

## GE\_GERICHTE A/1268/2009 vom 26. November 2009

GE Cour de justice, 2009-11-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1268\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1268_2009)

FR: GE\_GERICHTE A/1268/2009 du 26 novembre 2009

IT: GE\_GERICHTE A/1268/2009 del 26 novembre 2009

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.11.2009  
A/1268/2009

A/1268/2009 ATAS/1497/2009 du 26.11.2009 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 22.01.2010, rendu le 30.06.2010, PARTIELMNT ADMIS, 9C\_51/2010 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE  
A/1268/2009 ATAS/1497/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 8 du 26 novembre 2009 En la cause Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA Maurizio recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame S \_\_\_\_\_ (ci-après : «l'assurée» ou «la recourante»), ressortissante de Serbie-et-Monténégro née en octobre 1961, mariée, mère de cinq enfants, est arrivée en Suisse en 1990. La recourante a fréquenté l'école obligatoire en Serbie-et-Monténégro mais a cessé sa scolarité pour se marier. Elle est sans formation professionnelle. Son conjoint est au bénéfice de prestations de l'assurance invalidité et de prestations complémentaires. De novembre 2003 à mi-juillet 2004, l'assurée a travaillé en qualité d'employée d'entretien remplaçante dans une société de nettoyage le soir à raison d'une heure et demie par semaine et a perçu un salaire de 19 fr. 30 (y compris 8,33% à titre de vacances) par heure. Cette activité a pris fin après que l'assurée est partie au Kosovo et n'est plus revenue travailler. Le 2 mars 2007, la recourante dépose une demande de prestations datée du 12 décembre 2006 auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI). Concernant l'atteinte à sa santé, elle déclare un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques ([CIM-10] F 32.2) depuis août 2004. Dans une lettre adressée à l'OCAI le 24 avril 2007, le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée depuis 1991, indique que cette dernière souffre d'une dépression majeure grave, chronicisée. La cause majeure de cette dépression est, à son avis, un syndrome de stress extrême non spécifique, de causalité complexe, lié à des traumatismes répétés, multiples, chroniques. Dans un rapport du 3 juillet 2007, le Dr A \_\_\_\_\_ pose le diagnostic suivant : F 32.2 épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, avec symptomatologie douloureuse gastrique et rachidienne, symptomatologie neurovégétative marquée, insomnie chronique, anxiété chronique, symptomatologie anxieuse de type attaque de panique fréquente, depuis août 2004; syndrome de stress post-traumatique complexe (notion partiellement décrite sous F43.1). Psychotraumatismes chroniques et ponctuels, multiples, successifs, dont la somation permet de remplir les critères de syndrome de stress post-traumatique complexe selon le Prof. B \_\_\_\_\_, depuis août 2004; F17.1 dépendance chronique au tabac à plus de 40 UPA, sans répercussion mesurable sur la fonction respiratoire ou l'électrocardiogramme d'effort; presby-acousie mixte, évaluée en novembre 2006, éventuellement à appareiller; périarthrite scapulo-humérale avec capsulite rétractile,

poussées évolutives depuis 2002; gastrite à HP, succès de traitement éradicateur. Il précise que l'incapacité de travail de l'assurée est totale depuis le 1<sup>er</sup> août 2004 et perdue. A l'anamnèse, le Dr Marc A\_\_\_\_\_ indique qu'il s'agit d'une mère de famille âgée de 46 ans, qui a eu cinq enfants. Bosnienne d'origine, elle a vécu durant les années d'occupation serbe du Kosovo, seule à élever cinq enfants jusqu'en 1990. Son mari travaillait comme manoeuvre de chantier à Genève depuis 1981. La réunion familiale a lieu en 1990, à Genève, année où son conjoint est victime d'une chute d'un échafaudage ayant entraîné une invalidité complète pour lombalgies post-traumatiques majeures. La patiente se retrouve de nouveau en situation de mère cheffe de famille, malgré la hiérarchie très patriarcale de ce couple et elle doit assumer pour l'essentiel l'éducation de ses cinq enfants, exilée en Suisse dans une situation de quasi illettrisme puisqu'elle ne maîtrise que très peu le français. Durant cette période très troublée de l'histoire du Kosovo, elle a de grandes craintes quant au statut de la famille en Suisse qui n'est pas renvoyée dans ce pays en guerre. Les craintes qu'elle a pour la santé de son mari augmentent en 1994 en raison d'un infarctus du myocarde qui menace sa vie et qui s'accompagne d'un diabète de type II nécessitant un traitement à l'insuline. C'est une mère aimante, active, qui consacre toute son énergie et son affection à sa famille, elle a très peu de liens extra-familiaux à Genève. Durant la guerre du Kosovo, sa mère, qui est veuve, perd trois de ses frères, vraisemblablement assassinés par les Serbes bosniens à Tuzla, les corps n'ayant jamais été retrouvés et sa mère étant très marquée par ce drame familial. Comme sa mère était un soutien moral important pour elle, la relation s'inverse et elle doit soutenir la névrose traumatique de celle-ci. Ces traumatismes multiples de guerre constituent indiscutablement l'un des éléments du syndrome de stress post-traumatique complexe dont souffre la patiente. La disparition du corps des oncles exécutés joue également un rôle délétère, bien établi, dans le blocage du processus de deuil d'après guerre. La fratrie de la patiente a été également atteinte par les conséquences de la guerre et de l'après-guerre au Kosovo, à l'exception de deux soeurs qui vivent en Allemagne. L'assurée, lorsqu'elle vivait au Kosovo avec ses cinq enfants, était bien soutenue par sa belle-mère qui est décédée en 2001. La belle-famille vivant dans un village très proche de la frontière macédonienne, ni le village ni ses habitants n'ont subi de dévastation lors de l'agression militaire et paramilitaire des Serbes contre le Kosovo. Cependant, il existe de grandes tensions avec les huit frères et soeurs de son mari, aîné de la fratrie, qui a été exclu par cette fratrie du partage du modeste héritage familial. En 1998, la patiente a été victime d'un accident de bus TPG où elle a subi une élongation de la nuque dont il est résulté des cervicalgies et des torticolis à répétition sans lésion osseuse radiologique. La patiente est intolérante au niveau gastrique pour les AINS. Elle souffre également de lombalgies récurrentes et depuis 2002 d'épisodes de périarthrite scapulo-humérale surtout à gauche, avec une sonographie de capsulose rétractile, sans calcification ni signe d'arthrose. C'est depuis août 2004 que la patiente présente une symptomatologie de dépression majeure sévère, non psychotique, avec un épuisement psychique très important et une interruption de toutes ses activités, notamment dans le ménage familial. La patiente a alors 44 ans, son aînée a 26 ans et son cadet 17 ans, tous les enfants sont émancipés sauf le cadet qui est à l'Ecole de Commerce. Tous les enfants participent à la solidarité familiale et ont pris le relais de la mère pour toutes les fonctions ménagères qu'elle effectuait jusque là. A noter que l'assurée éduque depuis six ans son petit-fils Imran, né d'un bref mariage de son fils aîné avec une compatriote et qui s'est vu confier la garde de son garçon. La souffrance psychique est évidente, intense, l'épuisement psychique très incapacitant, dans toutes les sphères de l'existence. Le traitement

