

## GE\_GERICHTE A/1469/2012 vom 13. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1469\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1469_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/1469/2012 du 13 mars 2013

IT: GE\_GERICHTE A/1469/2012 del 13 marzo 2013

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 13.03.2013 A/1469/2012

A/1469/2012 ATAS/255/2013 du 13.03.2013 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 16.04.2013, rendu le 09.08.2013, REJETE En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1469/2012 ATAS/255/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 13 mars 2013 5 ème Chambre En la cause Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée à Onex, représentée par PROCAP, Service juridique recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT 1. Madame S \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1964 à Skopje, Macédoine, et mère de deux enfants nés en 1986 et 1990, est arrivée en Suisse en mars 1986. 2. Le 16 novembre 2005, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation routière, ayant entraîné une contusion faciale et des contusions du membre inférieur droit. 3. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la SUVA - Caisse nationale suisse en cas d'accidents. 4. Le 14 août 2006, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) une première demande de prestations. 5. Selon le rapport du Dr A \_\_\_\_\_, du 24 octobre 2006, l'assurée souffrait des atteintes suivantes : syndrome dépressif avec élément dystonique, attaques de panique, anémie ferriprive (1998) ; tachycardie supra-ventriculaire avec bloc de branche droit (1999) ; syndrome cervical irradiant dans les muscles trapèzes, syndrome cervico-brachial, tachycardie avec extrasystole supra-ventriculaire et bloc de branche droit (2003) ; douleurs cervicales, douleurs cervico-brachiales et sensation de fourmillement dans le bras gauche (2005). 6. Dans son rapport du 30 octobre 2006, le Dr B \_\_\_\_\_, également médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de névralgie intercostale gauche, de cervicalgie post accident de la voie publique (AVP), d'hypotension orthostatique avec malaises répétitifs et chutes, ainsi que d'état anxio-dépressif. 7. Selon l'expertise interdisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique, établi par les Drs C \_\_\_\_\_, psychiatre, et D \_\_\_\_\_, rhumatologue, du Centre d'expertise médicale (CEM) en date du 20 novembre 2007, il n'y a aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont retenu un trouble panique (F41.0) depuis 1999, un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) depuis 1998 et une possible majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F60.8) depuis 2005. Du point de vue médical, il n'y avait pas de limitations. Toutefois, pour des raisons non médicales, telles que notamment le manque de motivation, une exagération des troubles cognitifs et une identification d'invalidité soutenue par l'entourage, une adaptation à un environnement professionnel semblait difficile. Par ailleurs, l'assurée a déclaré notamment aux experts qu'elle n'avait pas envie de faire les tâches ménagères et que

c'étaient généralement son mari et ses deux fils qui les assumaient. Elle passait rarement l'aspirateur, plutôt en raison d'un manque de motivation qu'en raison des douleurs. Il en allait de même pour la lessive. Elle ne faisait jamais le repassage à cause des vertiges. À l'expert psychiatre, elle a indiqué être à la recherche d'un emploi à 50% en position assise. Dans les plaintes, elle a fait en particulier état, sur le plan somatique, d'une très importante fatigue, de céphalées, accompagnées parfois de troubles visuels, et de vertiges avec malaises entraînant des chutes une fois par semaine. Lorsque les douleurs étaient très fortes, elles irradiaient le long du rachis jusque dans la région lombaire. Les problèmes actuels avaient commencé à la suite de l'accident de voiture. L'examen neuropsychologique réalisé dans le cadre de cette expertise a mis en évidence de performances déficitaires dans la plupart des tâches proposées. Toutefois, l'assurée était très démonstrative et il y avait une incohérence manifeste entre l'intensité des troubles cognitifs et la cause alléguée de ces troubles, soit un traumatisme crânien léger. Les troubles relevés correspondaient à un tableau de démence avec polarité antérieure, notamment avec un syndrome frontal d'envergure qui ne peut exister sans lésions cérébrales avérées, visibles sur une IRM, hypothèse non réalisée en l'espèce.!

8. Par décision du 4 juin 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. L'assurée n'ayant pas interjeté recours, cette décision est entrée en force.!

