

## **GE\_GERICHTE A/1980/2011 vom 23. Oktober 2012**

GE Cour de justice, 2012-10-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1980\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1980_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/1980/2011 du 23 octobre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/1980/2011 del 23 ottobre 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

ère Chambre En la cause Madame M \_\_\_\_\_, domiciliée c/o M. N \_\_\_\_\_, à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Imed ABDELLI recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT Madame M \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), de nationalité soudanaise, née en 1957, est arrivée en Suisse en 1996. Le 16 juillet 2008, l'assurée a été victime d'un infarctus du myocarde, suivi de plusieurs décompensations cardiaques. Le 1<sup>er</sup> octobre 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison notamment d'une cardiopathie ischémique et d'un état dépressif. Dans sa demande, l'assurée a indiqué que, depuis son arrivée en Suisse, elle avait eu pour activité principale de tenir son ménage et de s'occuper de ses trois enfants, désormais adultes. Avant qu'elle ne quitte son pays d'origine, elle exerçait la profession de secrétaire. Dans un questionnaire daté du 15 octobre 2008, l'assurée a précisé que, si elle était en bonne santé, elle exercerait une activité lucrative, en plus de la tenue de son ménage. Avant son infarctus, la reprise d'une activité à 100% en tant que nettoyeuse avait d'ailleurs été envisagée, pour des raisons strictement financières. Malheureusement, son état de santé et en particulier l'infarctus dont elle avait été victime ne lui avait pas permis de débiter une telle activité. Dans un rapport du 10 novembre 2008, le Dr A \_\_\_\_\_, cardiologue FMH, a confirmé que sa patiente avait subi un infarctus du myocarde le 16 juillet 2008 qui la plaçait dans l'incapacité totale de reprendre une activité. La reprise était toutefois envisageable pour le 15 décembre 2008, le pronostic étant bon. Le 13 novembre 2008, la Dresse B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics de cardiopathie ischémique avec insuffisance cardiaque, status après infarctus, status après hystérectomie totale et décompression cardiaque. Sa patiente souffrait plus particulièrement de douleurs thoraciques sans lésion coronarienne et d'un état dépressif réactionnel. Le pronostic était réservé. S'agissant de sa capacité de travail, elle était nulle depuis son infarctus du 16 juillet 2008 et perdurait. La Dresse B \_\_\_\_\_ a indiqué qu'avant cet infarctus, sa patiente souhaitait travailler en qualité de femme de ménage. Elle n'avait toutefois jamais été employée et n'avait actuellement aucune motivation pour travailler en dehors de son domicile. Le 26 janvier 2009, le Dr A \_\_\_\_\_ a précisé qu'en raison de la réadaptation cardiaque de l'assurée, il l'avait mise en arrêt de travail à 100% du 16 juillet au 15 décembre 2008. La suite de la prise en charge avait été réalisée par la Dresse B \_\_\_\_\_, de sorte qu'il ne pouvait pas se déterminer sur la période subséquente à décembre 2008. Dans un rapport intermédiaire du 6 février 2009, la Dresse B \_\_\_\_\_ a annoncé une aggravation de l'état de santé de sa patiente, caractérisée par un état douloureux généralisé et une anxiété. En novembre 2008, ses problèmes cardiaques avaient notamment nécessité une deuxième coronarographie. L'assurée était très anxieuse depuis