antidépresseur n'a permis qu'une amélioration partielle du sommeil et de l'anxiété, sans contrôler les importantes bouffées neurovégétatives, les sudations, la rumination dépressive, la perte du sens de l'existence et de la valeur humaine de sa propre personne. Le Dr A \_\_\_\_\_ décrit les plaintes de l'assurée comme suit : la patiente souffre d'un manque d'énergie constant à prédominance matinale, elle est insomniaque surtout dans la seconde partie de la nuit. Elle présente d'importantes bouffées de chaleur, avec une transpiration incoercible une à deux fois par heure. Elle rumine des pensées en relation avec ses douleurs cervicales et lombaires, en partie attribuée aux séquelles de son accident de circulation, sans que l'on puisse parler de sinistrose. La patiente est constamment tendue, angoissée, «incapacité» par un manque d'énergie qui lui a fait progressivement renoncer à son rôle domestique et ménager, ses enfants, en particulier son aînée ayant progressivement pris le relais pour toutes les activités ménagères et éducatives (petit-fils) qu'elle assumait jusque là. S'agissant des constatations objectives, le médecin traitant de l'assurée indique, après s'être référé au rapport de la Dresse C \_\_\_\_\_, que la patiente ne présente pas d'interprétativité ou d'hallucination ou d'idées délirantes. La tristesse est constante, tout comme son manque d'énergie, son absence de plaisir dans l'existence ainsi que son anxiété et sa tension nerveuse. Il y a des épisodes de limitation douloureuse au niveau de la mobilité de l'épaule gauche, qui constituent en eux-mêmes un handicap majeur par rapport à sa profession de référence de nettoyeuse. La patiente est non francophone et ses connaissances de français sont extrêmement limitées, ce qui implique un contact à travers l'interprétariat de l'une de ses filles, la cadette très dévouée à son égard, comme le reste de la fratrie. L'inhibition du processus vital est très frappante chez cette personne, jeune de 46 ans. En ce qui concerne les thérapie et pronostic, le Dr Mrc A \_\_\_\_\_ précise que, par rapport à sa gastrite, la patiente a reçu avec succès un traitement éradicateur de l'HP. Le traitement antidépresseur a permis une diminution de l'insomnie et de la nervosité mais a eu peu de succès au niveau de l'énergie vitale et de la chronicisation du processus dépressif. Les facteurs pronostics péjoratifs sont essentiellement la somme des stress existentiels que la patiente a traversé durant 25 ans et la somme des psychotraumatismes majeurs qu'elle a subis. Il considère que le pronostic de cette dépression avec une composante majeure d'épuisement psychique chronique est très réservé, la psychothérapie de soutien du MPR étant limitée par les problèmes linguistiques et l'objectivité du statut victimaire dont souffrait cette personne. A son avis, la rupture existentielle est définitive et le pronostic de cette dépression majeure est très réservé, l'incapacité de travail étant totale tant en qualité de nettoyeuse qu'en qualité de mère de famille responsable des activités ménagères du foyer. Le Dr A \_\_\_\_\_ ajoute qu'il ne voit aucun traitement qui puisse remédier à la somme des deuils qui ont accablé cette personne, malgré la remarquable solidarité familiale dont elle est l'objet de la part de ses enfants et de son conjoint. Le médecin précité en conclut que l'incapacité de travail totale de cette personne va être durable pour plusieurs années et probablement être définitive au vu de la gravité de la somme des psychotraumatismes. La notion d'état de stress post-traumatique est insuffisante pour décrire cette situation, il est plus adéquat de parler de syndrome de stress post-traumatique complexe ou de syndrome de stress extrême non spécifique (DESNOS). En vue du dépôt de la demande de prestations AI, le Dr A \_\_\_\_\_ a adressé la recourante à divers médecins spécialistes qui ont établi les rapports suivants : a) Dans un rapport du 8 juin 2007, la Dresse C \_\_\_\_\_, cheffe de clinique du Département de psychiatrie, service de psychiatrie adulte aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), qui a vu l'assurée à trois reprises, la dernière fois en mars 2007, diagnostique un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques

(F32.2) et un état de stress post-traumatique (F43.1). Après avoir rappelé l'anamnèse de l'assurée, la Dresse C\_\_\_\_\_ indique que, sur le plan de l'anamnèse psychiatrique, l'épisode actuel de décompensation thymique et anxieuse évolue sans rémission depuis au moins trois ans. La patiente a vécu d'importantes pertes et confrontation avec un vécu difficile de la vie (vie seule au Kosovo avec cinq enfants, arrivée avec eux en Suisse avec tous les phénomènes d'émigration, maladie invalidante du mari avec un sentiment profond de confrontation avec la mort lors de son infarctus). La gestion de ses périodes était plutôt orientée vers une survie et surinvestissement auprès de la famille, avec un important sentiment de sacrifice personnel au nom d'un bien être familial. Une profonde solidarité familiale semble aussi avoir mobilisé les enfants qui continuent à être très présents et très soutenant. Néanmoins, il semble que depuis son accident de circulation, la capacité de gestion du quotidien de l'assurée est réduite, avec une fatigue de plus en plus importante, douleurs corporelles, en lien avec des séquelles somatiques d'accident et une installation des ruminations associées au vécu traumatique d'accident qui devient de plus en plus prononcé. Cela devient réellement un vécu traumatique, fragmentaire, avec un puissant sentiment de changement de vie avec un avant et un après, reviviscence et un fort sentiment de culpabilité la renvoyant encore à une lourde épreuve de destin "pourquoi moi ?". Il est à relever que c'est une période dans lequel deux évènements ont fort probablement renforcé la dégradation de l'état psychique de l'assurée. En 2001, sa mère a été confrontée à un vécu d'une profonde confrontation avec trauma de guerre, meurtre et perte symbolique renforçant un sentiment de déracinement. Même si elle partage peu, la patiente vit cette détresse, qu'à son tour elle n'a pas avec qui partager, avec un sentiment d'impuissance. C'est aussi en 2001 que la belle-mère décédera, comme une deuxième personne de référence et de lien profond. La patiente ne pourra pas se rendre aux funérailles et sera confrontée au deuil et tristesse de son mari, qui même si il s'y est rendu n'a pas été autorisé à assister à celles-ci. Une anergie avec anhédonie s'installe depuis le mois d'août 2004. Elle ne travaille plus, ce qui est vécu comme un perte indéniable tant sur le plan émotionnel que comportemental ainsi que du rôle familial et social. Le mari et elle sont réduits à une assistance dévouée de leurs enfants. Toute capacité de gestion du quotidien pour l'assurée tel que ménage, rapports de socialisation ou des responsabilités familiales sont réduits. Au vu de la sévérité de l'état de décompensation psychique, un suivi très rapproché est assuré par le médecin de famille. Sans cette assistance des enfants, fort probablement l'état clinique de l'assurée aurait nécessité une intervention hospitalière. Sur le plan médicamenteux, traitement de Citalopram à raison de 40 mg/j. est introduit depuis 2006, avec une certaine atténuation des syndromes dépressifs, mais persistance avec asthénie psychique majeure. S'agissant du status psychiatrique, la Dresse C\_\_\_\_\_ précise que la patiente se présente en tenue hygiéno-vestimentaire correcte, collaborante, avec les traits tirés, paraissant plus que son âge. Un ralentissement psychomoteur est présent, avec comme apparence émotionnelle plutôt une tristesse avec pleurs à l'évocation d'un quelconque vécu du passé, avec un sentiment d'impuissance, et défaitisme face à la vie qui est perçue comme une épreuve à laquelle elle ne parvient plus à faire face. L'entretien se déroule dans sa langue maternelle, l'albanais. Elle est adéquate, avec un discours informatif, néanmoins appauvri, avec des ruminations obsédantes qui, même si au départ semblent être centrées autour du vécu traumatique, tant de ses propres accidents que la maladie de son mari, semblent se généraliser sur les autres vécus et relations. Un sentiment de confrontation inévitable avec un destin tragique est à l'origine d'un sentiment de perte d'espoir et de futilité. Une tristesse est présente, avec un fort sentiment d'anhédonie, perte du sens global de la vie, anergie.