9. Le 22 septembre 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.!

10. A teneur du rapport du 13 octobre 2009 de la Dresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, l'assurée présentait des malaises avec chute de tension artérielle humérale (TAH), des céphalées et des cervico-dorso-lombalgies intenses. Elle n'arrivait presque plus à sortir de chez elle en raison de ces sensations (telles que la peur de mourir) et des malaises. Elle avait été victime d'un accident de la circulation en 2007 (recte 2005) alors qu'elle était passagère avant et que son époux conduisait. Elle avait cru que ce dernier était mort, alors qu'il était en réalité inconscient, le visage plein de sang, L'assurée était anxieuse et n'avait pu continuer à travailler en raison de symptômes lui évoquant une mort imminente,!

11. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale réalisée le 4 janvier 2010 n'a pas décelé d'anomalie.!

12. Selon le rapport du 11 janvier 2010 de la Policlinique de neurologie des HUG relatif à une consultation en date du 27 novembre 2009, l'examen neurologique ne révèle pas de déficit neurologique focal, mais il y a un ralentissement important avec une bradypsychie marquée. L'assurée se plaint de céphalées de l'hémi-crâne droit et de douleurs orbitaires constantes, parfois avec nausées et vomissements, associée à une fatigue chronique. L'étiologie des céphalées est vraisemblablement multifactorielle dans un contexte d'un état dépressif majeur et d'un syndrome post-traumatique.!

13. Du 8 décembre 2009 au 11 mars 2010, l'assurée a été suivie par les médecins du Centre de thérapies brèves (CTB) des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Selon le rapport de sortie du 17 mars 2010, elle souffrait d'un trouble dépressif sévère sans caractéristiques psychotiques avec caractéristiques somatiques, et d'un trouble panique avec phobie sociale. !

14. Le 12 juillet 2010, la Dresse E\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : ESPT, épisode dépressif majeur et trouble panique depuis 2005. A titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, ce médecin a retenu des céphalées et des cervicalgies sur troubles dégénératifs existant également depuis 2005. La Dresse E\_\_\_\_\_ attestait en outre d'une incapacité totale de travailler et ce dès le 2 mars 2009, soit le début du suivi. Elle était toutefois d'avis que l'incapacité de travail remontait en réalité probablement à 2005 déjà. Seules les activités en position uniquement assise étaient

en principe exigibles, mais non pas lors de la rédaction du rapport. La capacité de concentration était limitée en raison de la maladie, la capacité de compréhension en raison de la langue, celle d'adaptation à cause de l'anxiété majeure. Enfin, la résistance était limitée par la fatigabilité. Quant à l'activité habituelle, elle n'était plus exigible!

15. Dans son rapport du 30 août 2010, le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01), de trouble panique (F 41.0), d'ESPT (F43.1) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, tous existant depuis 2005. Ces troubles entraînaient une incapacité totale de travailler et aucune mesure de réadaptation professionnelle ne pouvait réduire les restrictions liées aux atteintes précitées.

16. L'assurée a une nouvelle fois été suivie par le CTB entre le 14 février et le 19 avril 2011. Le rapport établi le 2 mai 2011, à l'issue de cette prise en charge, posait le diagnostic principal de trouble de la personnalité histrionique et les diagnostics secondaires d'état de stress post-traumatique (ESPT) et de trouble dépressif récurrent.

17. Les 5 et 23 mai 2011, l'assurée a été examinée par les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG. A teneur du rapport établi en mai 2011, le trouble dépressif et anxieux de l'assurée participait à la symptomatologie douloureuse chronique sous forme de cervicalgies à prédominance gauche avec une contracture musculaire du trapèze et des céphalées probablement mixtes. Elle a développé cette symptomatologie dans les 48 à 72 heures après l'accident avec en plus une sensation de blocage de la totalité du corps et un sentiment d'anxiété majeure. Depuis la prise en charge au CTB, l'assurée a décrit une amélioration de son état, arrivant à sortir plus souvent avec une nette réduction des attaques de panique. Elle passait ses journées principalement à domicile, allongée, sans activités particulières, mais s'occupait encore un peu de son ménage. La situation sociale et financière de la famille semble être particulièrement difficile.