lors et semblait peu motivée à reprendre une activité professionnelle, étant par ailleurs considéré qu'elle n'avait jamais travaillé en dehors de son domicile, qu'elle rencontrait des difficultés linguistiques et qu'elle n'était au bénéfice d'aucune formation. Par communication du 23 février 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible dans son cas, en raison de son état de santé. Le 5 juin 2009, la Dresse B \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire et qu'il n'y avait pas de changements dans les diagnostics. Elle a par ailleurs précisé qu'elle assurait également un suivi psychosomatique à sa patiente, en présence d'une traductrice, étant donné la bonne relation thérapeutique qui existait entre elles. Le 7 juillet 2009, la Dresse B \_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive. Elle a expliqué que, sur le plan psychologique, l'assurée se décrivait comme triste, dépourvue d'envie de se lever le matin, manquant d'énergie et de concentration. Elle dormait mal la nuit et avait des idées noires. Elle était sans espoir et n'arrivait plus à faire de projets. Le moindre effort - tel que marcher dans la rue - l'angoissait profondément. Sur le plan professionnel, si elle avait pensé pouvoir travailler un jour comme femme de ménage ou garde d'enfants, elle n'arrivait plus du tout à envisager cette perspective aujourd'hui. Son programme journalier se limitait à 1 heure de ménage le matin et quelques courses légères, en raison de ses douleurs articulaires et lombaires. Suivant les indications cardiologiques, elle se forçait à marcher environ 30 minutes par jour, mais elle était vite essoufflée et angoissée. Ses fils l'aidaient pour faire les courses et le ménage. Son mari travaillait quant à lui à 20% dans une boutique, ce qui ne générait qu'un faible revenu. Dans ce contexte difficile, il pouvait devenir agressif lorsqu'il consommait trop d'alcool. Le 27 août 2009, le Service médical régional (SMR) de l'OAI a considéré que la capacité de travail de l'assurée n'était pas suffisamment définie sur le plan cardiologique, de sorte qu'il se justifiait de mettre sur pied une expertise rhumatologique, psychiatrique et cardiologique. L'OAI a mandaté le Centre d'expertise médicale (CEMED) pour qu'il procède à une expertise interdisciplinaire (médecine interne, psychiatrie, rhumatologie). Dans leur rapport du 26 mars 2010, les experts ont retenu les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs modérés, gonarthrose bilatérale modérée, troubles dégénératifs modérés du pied droit, dysthymie, cardiopathie ischémique avec status post infarctus apical et status post angioplastie et stents de l'artère interventriculaire antérieure. Sur le plan somatique, l'expertisée présentait plus particulièrement des troubles dégénératifs au niveau dorsal, lombaire, sacro-iliaque, des genoux et du pied droit, ainsi qu'une scoliose avec bascule du bassin. Ces troubles ostéo-articulaires limitaient considérablement ses possibilités d'effort. Elle ne pouvait plus effectuer des mouvements répétitifs de flexion/extension du tronc ni se mettre accroupie ou à genoux. Elle ne pouvait pas non plus maintenir des positions statiques plus de 40 minutes. Sur le plan psychique, elle présentait un trouble thymique dont la persistance était favorisée par des facteurs psychosociaux défavorables (migration, consommation d'alcool du mari, absence d'emploi). Bien que présents, les symptômes psychiques (tristesse diffuse, anxiété occasionnelle, difficultés d'endormissement, fatigue, douleurs diffuses) étaient toutefois de sévérité insuffisante pour diagnostiquer un trouble dépressif. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne pouvait pas non plus être retenu, les plaintes ostéoarticulaires étant bien corrélées par l'examen clinique et par les constatations radiologiques. Les experts ont par ailleurs noté une prise irrégulière des antidépresseurs. Or, une meilleure prise en charge de l'expertisée améliorerait certainement son état thymique. S'agissant de la capacité de travail, les experts ont estimé que, malgré une dysthymie, l'assurée présentait des ressources psychiques

suffisantes pour maintenir une capacité de travail. Elle restait dès lors apte à entreprendre une activité légère (type secrétariat) à plein temps avec toutefois une diminution de rendement de 30% depuis 2005, en raison de ses troubles ostéoarticulaires et de sa dysthymie. Des mesures de réadaptations professionnelles étaient par ailleurs parfaitement envisageables, en tenant compte de pauses toutes les 40 minutes. Il ne fallait néanmoins pas compter sur une amélioration de sa capacité de travail par de telles mesures. Dans un rapport du 17 août 2010, le SMR a estimé que l'assurée souffrait principalement d'une cardiopathie ischémique et d'un état anxio-dépressif. D'un point de vue psychique, l'assurée présentait plus particulièrement une dysthymie entretenue par ses difficultés socio-familiales. Il n'y avait néanmoins aucun signe objectif pour un diagnostic d'état dépressif, ou pour un trouble somatoforme douloureux, les atteintes rhumatologiques ayant été corrélées par l'examen clinique et les constatations radiologiques. Au titre des limitations fonctionnelles, il fallait retenir que l'assurée ne pouvait pas porter de charges supérieures à 10kg, devait faire des pauses lors de la marche, éviter les mouvements répétitifs contraignants pour le dos et/ou les genoux et éviter les environnements de travail particulièrement stressants. Suite à son infarctus, sa capacité de travail avait été nulle jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2010. À compter du 2 février 2010, l'assurée présentait toutefois une capacité de travail exigible de 100% dans son activité habituelle et de 100% également dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le SMR a enfin retenu qu'une amélioration significative de l'état de santé de l'assurée pouvait être obtenue par une médication anti-hypertensive et anti-anxio-dépressive adaptée. Le 15 février 2011, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a précisé les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire à laquelle il avait participé. Il a rappelé qu'il avait posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs modérés, syndrome fémoro-patellaire sur troubles dégénératifs modérés ainsi que des douleurs du pied droit sur troubles dégénératifs modérés. Ces atteintes limitaient l'assurée dans le port de charges répétitif de plus de 3 à 4kg. Elle devait également éviter les mouvements répétés du tronc que ce soit en flexion/extension ou en inclinaison et présentait des difficultés à monter et descendre les escaliers et à s'accroupir et s'agenouiller. Les douleurs qu'elle ressentait au pied entraînaient également une limitation de la durée de marche d'environ une heure. Concernant l'impact de ces limitations sur sa capacité en tant que ménagère, il fallait noter qu'à l'anamnèse l'assurée avait déclaré qu'elle pouvait effectuer ses activités ménagères. Elle était néanmoins gênée dans certaines tâches comme passer l'aspirateur ou laver les sols; elle était alors contrainte de s'arrêter plusieurs fois et de prendre un antalgique pour calmer les douleurs. L'assurée restait toutefois capable d'assumer complètement ses activités ménagères mais elle devait les fractionner, en s'arrêtant fréquemment. Il fallait dès lors retenir une baisse de rendement dans sa capacité à effectuer ses activités ménagères d'environ 30%. Le 23 février 2011, le SMR a considéré que l'assurée avait le statut de ménagère. S'agissant de sa capacité de travail, le Dr C \_\_\_\_\_ avait attesté que l'assurée restait capable d'assumer ses tâches ménagères mais qu'elle devait les fractionner, de sorte qu'une activité légère était exigible d'elle à plein temps avec une diminution de rendement de 30%. Par projet de décision du 28 mars 2011, l'OAI a reconnu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail dans son activité de ménagère, à compter de son infarctus le 16 juillet 2008. Toutefois, sa demande de rente était rejetée car elle ne présentait pas un empêchement suffisant dans son activité pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance invalidité. Le 16 mai 2011, l'assurée a fait valoir que son droit d'être entendu avait été violé, puisqu'elle n'avait pas eu connaissance du rapport d'expertise qui motivait le refus qui venait