Incapacité de mobilisation quant au quotidien, même pour les tâches élémentaires comme faire des commissions ou repasser. Le sommeil est entrecoupé avec des réveils matinaux, les douleurs corporelles sont vécues comme invalidantes, intensifiées la nuit, sans rémission. Les idées suicidaires sont fluctuantes, pour lesquelles la patiente peut s'engager dans un contrat de non passage à l'acte, et qui semblent plutôt être associés à la persistance d'une telle vie avec un sens perdu. Pas de libido, le couple n'a pas de rapports sexuels depuis plusieurs années. Pas d'éléments de la lignée psychotique. Une anxiété de fond est présente tout au long de la journée avec un sentiment de nervosité, transpiration massive, tachycardie, le corps affaibli et les jambes en coton. Plusieurs fois par jour pendant 30 minutes elle vit une amplification de ce cortège neurovégétatif, atteignant l'intensité d'une attaque de panique, avec peur de mourir, peur de perdre le contrôle. La patiente est envahie par des cauchemars, qui sont plutôt à contenu traumatique (répétitifs, la confrontant à un sentiment d'impuissance et de détresse profonde). Les reviviscences de l'accident de circulation s'enchaînent à d'autres vécus antérieurs, associés à un sentiment d'hyperactivité neurovégétative, évitement des confrontations à des situations sociales plus larges, non associées à l'évitement d'une situation précise. Tendance à l'isolation, limitation des contacts sociaux (une amie, absence de tous contacts familiaux en Suisse). L'échelle de dépression de Hamilton est à 25. La Dresse C\_\_\_\_\_ ajoute que même si actuellement la patiente remplit des critères pour des attaques de panique et une anxiété généralisée, ceux-ci surviennent dans le cadre de la décompensation thymique et un tel diagnostic ne peut être retenu. Elle conclut qu'une prise en charge tant médicamenteuse que psychothérapeutique à long terme semble très indiqué au vu de l'évolution chronique et des facteurs d'entretiens qui semblent être défavorables quant au pronostic ultérieur. Une adaptation médicamenteuse avec éventuellement des stratégies de potentialisation devront être envisagées. b) Dans un rapport du 16 novembre 2006, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a soumis l'assurée à un bilan cardiologique et a conclu que, depuis un ou deux mois, la patiente se plaint de douleurs au niveau de l'hémithorax antérieur gauche, bien localisées, survenant indépendamment d'un effort, qui peuvent être considérées comme atypiques pour un angor. Ces manifestations pourraient suggérer une contrainte intercostale et sternocostale consécutive à des troubles statiques de la colonne cervico-dorsale et en présence d'une omarthrose. Les test d'effort s'est révélé négatif aussi bien sur le plan clinique et électrique pour un palier maximal de 125 W. c) Dans un rapport du 8 février 2007, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et pneumologie, indique que le bilan réalisé (radio du thorax, fonctions pulmonaires et SaO2) est dans la norme. d) Dans un rapport du 14 novembre 2006, le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste en ORL, en maladies allergiques et en acupuncture, indique que l'assurée présente une hypoacousie progressive. L'otoscopie montre un tympan légèrement cicatriciel à gauche. Le bilan auditif révèle une hypoacousie de type mixte (de type presbyacousie avec facteur de transmission), légèrement prédominant à droite. Dans un premier temps, le médecin précité lui a proposé d'améliorer sa fonction tubulaire (corticoïde topique nasal, physiothérapie de la trompe d'Eustache) et de réévaluer son seuil auditif. En cas de péjoration et d'absence d'amélioration, l'indication à une éventuelle audioprothèse pourrait être discutée. e) Dans un rapport du 1 er février 2007, la Dresse G\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie-obstétrique, indique qu'elle ne dispose d'aucun élément contributif en vue d'une demande AI sur le plan gynécologique. A l'appui de son rapport du 3 juillet 2007, le Dr A\_\_\_\_\_ a encore joint divers anciens avis médicaux relatifs à la colonne cervicale, à la colonne lombaire et à l'épaule gauche de la recourante : a) Le 6 janvier 1999,