18. A la demande de l'OAI, le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à une expertise de l'assurée en date du 13 juillet 2011. Selon le rapport d'expertise du 18 juillet 2011, les principales plaintes de l'assurée faisaient partie du registre dépressif et consistaient notamment en de la tristesse et de la fatigue anormales, de la perte d'intérêt et du plaisir, la plupart du temps tous les jours et ce depuis plusieurs mois maintenant. L'assurée rapportait également un certain degré de culpabilité pathologique, étant précisé qu'elle avait tendance à s'approprier la responsabilité de tous les malheurs de sa famille. Elle faisait également état de grandes difficultés attentionnelles, de problèmes de concentration et d'oublis. L'assurée gardait cependant une assez bonne estime d'elle, pouvant s'affirmer dans ses droits de malade et face à son époux. Elle présentait également un tableau d'attaques de panique, avec des crises faites de palpitations, de sensations d'étouffer, de vertiges et de sudations. Les crises étaient accompagnées de la cognition d'un malaise imminent. Ces crises et la peur de celles-ci touchaient les situations de foule et de confinement, l'expertisée n'aimant pas s'éloigner de son domicile. L'expert a retenu les diagnostics suivants : trouble panique avec agoraphobie (F40.01), trouble dépressif récurrent (état actuel moyen) (F33.1) et trouble mixte de la personnalité (F61.0), à l'exclusion des atteintes suivantes : trouble anxieux et dépressif mixte et majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, mentionnés par l'expertise du CEM, qui n'existaient plus au jour de l'expertise du Dr G \_\_\_\_\_. Il en allait de même de l'ESPT, l'accident du mois d'octobre 2005, qui devait être qualifié de léger, n'ayant notamment pas les caractéristiques de sévérité de nature à déclencher un tel trouble. Compte

tenu des symptômes exprimés par l'assurée, le Dr G \_\_\_\_\_ a considéré que cette dernière présentait une incapacité de travail de 40% quelle que soit l'activité professionnelle et ce à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009. Cette appréciation constituait en réalité une moyenne pour une pathologie évoluant probablement en dent de scie. Une incapacité de travail psychiatrique de 100% était manifestement trop élevée, le comportement anormal de malade de l'assurée ne relevant pas de troubles mentaux stricto sensu et sortant au moins partiellement du champ médical. De plus, l'expertisée conservait des ressources, restant notamment autonome dans la vie quotidienne, même si elle tendait à régresser et à se montrer très demandeuse de soutien de la part de son entourage. Une capacité de travail de 60% était dès lors raisonnablement exigible, dans la mesure où on ne prenait en compte que ce qui relevait de la maladie au sens strict du terme. Sur le plan professionnel, l'expert n'avait aucune mesure à proposer, étant précisé que l'assurée se considérait comme totalement invalide. Elle n'avait fait aucune demande sur le plan professionnel et le lui avait clairement fait savoir.!

19. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 23 janvier 2012. Lors de l'entretien, l'assurée a rempli, avec l'aide de l'enquêtrice, le questionnaire relatif au statut, répondant notamment que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative mais elle ne savait pas à quel taux. Elle serait prête à effectuer « n'importe quel travail », à 100 %, « pour vivre » « maintenant je ne vis plus ». L'enquêtrice a évalué les empêchements de l'intéressée de la manière suivante:

Rubrique	Pondération	Empêchement	Exigibilité	fam.	Invalidité
Conduite du ménage	3%	10%	30 %	0.3%	
Alimentation	50%	0%	30%	0%	
Entretien du logement	20%	20%	30%	4%	
Emplettes et courses diverses	7%	0%	50%	0%	
Lessive et entretien des vêtements	20%	10%	20%	2%	
Soins aux enfants et aux autres membres de la famille	0%	0%	0%	0%	
Divers	0%	0%	0%	0%	

L'enquêtrice a retenu une invalidité de 6.3% dans la sphère ménagère, estimant notamment peu vraisemblable que l'assurée ne pût plus rien faire comme elle le prétendait, étant donné qu'une capacité de travail de 60% lui était reconnue. De plus, elle vivait sous le même toit que son époux et son fils, qui était actuellement sans activité, de sorte qu'une exigibilité de l'aide des membres de la famille de près de 30% pouvait être retenue. Concernant le statut, l'enquêtrice a relevé que l'assurée avait indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% dans n'importe quel travail « pour vivre ». Elle reconnaissait cependant n'avoir aucun justificatif de recherche d'emploi et n'avoir fait aucune démarche dans ce sens depuis son dernier emploi dans le cadre du chômage en 2006. Par ailleurs, elle n'avait jamais occupé des postes sur de longues durées, ayant alterné des périodes sans emploi, au cours desquelles elle était notamment mère au foyer, et des courtes périodes durant lesquelles elle travaillait à temps partiel. Quant aux emplois à temps complet, ils ne dépassaient pas quelques mois (5 mois en 2001 et 8 mois en 2005). La situation financière de la famille de l'assurée semblait difficile, l'époux de l'assurée étant passé par une période de chômage et ne travaillait qu'à 50% depuis les deux années précédentes. Cependant, il avait pu réintégrer un emploi à 100% dès janvier 2012. L'enquêtrice n'était pas convaincue par les propos de l'assurée en faveur d'un statut actif à 100%. Elle a donc retenu un statut de ménagère à 100%. 20. Par projet de décision du 13 février 2012, l'OAI a informé l'assurée de son refus de rente et de mesures d'ordre professionnel étant donné qu'elle présentait une invalidité de 6.3% dans la sphère ménagère, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. !