de lui être communiqué par l'OAI. Or, elle aurait souhaité pouvoir adresser une liste de questions complémentaires aux experts concernés et se déterminer sur leur rapport, avant que l'OAI ne rende sa décision. Quoiqu'il en soit, le projet litigieux n'était pas suffisamment motivé. D'emblée, l'aspect de sa réadaptation professionnelle avait été occulté, comme si le refus de verser une rente impliquait automatiquement celui de mettre en œuvre d'autres mesures. L'OAI ignorait également les avis médicaux divergents qui figuraient pourtant à son dossier. Aucune enquête ménagère n'avait été effectuée, de sorte que l'impact concret de ses problèmes de santé sur ses activités quotidiennes n'avait pas été établi. Le fait qu'elle n'avait pas exercé d'activité lucrative jusqu'à la survenance de son infarctus en juillet 2008 n'était d'ailleurs pas un motif pour ne pas examiner son cas avec plus de précision. À cet égard, elle a rappelé qu'avant cet événement, elle avait envisagé de travailler à 100% dans le nettoyage, pour des raisons financières. Or, l'OAI omettait totalement de prendre ces éléments en compte, de sorte que son projet de décision devait être considéré comme incomplet et lacunaire. Le 17 mai 2011, la Dresse D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a relevé une importante arthrose inflammatoire dans la région du tarse qui expliquait probablement les douleurs ressenties par sa patiente au pied droit. Par décision du 23 mai 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision, refusant d'accorder une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel à l'assurée, motif pris qu'elle ne présentait qu'un empêchement médicalement attesté de 30% dans son activité ménagère et ceci du 16 juillet 2009 au 1<sup>er</sup> février 2010. À compter du 2 février 2010, le SMR avait par contre considéré qu'elle présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% avec une baisse de rendement de 30% dans son activité habituelle et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Le 23 juin 2011, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant principalement à son annulation, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a allégué que l'intimé n'avait pas suffisamment motivé sa décision. Ladite motivation se résumait en effet à reprendre les conclusions du SMR, sans tenir compte des expertises établies en sa faveur et des nombreux avis médicaux figurant au dossier et en particulier ceux de la Dresse B \_\_\_\_\_ selon lesquels une aggravation de son état de santé était apparue sur le plan psychologique. Faute de motivation, la décision de l'OAI était arbitraire. Elle violait par ailleurs son droit d'être entendu, en ce sens qu'elle n'avait jamais reçu ni même pu se déterminer sur le rapport d'expertise du CEMED, alors qu'il constituait l'unique fondement de la décision entreprise. Elle a encore soulevé que l'intimé n'avait pas procédé à une enquête ménagère détaillée, de sorte qu'elle ne comprenait pas comment les experts avaient pu déterminer ses limitations fonctionnelles et conclure à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant de son statut, elle avait indiqué, dans un formulaire du 15 octobre 2008, qu'elle souhaitait travailler dans le nettoyage à 100%, en plus de la tenue de son ménage. Cet élément n'avait pas été pris en compte. Depuis son infarctus, elle était toutefois incapable d'exercer une quelconque activité. L'intimé avait également ignoré la question de sa réadaptation professionnelle. Aussi et vu les avis médicaux contradictoires, il se justifiait de mettre en œuvre une expertise indépendante, pour déterminer objectivement si elle disposait encore d'une quelconque capacité de travail. Dans sa réponse du 25 juillet 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. S'agissant de la violation du droit d'être entendu dont se prévalait la recourante, l'intimé a indiqué qu'elle avait eu largement l'occasion de se déterminer sur le présent litige, que ce soit après la notification du projet de décision ou dans le cadre de son recours. Quant aux conclusions du SMR, elles se fondaient sur l'intégralité du dossier de la recourante et