le Dr H \_\_\_\_\_, radiologue, observe, par rapport à la colonne cervicale, des troubles statiques sous forme d'une rectitude cervicale avec ébauche d'inversion de la lordose, associée à une légère rotation axiale antihoraire des C2 et C3. Pas de fracture objectivée. b) Le 9 novembre 2001, le Dr I \_\_\_\_\_, radiologue, constate, par rapport à la colonne cervicale, la présence d'une rectitude sur le cliché de profil avec une légère inversion de la lordose physiologique au niveau cervical moyen. L'alignement et l'épaisseur des disques intervertébraux sont par ailleurs préservés. Minime réaction ostéophyttaire marginale débutante postéro-supérieure sur le plateau supérieur de C5. Aspect normal des structures osseuses. Pas de lésion osseuse focale suspecte ni fracture visible. Aspect normal des tissus mous. Les apex pulmonaires sont libres. c) Le 4 décembre 2001, le Dr I \_\_\_\_\_ constate, par rapport à la colonne lombaire, une attitude légèrement scoliotique dextroconvexe à l'étage lombaire, sans bascule du bassin. L'alignement des murs postérieurs et l'épaisseur des disques intervertébraux sont préservés. Petites réactions ostéophyttaires marginales latérales étagées, plus prononcées sur le plateau inférieur à droite de L2. Pas de lésion osseuse focale suspecte. Tous les pédicules sont visibles. Aspect normal des articulations sacro-iliaques et coxofémorales des deux côtés. Pas de calcification pathologique. d) Le 2 décembre 2005, le Prof. J \_\_\_\_\_, radiologue, constate par une radiographie de l'épaule gauche que les morphologie et structure osseuses sont dans les limites normales, que les articulations gléno-humérale et acromio-claviculaire sont d'aspect normal et qu'enfin, il n'y a ni ascension de la tête humérale ni calcification des tissus mous visibles. e) Le 5 décembre 2005, selon le Dr K \_\_\_\_\_, radiologue, l'échographie de l'épaule gauche révèle que l'espace sous-acromial est légèrement diminué, mais que la bourse sous-acromio-deltoïdienne n'est pas épaissie et ne présente pas d'épanchement. Les trois tendons de la coiffe des rotateurs, particulièrement le sus-épineux, sont intacts. L'articulation acromio-claviculaire garde des rapports normaux. Le tendon sous-scapulaire et son insertion sont également intacts. Le long chef du biceps est bien en place dans sa gouttière. Sa gaine n'est pas particulièrement tuméfiée. Le tendon du long chef du biceps, dans son passage intra-articulaire, est souligné par un net épaississement du complexe capsulo-ligamentaire qui présente un aspect légèrement resserré sur son passage. Le radiologue précité conclut que ces éléments sont compatibles avec une capsulite (capsulose) actuellement modérément rétractile, évolutive, de l'épaule gauche. Dans l'annexe au rapport médical concernant l'évaluation de la réinsertion professionnelle du 2 juillet 2007, le Dr A \_\_\_\_\_ indique d'une part que l'assurée est totalement incapable – psychologiquement et rhumatologiquement – de poursuivre ses activités de nettoyeuse et de mère de famille nombreuse, et d'autre part qu'aucune autre activité ne peut être exigée d'elle, en raison de son syndrome de stress post-traumatique complexe. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, le Dr A \_\_\_\_\_ ne répond pas aux questions, en se limitant à indiquer d'une manière globale que cela n'est pas pertinent, l'incapacité de l'assurée étant totale. L'OCAI a sollicité l'avis de la Dresse C \_\_\_\_\_ en date du 28 juin 2007. Dans un rapport médical du 2 août 2007, le médecin précité maintient le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'état de stress post-traumatique (F43.1), existant au moins depuis 2004. » Elle retient que la recourante est totalement incapable d'exercer son activité de femme de ménage pour une durée indéterminée à compter de 2004. Selon elle, l'état de santé de l'assurée est stationnaire, sa capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales, des mesures professionnelles ne sont pas indiquées, l'assurée n'a pas de moyens auxiliaires, elle n'a pas besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie et

un examen médical complémentaire est nécessaire. Après avoir rappelé l'anamnèse de l'assurée, elle décrit les plaintes subjectives de cette dernière comme suit : tristesse, anxiété, sommeil perturbé, pleurs, ruminations envahissantes et douleurs corporelles marquées. S'agissant des constatations objectives, la Dresse C \_\_\_\_\_ fait état de ralentissement psychomoteur, tristesse, pleurs, sentiment d'impuissance, défaitisme. Discours appauvri, centré sur le vécu dramatique. Perte d'espoir, idéation suicidaire. Anhédonie, anergie, incapacité de mobilisation au quotidien, aide permanente de sa fille aînée. Anxiété permanente avec nervosité et cortège neurovégétatif amplifié deux à trois fois par jour à l'intensité des attaques de panique difficilement gérée par la patiente. En ce qui concerne les thérapie et pronostic, la Dresse C \_\_\_\_\_ indique que la patiente nécessite un suivi thérapeutique et médicamenteux. Au vu de l'évolution longue de la maladie, sans rémission ainsi que des facteurs d'entretien, le pronostic à long terme lui semble peu favorable. Dans l'annexe au rapport médical concernant l'évaluation de la réinsertion professionnelle du 2 août 2007, la Dresse C \_\_\_\_\_ indique que l'assurée est incapable de poursuivre l'activité exercée jusqu'ici (sans préciser laquelle), mais qu'une autre activité peut être exigée d'elle, avec une diminution du rendement (sans en préciser la mesure). Dans un avis du 16 octobre 2007, les Dr L \_\_\_\_\_, médecin chef adjoint, et M \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, du Service médical régional AI (SMR) de Suisse romande indiquent que les diagnostics retenus, à savoir un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques F32.2 et un état de stress post-traumatique F43.1, doivent être confirmés par une expertise psychiatrique dans la mesure où, premièrement, l'état de stress post-traumatique ne peut pas excéder six mois après l'exposition au stress (d'après la CIM-10) et ne peut donc expliquer une décompensation depuis 2004, et, secondement, l'épisode dépressif sévère remonterait à 2004 mais ne serait traité qu'à partir de 2006 avec un médicament permettant une diminution de l'insomnie et de la nervosité mais avec peu de succès au niveau de l'énergie vitale et de la chronicisation du processus dépressif, alors que le rapport des HUG recommande une adaptation médicamenteuse avec éventuellement des stratégies de potentialisation à envisager. Le 13 novembre 2007, l'OCAI a adressé une demande d'expertise psychiatrique à la Dresse N \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 3 mars 2008, après avoir exposé l'anamnèse de l'assurée – effectuée en albanais par le biais d'un interprète – (sur les plans familial, personnel, scolaire et professionnel, social, des habitudes, de l'hérédopathie, somatique, psychopathologique), les plaintes et données subjectives de l'assurée, son status clinique, la Dresse N \_\_\_\_\_ pose le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11), présent depuis août 2004 et ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, et de syndrome de dépendance au tabac, sans répercussion sur la capacité de travail. A l'anamnèse sur le plan psychopathologique, l'expert précise que dès août 2004, l'assurée souffre d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et d'un état de stress post-traumatique. Dès 2006, l'assurée suit un traitement de Citalopram 40 mg par jour. De janvier à mars 2007, elle se rend à trois reprises au Centre de Thérapies Brèves (CTB) pour investigation où un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et un état de stress post-traumatique sont diagnostiqués. Il n'y a pas eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique et il n'y a pas de psychiatre traitant. Par rapport à l'évolution de la maladie et les résultats des thérapies, l'expert relève notamment que la proposition, formulée par la psychiatre du CTB, d'adapter le traitement antidépresseur avec éventuellement des stratégies de potentialisation n'ont pas été mis en place malgré une évolution défavorable. Sous la rubrique «appréciation du cas et pronostic», l'expert rappelle