21. Par courrier du 12, complété le 19 mars 2012, l'assurée s'est opposée au projet précité. Elle a notamment contesté la méthode d'évaluation, rappelant qu'elle avait confirmé à plusieurs reprises que, sans l'atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité lucrative à 100%. Elle

ne pouvait entreprendre des recherches d'emploi étant donné ses atteintes psychiques, qui existaient déjà avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Aucune activité n'était exigible, dès lors qu'elle était sans activité depuis plusieurs années et qu'elle souffrait d'un trouble panique avec agoraphobie, d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble mixte de la personnalité. Il existait une certaine irrégularité dans l'exercice de ses activités professionnelles, qui n'étaient que de courte durée. Elle était d'avis que cette situation pouvait être due à des améliorations et aggravations de son état de santé, qui était fluctuant, comme le Dr G\_\_\_\_\_ l'avait d'ailleurs relevé. Il était donc irréaliste qu'un employeur l'engageât sachant le risque accru d'absences répétées.![endif]>![if> 22. A teneur d'une note de travail de l'enquêtrice, datée du 2 avril 2012, l'assurée avait reconnu, lors de la visite à domicile, n'avoir effectué aucune recherche d'emploi depuis 2006, soit bien avant son incapacité de travail. De plus, elle s'était clairement positionnée comme invalide durant toute la durée de l'entretien, alors qu'elle possédait une capacité de travail de 60%. Par ailleurs, si l'on tenait compte du parcours professionnel de l'assurée, cette dernière n'avait jamais travaillé à temps plein sur de longues durées, alternant les périodes sans emploi (comme mère au foyer) et de courtes périodes d'activité lucrative à temps partiel, à raison de deux heures par jour.![endif]>![if> 23. Par décision du 3 avril 2012, l'OAI a confirmé son projet du 13 février 2012, relevant notamment que l'assurée n'avait réalisé aucune démarche pour trouver du travail depuis son dernier emploi en 2006.![endif]>![if> 24. Le 15 mai 2012, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 3 avril 2012, à la constatation de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité et subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI (ci-après : l'intimé) pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, la recourante a notamment contesté le statut de ménagère retenu par l'intimé, étant d'avis qu'elle devait être considérée comme une personne exerçant une activité lucrative à temps complet comme elle l'avait constamment indiqué dès le début. Se référant aux dernières constatations médicales de son médecin, le Dr F\_\_\_\_\_, la recourante remettait également en question l'appréciation de sa capacité de travail faite par l'intimé et le dies a quo retenu, sollicitant une instruction complémentaire. Elle a en outre considéré qu'en raison de la cessation, depuis de nombreuses années, de toute activité en raison de l'atteinte à sa santé, toute nouvelle activité était illusoire, de sorte que même si une capacité de gain résiduelle devait être retenue, son exercice ne pouvait être exigé. Enfin, elle a contesté les taux d'empêchement retenus dans l'enquête ménagère, considérant qu'ils étaient très largement insuffisants, sans autre précision.![endif]>![if> 25. En annexe au recours figurait un certificat établi le 1<sup>er</sup> mars 2012 par le Dr F\_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin confirmait suivre la recourante depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009 en raison des troubles suivants : agoraphobie avec trouble panique, trouble panique, ESPT, trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme physique. S'agissant de la capacité de travail, elle était nulle depuis le début du suivi.![endif]>![if> 26. L'intimé a répondu par écriture du 11 juin 2012 et a conclu au rejet du recours. Il a maintenu sa position quant au statut de ménagère retenu, rappelant que la recourante a elle-même admis qu'elle n'avait fait aucune recherche d'emploi depuis 2006, soit bien avant le début de l'incapacité de travail et elle n'a jamais eu de périodes de travail durables de sorte que rien ne permettait de penser, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle travaillerait à 100% si elle n'était pas atteinte dans sa santé. De plus, le simple fait de ne pas participer aux tâches ménagères ne signifiait pas encore qu'elle n'en soit objectivement pas capable.![endif]>![if> 27. Par courrier du 13 août 2012, l'Office cantonal de l'emploi

