certainement, de maîtrise du français, et avait alors six enfants, âgés, en 2001, entre 12 ans s'agissant de l'aîné et

3 ans s'agissant du cadet, dont elle avait la garde (et l'a conservée quand bien même certains d'entre eux ont été placés en foyer).

La chambre de céans considère qu'il n'est pas établi au degré de vraisemblance prépondérante que la recourante était devenue invalide (le cas échéant à 75 %) en 2000, et d'ailleurs ni même en 2004. Les circonstances précitées peuvent fort bien expliquer à la fois qu'elle n'ait pas trouvé d'autres emplois que ceux qu'elle a obtenus à hauteur d'un 25 % d'activité environ, et qu'elle n'a pas pu ni même entendu, dans ces circonstances, travailler à un taux d'activité supérieur à 25 %.

e. Si la question de l'invalidité de la recourante avant 2010 s'était posée à l'intimé abstraction faite de tout éventuel problème de nombre d'années de cotisation lors de la survenance de l'invalidité, on voit mal qu'il aurait admis, sur la base des mêmes données, que la recourante n'avait qu'une capacité de gain de 25 % dès son entrée en Suisse et qu'il lui aurait reconnu le droit à une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 75 %. L'appréciation de cette question d'invalidité ne saurait être inversée, sous prétexte que le doute ne doit pas profiter à un assuré en matière d'assurances sociales, du fait qu'il s'agit ici de déterminer la survenance d'une invalidité.

Nonobstant le fait qu'il n'est pas totalement exclu que la recourante, qui ne requiert de rente d'invalidité que depuis novembre 2011, ait pu avoir un certain degré d'invalidité déjà lors de son entrée en Suisse, compte tenu d'atteintes à sa santé psychique liées aux évènements qu'elle avait vécus durant la guerre au Kosovo, il ne saurait être mis à sa charge le fardeau de devoir prouver qu'elle n'était pas invalide au début des années 2000, sur la base de pièces médicales, alors que, d'après le dossier, elle n'a pas consulté de médecin à cette époque, a priori parce qu'elle n'en a pas eu besoin ou, à tout le moins, n'apparaît pas avoir été en état de crise. La chambre de céans retient au demeurant la vraisemblance prépondérante que la recourante n'avait à tout le moins pas une invalidité de 40 % lors de son entrée en Suisse et dans les années ayant suivi.

f. La décision attaquée doit être annulée pour ce premier motif.

7. L'intimé a admis, dans la décision attaquée, que la recourante avait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis juillet 2010. D'après le dossier – et l'intimé paraît avoir fondé cette appréciation aussi sur cet élément –, des atteintes à la santé physique sont venues s'ajouter aux atteintes psychiques, à savoir essentiellement des lombo-cervicalgies et des gonalgies bilatérales (en plus d'asthme). Ces atteintes somatiques ont été estimées avoir des effets sur la capacité de travail de la recourante, par les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ (rapport du 5 septembre 2011), qui ne les ont pas quantifiés, et par la Dre V\_\_\_\_\_ (rapport du 18 novembre 2014), selon laquelle, sur le plan purement somatique, la capacité de travail de la recourante était de 20 % comme nettoyeuse et de 30 à 40 % dans une activité adaptée (avec une possibilité maximale de 50 % selon l'évolution clinique).

---

Dans la mesure où ces atteintes physiques sont d'une nature toute différente que les atteintes psychiques, il appert que même s'il y avait eu survenance antérieure (fût-ce à 2000) d'une invalidité fondée sur un degré d'invalidité d'au moins 40 % en raison d'atteintes psychiques, un nouveau cas d'assurance est intervenu postérieurement au 31 décembre 2007, à une période où la condition d'une durée de cotisation (ici de trois ans) apparaît être remplie. L'octroi d'une rente d'invalidité n'apparaissait pas exclu au moins pour la part d'invalidité due à ces atteintes physiques (cf. consid. 3b § 3).

La décision attaquée doit être annulée en tout état pour ce second motif.

8. La recourante conclut devant la chambre de céans à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir de novembre 2011, en estimant que la survenance de l'invalidité est survenue dans son cas en novembre 2010 (apparemment en sous-entendant qu'elle aurait été entièrement capable de travailler avant ce mois-ci).

La chambre de céans n'a pas à aborder ici la question de savoir à partir de quand et pour quel degré d'invalidité la recourante aurait le cas échéant droit à une rente d'invalidité (partielle ou/puis éventuellement entière). Il appert en effet qu'après avoir été quasiment mis en demeure de statuer, l'intimé s'est avisé qu'un refus de rente pouvait, selon lui, être fondé sur un défaut d'années de cotisation lors de la survenance de l'invalidité et que, dans ces conditions, il n'y avait pas lieu de poursuivre l'instruction du cas. Il a notamment renoncé à effectuer une expertise économique sur le ménage, alors que tout porte à penser que la recourante a un statut mixte et que les données médicales n'apparaissent pas suffire à juger de ses empêchements à assumer ses tâches ménagères. Le dossier n'a pas été instruit suffisamment pour qu'il puisse être statué sur la seconde conclusion du recourant, susrappelée.

9. Le recours sera admis partiellement, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour reprise et poursuite de l'instruction, puis nouvelle décision.
10. a. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 400.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI).
- b. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée 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]).

\* \* \* \* \*



**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'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 18 novembre 2015.
4. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour reprise et poursuite de l'instruction, puis nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 400.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
6. Alloue à la recourante une indemnité de procédure de CHF 1'000.-, à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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