d'abord l'anamnèse de l'assurée sur les plans familial, personnel et psychopathologique, puis expose que, lors de l'expertise, la recourante ne présente pas de ralentissement psychomoteur, elle se montre plutôt souriante dans le contact, sauf lorsqu'elle évoque des événements traumatiques de sa vie; le tonus vital est diminué et l'assurée mentionne une absence d'initiative dans les tâches ménagères. L'expertisée évoque une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie, une diminution de la confiance en soi, un sentiment de culpabilité, une hypersomnie diurne et par conséquent des insomnies nocturnes, une difficulté à ressentir des émotions, un état d'abattement dans la journée et une absence de libido; ces symptômes sont assimilables à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Persistent des symptômes résiduels d'un état de stress post-traumatique, à savoir ponctuellement, et non chaque nuit, des cauchemars en lien avec des membres décédés de la famille et des attaques de panique liées aux souvenirs des anciens traumatismes, un émoussement psychique et des conduites d'évitement. L'expertisée ne présente pas de flash-back, de pensées intrusives, de phobie, d'état de qui-vive ou de reviviscence constante des événements, raison pour laquelle l'expert ne retient pas un diagnostic d'état de stress post-traumatique au sens de la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement CIM-10. Toutefois, l'assurée a été confrontée à divers traumatismes, ce qui a progressivement décompensé sa thymie. Bien que l'expertisée ne puisse avoir de projets pour elle-même, elle en évoque pour ses enfants et en particulier pour ses petits-enfants qu'elle investit. De même, l'expertisée se rend annuellement dans son pays d'origine rendre visite à sa mère et à la fratrie. L'expertisée décrit un niveau de fonctionnement extrêmement bas, donnant l'impression de vivre avec son mari comme un couple de vieillards; ceci est en partie en discordance avec ce qui est objectivé durant l'examen et du contact de l'expertisée, tant avec l'interprète qu'avec l'expert. L'expert ajoute qu'au vu d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique perdurant depuis de nombreux mois, une compliance médicamenteuse bonne et un taux sérique de Citalopram dans les normes, la médication antidépressive doit être modifiée. Un traitement de duloxétine (Cymbalta) pourrait être introduit avec contrôle des taux sériques (l'oméprazole pourrait baisser le taux de Cymbalta par induction enzymatique) associé à une prise en charge psychiatrique. Ces traitements sont exigibles. Dans les limitations fonctionnelles, l'expert retient une anhédonie, une thymie moyennement abaissée, une absence d'intérêt pour toute activité, un manque de motivation, une hypersomnie diurne, un sentiment d'incompétence et une diminution du tonus vital. Ces limitations interfèrent de 60% dans une activité simple. Cependant, le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle paraît très compromis en raison du contexte familial, de la précarité financière et de l'absence de formation. Des facteurs d'acculturation sont également présents; malgré 18 ans passés en Suisse, l'expertisée ne parle pas le français; ces différents facteurs ne sont pas du registre médical. L'expert retient que l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique entraîne des limitations qualitatives et quantitatives sur les plans psychique et mental, ainsi que sur le plan social. Il considère que l'anhédonie, l'absence de motivation, la perte d'élan vital, l'hypersomnie diurne et par conséquent les insomnies nocturnes, la thymie moyennement abaissée et le sentiment de dévalorisation interfèrent en partie avec l'activité exercée jusqu' alors. Il estime que « dans une activité à 100%, la capacité résiduelle est de 40%. Dans l'activité ménagère, la capacité actuelle est de 60% », « que l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à raison de 3 heures par jour », que « dans le cadre d'une activité à 40%, [il n'y a] pas de diminution du rendement », que l'incapacité de travail existe depuis août 2004, étant

précisé qu'« entre août 2004 et fin 2005, l'expert n'est pas en mesure de préciser le taux d'incapacité de travail. De janvier 2006 à mars 2007 [...], incapacité de travail de 100%. Dès mi-2007, incapacité de travail de 60% jusqu'à ce jour ». Il ajoute que « l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique interfère en partie avec une adaptation à un environnement professionnel mais ce sont essentiellement des facteurs socioculturels et de langue qui empêchent une adaptation à un environnement professionnel ». Dans un rapport d'examen SMR du 2 avril 2008, les Dr O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ retiennent que, quelle que soit l'importance ayant été donnée aux traumatismes qui ont induit le syndrome de stress post-traumatique (qui seraient l'accident de moto puis l'infarctus du mari, des conflits avec ses beaux-frères, qui la reverront au pays au décès de son mari, peur d'une guerre qui est maintenant terminée, le décès de nombreux membres de sa famille), ceux-ci n'induisent aucunement un stress post-traumatique, comme cela a été mentionné au long de l'instruction. Par ailleurs, les éléments symptomatiques et cliniques relevés concernant la thymie atteignent le seuil diagnostique d'un épisode dépressif moyen, accompagné de syndrome somatique. Toutefois, la persistance dans la situation décrite au long de l'instruction depuis 2004, le bas niveau de formation, le contexte familial peu stimulant, l'absence d'intégration dans la société (ne parle pas le français après 16 ans de vie dans notre pays), s'accumulent comme facteurs rendant très difficile la reprise d'une activité de travail. Les limitations fonctionnelles liées à l'épisode dépressif induisent une baisse de rendement de 60% environ, dans la part travail et 40% dans la part ménage. La capacité de travail (CT) retenue dans l'activité habituelle est de 40% et dans l'activité ménagère de 60%, chez une assurée au statut mixte 50/50. La baisse de rendement est déjà déduite. Cela vaut depuis juin 2007. D'août 2004 à fin 2005, il faut retenir une capacité de travail nulle, l'expert ne prenant pas position et les documents du médecin traitant devant faire foi, et de janvier 2006 à fin mai 2007, une capacité de travail nulle, sur la base des documents au dossier. Une enquête économique sur le ménage a été diligentée en date du 16 septembre 2008. Il est précisé qu'elle a eu lieu en présence du mari et du fils de l'assurée, cette dernière ne parlant pas bien le français. Par rapport à l'exercice d'une activité lucrative sans handicap, il est indiqué que, selon les dires de son fils, confirmés par l'assurée, cette dernière travaillerait à 100%. L'enquêtrice constate toutefois que l'assurée n'a jamais travaillé à plein temps et n'a jamais effectué de démarches pour retrouver un emploi. Il lui paraît dès lors plus plausible de retenir un statut de 50%, compte tenu du fait que l'époux de l'assurée est bénéficiaire d'une rente AI depuis 2003. Par rapport aux travaux ménagers, l'enquête ménagère conclut à un degré d'empêchement de 21,25%. En particulier, les empêchements suivants ont été retenus : Description des empêchements dus à l'invalidité L'exigibilité des membres de la famille est déjà prise en compte dans les empêchements. Pondération du champ d'activité en % Empêchement en % Invalidité en % Conduite du ménage 2-5% Mme S\_\_\_\_\_ ne rencontre pas de problèmes particuliers dans l'organisation du ménage, bien qu'elle oublie parfois certaines tâches. 5% 5% 0.25% Alimentation 10 – 50% avant : elle préparait des bons repas familiaux, invitait souvent la famille et les amis. Maintenant : elle prépare des choses très simples, parfois aidée par son mari (omelette, tartines, pain, des pâtes, du riz ou du cassoulet). L'assurée n'a plus d'appétit. Ils ne font plus d'invitations. 40% 15% 6% Entretien du logement 5 – 20 % avant : elle était très maniaque et s'occupait seule de l'entretien du logement. maintenant : elle commence à faire le ménage, essaye de passer l'aspirateur, puis transpire et doit s'arrêter, parfois elle perd l'équilibre, lâche les objets et les laisse tomber par terre. Sa fille ne la laisse plus faire car elle a cassé des verres, elle le fait à sa place. L'assurée fait encore la poussière par petites étapes. La fille passe l'aspirateur et