(ci-après : OCE) a transmis, à la demande de la Cour de céans, le dossier de la recourante. Selon le dossier précité, la recourante a fait des recherches d'emploi entre janvier 2007 et juillet 2008, les recherches effectuées en mars et juin 2007 ayant toutefois été jugées insuffisantes de sorte qu'elle avait fait l'objet d'une sanction de 4 jours respectivement 9 jours de suspension. Par ailleurs, dès le 1<sup>er</sup> mai 2006, la recourante était partiellement capable de travailler, à raison de 50%, comme cela était attesté par son médecin-traitant, le Dr B\_\_\_\_\_. Cependant, dans la mesure où le médecin-conseil de l'OCE considérait, pour sa part, qu'elle était apte à 100%, il a été mis un terme, par décision du 2 novembre 2006, confirmée sur opposition le 19 mars 2007, au versement des prestations cantonales dues en cas d'incapacité passagère de travail à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2006. Dans le cadre du recours contre la décision sur opposition précitée, l'OCE a admis une capacité de travail partielle, à raison de 50% (voir ATAS/712/2007 du 20 juin 2007).!endif>[if> 28. A la demande de la Cour de céans, la recourante a produit, par courriers des 27 septembre et 22 novembre 2012, l'extrait du compte bancaire de son époux, copies des fiches de salaire de ce dernier pour la période de janvier à août 2012, respectivement l'extrait du compte individuel établi par la Caisse de compensation.!endif>[if> 29. Par courrier du 17 décembre 2012, l'intimé a indiqué qu'il n'avait pas de remarques concernant l'extrait du compte individuel.!endif>[if> 30. Ayant pris connaissance du dossier transmis par l'OCE, l'intimé a persisté dans ses conclusions, considérant notamment que la recourante n'avait pas présenté de réelle volonté de reprendre un emploi, ses recherches étant restées inadéquates ou insuffisantes, la recourante ayant d'ailleurs été sanctionnée pour cela.!endif>[if> 31. La recourante a relevé, dans son écriture du 6 février 2013, que lors des périodes concernées par les sanctions, elle avait été incapable de travailler totalement ou partiellement. Pour le surplus, elle a maintenu qu'elle aurait exercé une activité à 100% si elle n'était pas malade.!endif>[if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).!endif>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.!endif>[if> 3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et plus spécifiquement sur son statut.!endif>[if> a) L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il en va de même en cas de nouvelle demande, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente

réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA al. 1, 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (al. 3).

5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

6. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments

pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

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

8. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après 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. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

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. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'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 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

9. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 125 V

146 consid. 2c, ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (consid. 3.3 non publié à l'ATF 130 V 393 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 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).

10. A teneur de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Ainsi, dans le domaine des assurances sociales, notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge.

11. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

12. 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 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 (ATF non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

La recourante conteste tout d'abord le statut de ménagère retenu par l'intimé. Elle allègue que si elle n'était pas invalide, elle travaillerait à 100%, ce d'autant plus que la situation financière de son couple est difficile, de sorte que son incapacité de travail et partant son invalidité devaient être examinées selon la méthode de la comparaison des revenus.

a) Il ressort du dossier transmis par l'OCE que la recourante a été reconnue apte à travailler à 50% et qu'un poste à la mairie de Bernex lui a été proposé en novembre 2007. Elle a cependant refusé ledit poste, considérant qu'il était trop loin. Depuis

le mois de juillet 2008, elle n'a plus effectué la moindre recherche d'emploi. De plus, le dossier ne contient aucune attestation d'incapacité de travailler pour la période antérieure à l'année 2009. Partant, la recourante ne peut faire état de recherches infructueuses auprès d'employeurs potentiels, ayant en réalité décidé, selon toute vraisemblance, de ne pas exercer d'activité lucrative. Dans un tel cas, il convient d'examiner la situation au regard des critères énumérés précédemment (situation financière du ménage, éducation des enfants, âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation, ses affinités et talents personnels) et de tenir compte de l'évolution jusqu'à la décision querellée. b) Force est de constater que la recourante n'a travaillé que par intermittence entre 2000 et 2005, son parcours professionnel étant notamment entrecoupé de longues périodes de chômage comme cela ressort de la récapitulation ci-après : Année Occupation de la recourante - 2000 : [endif]>![if> · Avril à décembre : X\_\_\_\_\_ SA![endif]>![if> Revenus inscrits au compte individuel : 6'718 fr. (ce qui correspond à 11,4 heures par semaine) - 2001 : [endif]>![if> · Janvier à mars : X\_\_\_\_\_ SA : [endif]>![if> Revenus inscrits au compte individuel : 2'055 fr. (ce qui correspond à 9,3 heures par semaine) · Mars à juillet : Y\_\_\_\_\_![endif]>![if> Revenus inscrits au compte individuel : 15'151 fr. (ce qui correspond à 33 heures par semaine, soit un temps de travail de 78,57%, arrondi à 80%, en considérant que l'horaire de travail usuel est de 42 heures) · Août - décembre : vraisemblablement indemnisés de chômage pour un montant total de 6'476 fr.![endif]>![if> - 2002![endif]>![if> · S'est occupée des enfants![endif]>![if> · Janvier à mars puis mai à décembre : vraisemblablement, indemnisés de chômage pour un montant total de 17'590 fr.![endif]>![if> - 2003![endif]>![if> · S'est occupée des enfants![endif]>![if> · Janvier à août 2003 : vraisemblablement indemnisés de chômage pour un montant total de 12'732 fr.![endif]>![if> - 2004![endif]>![if> · Dès le 20.12 : auxiliaire de cuisine à la demande (Z\_\_\_\_\_): [endif]>![if> Revenus inscrits au compte individuel : 1'696 fr. soit environ 77 heures pour la période d'activité. - 2005 : [endif]>![if> · Janvier à août : auxiliaire de cuisine à la demande (Z\_\_\_\_\_)[endif]>![if> Revenus inscrits au compte individuel : 24'245 fr. ; soit en moyenne 39.1 heures par semaine, ce qui correspond à un taux d'activité de 93.09 % compte tenu de l'horaire usuel de 42 heures par semaine) · Octobre - novembre 2005 : indemnisés de chômage pour un montant total de 4'268 fr.![endif]>![if> Accident le 16 novembre Si en 2000 et 2001, la recourante était occupée entre 9 et 11 heures par semaine environ, elle a augmenté son temps de travail à 33 heures par semaine, pendant environ quatre mois en 2001, alors que son plus jeune enfant était à peine âgé de 11 ans. S'agissant de la rémunération de son époux, elle s'élevait à 45'300 fr. en 2000 et à 48'292 fr. en 2001. Après une période de chômage de près de deux ans, la recourante a encore exercé une activité d'aide de cuisine à raison de 39,1 heures par semaine en moyenne en 2005. Son plus jeune fils avait alors 15 ans et son époux gagnait 43'385 fr. par année. Ces circonstances ne permettent cependant pas de retenir que, sans invalidité, la recourante aurait travaillé à 100 % comme elle le soutient. En effet, par le passé, elle n'a jamais travaillé à 100%, ses horaires étant très irréguliers. En 2010, la rémunération de son époux était supérieure à ce qu'il gagnait en 2000 et sensiblement identique à ce qu'il percevait en 2001. La rémunération perçue par l'époux de la recourante en 2012 était supérieure à celle de 2000-2001. De plus, les charges familiales avaient diminué, le fils aîné ayant quitté le domicile familial et le fils cadet étant désormais majeur. Compte tenu de la situation économique de son ménage et du fait que ses enfants sont désormais adultes, on peut cependant admettre que la recourante aurait exercé une activité salariée comprise entre 80 et

95%, comme cela était le cas par le passé. Dès lors qu'elle n'a jamais travaillé à 100%, il y a lieu de retenir la moyenne des taux d'activités précités, soit 87.5%. Il y a encore lieu de relever que, contrairement à ce qu'allègue l'intimé, la recourante n'a pas refusé un stage et des AIT en 2007 mais elle ne s'est pas servie des outils « Stage » et « AIT » pour se donner les moyens d'« essayer » des activités compatibles (voir notes de entretiens de conseil, p. 7). Elle n'a d'ailleurs fait l'objet d'aucune sanction pour ce motif. La recourante a en réalité été sanctionnée pour ne pas avoir effectué des recherches adéquates en mars et juin 2007 et pour ne pas s'être présentée à un entretien en juillet 2007. En tout état de cause, il est compréhensible que la recourante n'ait pas effectué des recherches de travail sérieuses, dès lors qu'elle ne se considère incapable de travailler. Cela ne permet donc pas de conclure qu'elle n'aurait pas exercé une activité lucrative importante, si elle était en bonne santé.