nettoie les sols, elle s'occupe des vitres. 20% 30% 6% Emplettes et courses diverses 5 - 10 % avant : elle faisait les courses avec son époux. maintenant : les grandes courses sont effectuées le samedi par le mari et le fils aîné qui habite à l'extérieur. Les petites courses journalières (pain) sont effectuées par l'assurée ou par le mari. 10% 0% 0% Lessive et entretien des vêtements 5 - 20 % avant : elle s'occupait seule de l'entretien des vêtements. maintenant : selon les dires du fils, elle se trompe en triant les habits : elle a mélangé les couleurs et des chemises ont été abimées. Elle a une machine à laver mais ne sait pas l'utiliser. C'est le fils ou la fille qui s'en occupe. Elle a un tas de repassage à faire, c'est sa fille qui s'en occupe le weekend. 20% 40% 8% Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille 0-30% 0% 0% 0% Divers 0 – 50 avant : elle préparait des gâteaux pour les fêtes de quartier, avait un jardin familial à Aire avec des lapins. Elle avait des poissons et des perruches : elle a oublié de les nourrir et ils sont morts. Total 100% % 21.25% Qui exécute les travaux ménagers que l'assuré(e), en raison de son invalidité, ne peut plus accomplir lui/elle-même ? Le mari et les enfants. L'enquêtrice précise que, dans la sphère ménagère, les empêchements de l'assurée sont relativement importants, notamment en raison du manque de motivation et de l'absence d'intérêt dus à sa maladie. L'assurée se repose beaucoup sur ses enfants, lesquels offrent une assistance dévouée. Le fils aîné et la fille qui n'habitent pas avec l'assurée viennent à tour de rôle l'aider, soit pour le ménage, le repassage, la lessive, soit pour les courses. Le fils aîné, qui était présent, semble en avoir marre de cette situation. Dans la culture de cette famille, les filles doivent remplacer la mère lorsque cette dernière rencontre un problème de santé. Il paraît vraisemblable et cela peut être exigé que l'assurée effectue une partie des tâches ménagères. Dans un projet de décision du 31 octobre 2008, l'OCAI informe l'assurée que, compte tenu du rapport d'expertise médicale du 26 février 2008 [recte : 3 mars 2008] et du rapport d'enquête à domicile du 16 septembre 2008, il estime qu'une incapacité de travail totale doit être admise du 1<sup>er</sup> août 2004 au 31 mai 2007, que, vu l'amélioration de son état de santé en juin 2007, une reprise d'activité à 40% au lieu de 50% doit être possible et que l'empêchement dans la tenue du ménage est de 21.25%. Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est de 61% (50% pour l'activité de nettoyeuse et 10,62% [21,25% de 50%] comme femme de ménage) du 1<sup>er</sup> août 2005 (fin du délai de carence d'une année) au 31 août 2007 (soit trois mois après l'amélioration constatée en juin 2007), et de 21% (10% pour l'activité de nettoyeuse et 10,62% [21,25% de 50%] comme femme de ménage) dès le 1<sup>er</sup> septembre 2007. L'OCAI envisage dès lors d'octroyer un trois quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> août 2005, puis de supprimer ce droit à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2007, étant précisé qu'en raison de la tardiveté de la demande, le versement ne devrait intervenir qu'à partir du 2 mars 2006. Par lettre du 24 novembre 2008, le Dr A\_\_\_\_\_ s'est vigoureusement opposé au projet de décision de l'OCAI. En substance, il conteste toute amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis août 2004 et estime que l'invalidité de cette dernière est de 100% comme nettoyeuse et d'au moins 70% comme femme au foyer. Il ajoute que l'isolement socioculturel et linguistique de l'assurée, la chronicité des stress majeurs qu'elle a dû affronter durant une trentaine d'années et les éléments de traumatisme de guerre ont entraîné un effet sommatif qui a produit une rupture existentielle chez l'assurée en 2004 dont elle ne s'est jamais remise, malgré un soutien intensif de ses enfant. Selon lui, il n'y a pas eu chez l'assurée de rebond de résilience lui permettant de sortir du cercle vicieux de la souffrance psychique dépressive et post-traumatique. Dans un avis du 10 décembre 2008, le Dr Q\_\_\_\_\_ du SMR expose que le Dr A\_\_\_\_\_, non psychiatre, n'invoque que des troubles psychiques pour justifier sa propre évaluation de la situation, sans apporter

d'élément médical nouveau. Le fait que le médecin traitant ne fasse aucune allusion à des limitations physiques permet de considérer que les atteintes physiques présentes depuis plusieurs années n'ont pas empêché l'assurée de travailler. Enfin, l'atteinte psychique de l'assurée a été évaluée par une expertise psychiatrique dont les conclusions ne sont pas remises en cause par l'appréciation actuelle et antérieure du Dr A\_\_\_\_\_. Il maintient dès lors l'appréciation du 31 octobre 2008. Par décision du 17 février 2009, l'OCAI confirme le droit à un trois quarts de rente du 1<sup>er</sup> août 2005 au 31 août 2007, puis sa suppression, avec versement seulement à compter du 3 mars 2006 en raison de la tardiveté de la demande. Ayant omis de tenir compte de l'élection de domicile de l'assurée en l'étude de son avocat récemment constitué, l'OCAI notifie la même décision, datée du 26 mars 2009, directement au mandataire de la recourante. Le 7 avril 2009, l'assurée recourt contre cette décision par l'entremise de son avocat, en concluant à l'annulation de cette dernière et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2006. A titre subsidiaire, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. A l'appui de son recours, l'assurée expose que, comme nettoyeuse à 50%, elle est totalement incapable de travailler, et, dans son activité de femme au foyer à 50%, l'empêchement est d'au moins 70%. Elle conteste le diagnostic posé par l'expert, ainsi que l'amélioration de son état de santé depuis juin 2007 retenue par celui-ci. Elle reproche à l'expert de n'avoir pas motivé ses conclusions et de n'avoir pas tenu compte des avis du Dr A\_\_\_\_\_ et de la Dresse C\_\_\_\_\_, laquelle a vu l'assurée à trois reprises et non une seule fois comme l'expert. Elle critique également les conclusions de l'enquête économique sur le ménage, en ce sens qu'elle est conçue pour évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physiques et non psychiques et que les taux d'invalidité retenus ne sont pas compatibles avec les remarques formulées par l'enquêtrice. Dans sa réponse du 19 mai 2009, l'OCAI conclut au rejet du recours. Il expose que l'expertise psychiatrique de la Dresse N\_\_\_\_\_ remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante et que, de plus, depuis mars 2007, l'assurée n'est plus suivie par un psychiatre, n'a pas été hospitalisée et consulte uniquement le Dr A\_\_\_\_\_ à raison d'une fois par mois, ce qui n'est pas compatible avec un état dépressif sévère. En ce qui concerne les empêchements dans la tenue du ménage, l'OCAI relève que l'enquêtrice a tenu compte des répercussions de l'atteinte psychique sur la tenue du ménage, puisqu'elle avait l'ensemble du dossier de l'assurée à disposition y compris les éléments médicaux, que la Dresse C\_\_\_\_\_ a vu l'assurée pour la dernière fois en mars 2007, soit avant l'amélioration de l'état de santé retenu par l'expert, et qu'enfin, conformément à l'obligation de réduire le dommage incombant à l'assurée, il y a lieu de tenir compte de l'aide raisonnablement exigible des proches, soit en l'occurrence des enfants de la recourante. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La décision attaquée a été envoyée par l'OCAI sous pli simple une première fois le 17 février 2009 à l'assurée directement, suite à l'omission de tenir compte de l'élection de domicile en l'étude son avocat, puis une seconde le 26 mars 2009 en l'étude de son mandataire. Par conséquent, le recours interjeté le 7 avril 2009 en la forme prescrite est recevable (art. 38 al. 3, 56 et 60 LPGA). Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est amélioré en juin 2007, au point de ne plus présenter une invalidité ouvrant le droit aux