13. a) Pour évaluer l'invalidité de la recourante pour la part relative à l'activité lucrative, l'intimé s'est basé sur l'expertise du 18 juillet 2011 du Dr G\_\_\_\_\_. Cette expertise se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique approfondi de la recourante et tient compte des plaintes rapportées par celle-ci. Le rapport a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, fort détaillées, sont dûment motivées et ne laissent pas apparaître de contradiction. Selon l'expert, la recourante présente les diagnostics de trouble panique avec agoraphobie (F40.01), trouble dépressif récurrent (état actuel moyen) (F33.1) et trouble mixte de la personnalité (F61.0). Le tableau dépressif s'est aggravé depuis l'expertise du CEM de 2007. L'expert estime qu'il est difficile de dater et chiffrer après coup les incapacités de travail psychiatriques mais qu'au vu des pièces du dossier, l'incapacité de travail moyenne s'élève à 40% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, la pathologie de la recourante évoluant probablement en dents de scie. Certes, aux termes des comptes-rendus d'intervention du CTB datés des 17 mars 2010 et 2 mai 2011, ainsi que des rapports du Dr F\_\_\_\_\_ du 30 août 2010 et du 1<sup>er</sup> mars 2012, l'incapacité de travail de la recourante est totale. Toutefois ces rapports ne font pas état d'éléments qui n'auraient pas été pris en considération par l'expert, de sorte qu'ils ne sont pas propres à mettre en doute les conclusions de ce dernier d'après la jurisprudence précitée. L'expert explique par ailleurs dans les détails pourquoi il ne retient qu'une incapacité de travail de 40%. Il estime en particulier que les plaintes et limitations fonctionnelles ne relèvent pas toutes de troubles mentaux stricto sensu. A cet égard, il relève que la recourante conserve des ressources, étant capable de gérer le processus d'expertise, restant objectivement autonome dans la vie quotidienne, même si elle tend à régresser et à se montrer très demandeuse de soutien de la part de son entourage. Elle est aussi capable de communiquer, sait s'affirmer et s'imposer face à son mari en séance. Sa présentation clinique peut sensiblement varier en fonction du contexte, selon l'expert, pour qui la valeur relationnelle des symptômes qu'elle produit ne fait aucun doute. Il est vrai que l'expert retient que le trouble dépressif est récurrent et que l'incapacité de travail de 40% retenue est une moyenne, la pathologie évoluant probablement en dents-de-scie. Dans ces conditions, il se justifie de se demander si la recourante pourrait encore exploiter sa capacité de travail résiduelle, compte tenu de l'absentéisme auquel il faut s'attendre. Toutefois, il semble plutôt résulter de l'anamnèse depuis 2009 que l'état dépressif de la recourante n'a en fait pas sensiblement varié et qu'il est resté stable. En effet, les médecins traitants n'ont pas fait état de périodes de rémission. Il y a ainsi lieu de retenir tout au plus que l'intensité du trouble dépressif variera éventuellement. Il n'en demeure pas moins que ce trouble ne diminue la capacité de travail que de 40%, en tenant compte uniquement des atteintes relevant d'une maladie psychiatrique stricto sensu, selon l'expert. Au vu de ce qui précède,

la Cour de céans considère que cette expertise est convaincante et qu'elle répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer une pleine valeur probante, sous la réserve de la récurrence du trouble dépressif. Partant, il doit être retenu que l'état de santé de la recourante s'est aggravé et que sa capacité de travail n'est plus que de 60%. 14. a) L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). b) Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). c) Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75