prestations. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). En vertu de l'art.

28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. En l'espèce, il n'est pas contesté que, sans atteinte à sa santé, la part de l'activité professionnelle de la recourante aurait été de 50% et que, par conséquent, la part des travaux habituels aurait été de 50%. En revanche, la recourante critique d'une part le taux d'invalidité dans une activité lucrative de 10% retenu par l'OCAI à compter de juin 2007 et d'autre part le taux d'invalidité dans les travaux habituels fixé à 11% [21,25% de 50%] par l'intimé, justifiant la suppression de son droit à un trois quarts de rente. Par rapport à l'invalidité relative à l'activité lucrative, il y a lieu de rappeler les principes suivants : 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). b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175 ), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; S. BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid.

3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268). c) 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). Le juge ne s'écarter 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). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Par rapport à l'invalidité relative aux activités ménagères, il y a lieu de rappeler les principes suivants : a) Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3096 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (CIIAI). Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; ATFA non publié I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). Divers facteurs - analogues à ceux applicables pour déterminer la force probante de certificats médicaux (ATF 125 V 352 consid 3 a) - doivent être pris en considération pour juger de la valeur probante d'un rapport d'enquête. Il est ainsi essentiel que celui-ci ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une

inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007).

b) Dans un arrêt du 22 décembre 2003, publié dans la VSI 2004 p. 137, le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'en cas d'atteinte à la santé psychique, l'enquête sur les activités ménagères est un moyen de preuve approprié pour évaluer l'invalidité de ces personnes. Toutefois, 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. Pour cela, il faut que les rapports médicaux en cause aient valeur probante au sens de la jurisprudence, à savoir notamment que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que les rapports se fondent sur des examens complets et que les conclusions des experts soient dûment motivées (ATFA non publié I 639/04 du 17 janvier 2006, consid. 2.3 et 3.1).

c) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, 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 (ATFA non publié I 308/04 ainsi que I 309/04 du 14 janvier 2005 et ATFA non publié I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (ATFA non publié I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4).

En l'espèce, l'OCAI a retenu que l'invalidité de la recourante dans sa sphère professionnelle était de 50% [100% de 50%] à compter du 1<sup>er</sup> août 2004, puis de 10% à compter du mois de juin 2007, en se référant au rapport d'expertise psychiatrique rendu par la Dresse N\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 3 mars 2008, où il est indiqué que la capacité résiduelle de travail de l'assurée est de 40%. L'OCAI en a déduit que l'invalidité était de 10%, soit la différence entre 40% et le taux d'activité sans handicap de 50%. De son côté, la recourante estime que sa capacité résiduelle de travail est nulle depuis le mois d'août 2004 et le demeure. Dans la mesure où l'invalidité de la recourante dans sa sphère professionnelle de 50% [100% de 50%] à compter du mois d'août 2004 n'est pas contestée, il y a lieu de n'examiner que si et, le cas échéant, quand l'invalidité de la recourante a diminué. L'expert a exposé les raisons pour lesquelles, contrairement aux avis du Dr A\_\_\_\_\_ et de la Dresse C\_\_\_\_\_, il a diagnostiqué un épisode dépressif moyen et non sévère, de même qu'il n'a pas retenu l'état de stress post-traumatique. L'expert a en effet indiqué que lors de l'expertise, la recourante ne présentait pas de ralentissement psychomoteur, elle se montrait plutôt souriante dans le contact, sauf lorsqu'elle évoquait des

évènements traumatiques de sa vie; le tonus vital était diminué et l'assurée mentionnait une absence d'initiative dans les tâches ménagères. L'expertisée évoquait une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie, une diminution de la confiance en soi, un sentiment de culpabilité, une hypersomnie diurne et par conséquent des insomnies nocturnes, une difficulté à ressentir des émotions, un état d'abattement dans la journée et une absence de libido. Toutefois, selon l'expert, ces symptômes n'étaient assimilables qu'à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Quant à l'état de stress post-traumatique, l'expert a indiqué que seuls des symptômes résiduels d'un état de stress post-traumatique persistaient, ponctuellement, raison pour laquelle il ne retenait pas un diagnostic d'état de stress post-traumatique. L'expert a ensuite estimé que les limitations fonctionnelles de l'assurée, soit une anhédonie, une thymie moyennement abaissée, une absence d'intérêt pour toute activité, un manque de motivation, une hypersomnie diurne, un sentiment d'incompétence et une diminution du tonus vital, interféraient de 60% dans une activité simple. L'expert a ajouté que le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle paraissait toutefois très compromis en raison du contexte familial, de la précarité financière et de l'absence de formation, de facteurs d'acculturation, soit en raison de facteurs ne relevant pas du registre médical. Cette expertise psychiatrique respecte tous les réquisits jurisprudentiels susmentionnés pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été établie sur la base du dossier médical complet, repose sur un examen approfondi, prend en considération les plaintes du recourant et ses conclusions sont convaincantes. Cette expertise doit par ailleurs être préférée au dernier avis du Dr A \_\_\_\_\_ dans la mesure où ce dernier n'apporte pas d'élément médical nouveau mettant en cause l'expertise mais constitue uniquement une appréciation divergente du dossier, émanant du médecin traitant de l'assurée qui n'est de surcroît pas spécialiste en psychiatrie. A cela s'ajoute le fait que l'avis du médecin précité semble marqué par le rôle important de la relation de confiance entre lui et sa patiente, illustré par le fait que, tout au long de la procédure, le Dr A \_\_\_\_\_ a montré une pugnacité à obtenir que sa patiente perçoive une rente d'invalidité, notamment en requérant de nombreux avis médicaux dans l'espoir d'obtenir des éléments contributifs en vue d'une demande AI, et en s'opposant vigoureusement au projet de décision de l'OCAI comme s'il était en premier lieu concerné par la décision. Enfin, il y a lieu de tenir compte du fait que la recourante n'a jamais été suivie sur le plan psychique, ni n'a été hospitalisée en milieu psychiatrique, ce qui corrobore le diagnostic d'épisode dépressif moyen et non sévère posé par l'expert. Pour les motifs qui précèdent, le Tribunal de céans se rallie aux conclusions de l'expert et admet une incapacité dans la sphère professionnelle de 60%. Toutefois, contrairement à l'avis de l'OCAI, l'expert a retenu une capacité résiduelle de travail par rapport à une activité à plein temps et non par rapport à l'activité à 50% qui aurait été déployée par l'assurée sans handicap. Cela signifie qu'en présence d'une assurée effectuant, à l'instar de la recourante, une activité lucrative à 50%, une incapacité de travail de 60% représente une invalidité de 30% [60% de 50%] et non de 10% comme retenu à tort par l'OCAI. En revanche, l'expertise psychiatrique ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante en ce qui concerne la date à partir de laquelle l'assurée dispose d'une capacité résiduelle de travail de 40%. En effet, l'expert retient une augmentation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée de 0% à 40% à partir de juin 2007, sans fournir d'explication par rapport à cette date. Il ressort toutefois du rapport d'expertise que, suite aux consultations auprès de la Dresse C \_\_\_\_\_ dont la dernière a eu lieu au mois de mars 2007, l'assurée a continué de ne consulter que son

médecin traitant, qui n'est pas spécialiste en psychiatrie, et n'a pas suivi les recommandations de la psychiatre précitée qui préconisait une prise en charge tant médicamenteuse que psychothérapeutique à long terme, ainsi qu'une adaptation médicamenteuse avec d'éventuelles stratégies de potentialisation. En d'autres termes, en l'absence de nouveaux traitements thérapeutiques, exigibles de l'assurée en application de son obligation de réduire son dommage, le Tribunal de céans pourrait considérer que l'amélioration de la capacité résiduelle de la recourante existait déjà en mars 2007. Toutefois, en se fondant sur l'avis de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 2 août 2007, selon lequel l'assurée est incapable de poursuivre l'activité exercée jusque là mais pourrait exercer une autre activité avec une diminution du rendement, le Tribunal de céans retiendra que l'amélioration de la capacité résiduelle de travail de la recourante est survenue au mois d'août 2007. Compte tenu de l'art. 28a al. 1 RAI, ce n'est donc qu'à partir du mois de novembre 2007 qu'une diminution ou une suppression du trois quarts de rente sera envisagée. La recourante critique également la quotité des empêchements dans l'accomplissement des activités ménagères fixée par l'intimé à 21,25%, estimant que son incapacité s'élève à 70% au moins. Elle considère que les conclusions de l'enquête économique sur le ménage sont erronées, pour le motif que cette enquête est conçue pour évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physiques et non psychiques et que les taux d'invalidité retenus ne sont pas compatibles avec les remarques formulées par l'enquêtrice. En premier lieu, le Tribunal de céans relève que le grief selon lequel le questionnaire servant à fixer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage ne serait en soi pas propre à l'évaluation des limitations liées à des troubles psychiques se heurte à la jurisprudence du Tribunal fédéral rappelée ci-dessus (ch. 9, let. b supra). Ainsi, l'enquête économique sur le ménage du 16 septembre 2008 n'est pas a priori dépourvue de valeur probante. Ce ne sera qu'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 que ces dernières auront plus de poids que l'enquête à domicile. En l'espèce, dans son rapport d'expertise, la Dresse N\_\_\_\_\_ a estimé la capacité résiduelle de travail de la recourante dans le ménage à 60%, ce qui représente un taux d'empêchement de 40%. Force est toutefois de constater que cette conclusion n'est pas motivée et que les empêchements ne sont pas détaillés, de sorte qu'aucune comparaison avec les résultats de l'enquête ménagère ne peut être effectuée et que, de ce fait, aucune divergence ne peut être mise en évidence. Il n'y a dès lors pas lieu a priori de préférer l'avis de l'expert psychiatrique aux conclusions de l'enquête ménagère, étant rappelé que, contrairement à ce que soutient la recourante, l'enquête sur les activités ménagères est un moyen de preuve approprié même pour évaluer l'invalidité des personnes souffrant d'une atteinte à la santé psychique. Par ailleurs, l'expert n'a pas pris en compte l'aide exigible des proches conformément à l'obligation de l'assurée de réduire son dommage. En ce qui concerne le rapport d'enquête ménagère, le Tribunal de céans constate que son contenu est plausible, motivé, rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations de la recourante et précise si et comment cette dernière bénéficie de l'aide de ses proches. A ce dernier égard, l'enquêtrice a bien précisé que les empêchements de l'assurée étaient relativement importants, notamment en raison du manque de motivation et de l'absence d'intérêt dus à sa maladie, mais qu'elle se reposait beaucoup sur ses enfants, qui offraient une assistance dévouée. Elle a par ailleurs expressément indiqué que l'exigibilité des membres de la famille était déjà prise en compte dans les empêchements. Il appert ainsi que, pour parvenir au taux d'empêchement dans l'accomplissement des activités ménagères de 21,25%,

l'enquêtrice a tenu compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de la famille au titre de l'obligation de réduire le dommage. Eu égard à ces explications, le Tribunal de céans constate que la recourante ne fait qu'opposer sa propre appréciation à celle de l'enquêtrice, sans amener d'élément objectif permettant de remettre en cause les conclusions de l'enquête ménagère. Le Tribunal de céans ne s'écartera donc pas du degré d'incapacité retenu dans le cadre dudit rapport. Compte tenu d'un empêchement de 21,25% dans la part ménagère (50%), le degré d'invalidité s'élève à 10,625%, arrondi à 10,5%. Eu égard aux explications qui précèdent et vu le statut mixte de la recourante, le taux d'invalidité de la recourante à partir d'août 2007 s'établit comme suit :  
Activité partielle Part Empêchement Degré d'invalidité  
Activité lucrative 50% 60% 30%  
Activité ménagère 50% 21,25% 11%  
Ainsi, le degré d'invalidité global de la recourante à compter du 1<sup>er</sup> août 2007 est de 41% et non de 21% comme retenu à tort par l'OCAI, ce qui ouvre droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007. Le recours sera en conséquence admis sur ce point. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal 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 le Tribunal 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 500 fr. est mis à la charge de l'OCAI, qui succombe. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule la décision du 17 février 2009. Dit que la recourante a droit à un trois quarts de rente d'invalidité (taux de 61%) du 1<sup>er</sup> mars 2006 au 31 octobre 2007, puis à un quart de rente (taux de 41%) dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007. Invite l'OCAI à calculer les prestations dues. Condamne l'OCAI à payer à la recourante la somme de 500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI. 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); 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 Florence SCHMUTZ Le Président suppléant Patrick UDRY Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le