consid. 5b/aa-cc). 15. a) En l'espèce, s'agissant du revenu sans invalidité, il y a lieu d'appliquer le salaire résultant des Enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique, la recourante ayant été au chômage lors de la survenance de l'atteinte à la santé. Selon ces statistiques, le revenu sans invalidité s'élevait, pour une femme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 4), à 4'116 fr. par mois, soit 49'392 fr. en 2008. Les salaires bruts standardisés étant calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne dans les entreprises en 2010 (41.6 heures), il y a lieu de les adapter de sorte qu'au début de l'incapacité de travail de la recourante, en 2009, son salaire mensuel brut se serait élevé à 4'370 fr., soit un salaire annuel brut de 52'440 fr. Lors de l'ouverture éventuel du droit à la rente, en 2010, ledit salaire, indexé conformément à l'indice suisse des salaires nominaux, se serait élevé à 4'462 fr. par mois soit 53'544 fr. par année. b) Dès lors que la recourante n'a pas repris son activité après le début de son atteinte à la santé, il y a lieu d'évaluer le revenu d'invalidité sur la base des mêmes données statistiques résultant de l'ESS. En effet, dans la mesure où ce montant représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, force est d'admettre que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations éprouvées par la recourante, conformes aux aptitudes de celle-ci. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit également convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont adaptées au handicap de la recourante. La capacité de travail de la recourante s'élevant à 60%, le salaire ainsi réalisé se serait élevé à 31'637 fr. En retenant un taux d'abattement de 10% afin de tenir compte du taux d'occupation, de son origine étrangère et de ses limitations psychiques (fatigue, fatigabilité, grandes difficultés à penser et à se concentrer, difficultés dans les relations interpersonnelles, irritabilité, manque de résistance au stress; cf. expertise du Dr G\_\_\_\_\_ p. 20 ss)), le salaire avec invalidité s'élève à 28'473 fr. Un taux d'abattement supérieur ne se justifie pas. En effet, la recourante est encore relativement jeune (46 ans au jour du début du droit à une éventuelle rente) et ne pouvait justifier de nombreuses années de service. Par ailleurs, le taux de capacité de travail retenu par le Dr G\_\_\_\_\_ tient déjà compte en partie des limitations. Par conséquent, le degré d'invalidité de la recourante, s'agissant de la part relative à l'activité lucrative, est de 47 %, arrondi au nombre entier le plus proche ( $(53'544 - 28'473) : 53'544 \times 100 = 46.82 \%$ ).

16. a) Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les

éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007). Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité). b) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005, 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). 17. La requérante conteste l'évaluation de sa capacité à effectuer ses travaux habituels. En l'espèce, l'enquêtrice a scindé le champ d'activités ménagères en sept postes comme le préconise le chiffre 3086 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'AI de l'Office fédéral des assurances sociales (CIIAI). Elle a suffisamment pris en considération

l'état psychique de la recourante, étant rappelé que de l'avis de l'expert mandaté, celle-ci conservait des ressources et restait autonome dans la vie quotidienne, même si elle avait tendance à régresser et à se montrer très demandeuse de soutien de la part de son entourage. Quand bien même la recourante présente de grandes difficultés à penser et à se concentrer, elle doit être capable d'effectuer les différentes activités ménagères, à tout le moins avec l'aide de sa famille. Elle reste capable d'exécuter des tâches simples et routinières, en utilisant par exemple des légumes surgelés, prédécoupés et en laissant son mari et son fils faire les repas plus élaborés ou pour réchauffer ses repas dans le four à micro-ondes (rubrique « conduite du ménage »). Concernant les activités d'entretien du logement et la lessive, qui ne nécessitent que peu, voire aucune, concentration, la recourante peut fractionner son travail sur la semaine. Il en va de même de la rubrique « emplettes et courses diverses », la recourante étant capable de quitter son domicile en prenant au besoin un Temesta. Au demeurant, la recourante n'apporte pas d'élément médical qui permette de remettre en question la pondération de l'enquêtrice dans les différents postes concernés. Elle se limite à alléguer que l'empêchement à conduire son ménage doit être considéré comme total, dès lors qu'elle n'effectue, dans les faits, plus aucune des activités ménagères, mais elle n'explique pas pour quelles raisons médicales elle ne serait plus en mesure d'effectuer les activités usuelles dans le ménage. Eu égard aux considérations qui précèdent, une invalidité de 6.3 % doit être retenue dans la sphère ménagère, conformément aux conclusions de l'enquête économique sur le ménage. 18. S'agissant du taux d'invalidité globale, il est calculé d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité et se déterminer à l'aide de la formule suivante (voir notamment ATF non publié 9C\_790/2010 du 8 juillet 2011 consid. 7.1), selon la formule suivante:  $[\% \text{ part lucrative} \times \% \text{ invalidité}] + [\% \text{ part ménagère} \times \% \text{ invalidité}]$ . En l'espèce, le taux d'invalidité global de la recourante s'élève à 42%, ce qui lui ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité, selon le calcul suivant:  $(87.5 \% \times 47\%) + (12.5\% \times 6.3\%)$  19. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la décision du 4 avril 2012 sera annulée. La recourante sera par ailleurs mise au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2010 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). 20. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). 21. Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), et au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr. 22. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. 2. L'admet partiellement et annule la décision du 3 avril 2012. 3. Octroie à la recourante un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2010. 4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens. 5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. 6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. 7. La greffière**

Laure GONDRAND La Présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.