notamment sur les résultats de l'expertise du 26 mars 2010. Il était dès lors inexact de soutenir que les constatations des médecins traitants de la recourante avaient été écartées sans autre forme de procès. La recourante n'apportait d'ailleurs aucun élément qui permette de remettre en cause les conclusions de l'expertise. Une nouvelle expertise s'avérait dès lors inutile. En ce qui concernait le statut de la recourante, elle avait d'abord indiqué s'être occupée de ses enfants et du ménage depuis son arrivée en Suisse, dans sa demande de prestations. Elle avait ainsi toujours cotisé en tant que personne sans activité lucrative. Dans un nouveau questionnaire, elle avait ensuite indiqué qu'elle avait exercé une activité à plein temps dans le nettoyage. Or, il résultait des pièces au dossier, et en particulier de son extrait de compte individuel, qu'elle n'avait jamais travaillé depuis son arrivée en Suisse. Le fait qu'elle avait été aidée par l'Hospice général depuis 2007 et que ses enfants étaient encore très jeunes à son arrivée en Suisse plaident également en faveur de la théorie selon laquelle elle avait toujours été femme au foyer. Elle n'avait d'ailleurs jamais apporté la moindre preuve quant à des démarches en vue de trouver un emploi, alors même qu'elle résidait en Suisse depuis plus de vingt ans. C'était dès lors à juste titre que le statut de ménagère avait été retenu dans son cas. S'agissant plus particulièrement de sa capacité de travail, l'expertise du 26 mars 2010 et son complément du 15 février 2011 concluaient qu'elle pouvait accomplir ses tâches ménagères mais qu'elle devait les fractionner, raison pour laquelle une diminution de rendement de 30% était retenue. Contrairement à ce qu'elle soutenait, ses limitations fonctionnelles avaient également été expressément établies par les experts. Il n'y avait donc pas eu lieu de procéder à une enquête ménagère, puisque lesdites limitations et le fait qu'elle effectuait ses tâches ménagères avaient été établis. La Cour de céans a convoqué une audience d'enquêtes, le 6 décembre 2011. À cette occasion, la Dresse B\_\_\_\_\_ a notamment déclaré que: "Je suis le médecin traitant de l'assurée depuis 1998. Les diagnostics qui ont été retenus par les experts me sont lus. Je suis d'accord mais je voudrais insister sur l'évolution de l'état de santé de ma patiente. Il y a eu un avant l'infarctus subi en 2008 et un après. L'infarctus est pour elle un équivalent de stress post-traumatique. Nous avons du reste dû l'adresser aux urgences à plusieurs reprises car elle craignait une nouvelle atteinte. Elle se déplace très difficilement en raison de ses douleurs. Elle ne peut plus assumer ses tâches ménagères comme elle le faisait avant 2008. Ses fils doivent l'aider. Je dirais qu'il y a chez elle un mélange de troubles arthrosiques et psychologiques dus à l'infarctus. Je n'ai pas le sentiment qu'elle pourrait travailler à présent. Je précise qu'avant 2008, elle avait envisagé de travailler dans le domaine du nettoyage. Elle avait pris dans ce but des cours de français. Tout s'est arrêté en raison de l'infarctus. L'idée était qu'elle puisse s'intégrer du point de vue social. Je signale qu'elle avait subi une intervention chirurgicale (abdominoplastie) afin de soulager les douleurs lombaires. Je précise encore que l'infarctus l'a « cassée ». Elle a perdu confiance en son corps. Une capacité de travail partielle de l'ordre de 30 % pourrait être envisagée. Je ne vois cependant pas trop dans quel type d'activités elle pourrait être employée. L'expert a retenu le diagnostic de dysthymie. Il est difficile d'établir un diagnostic précis à cet égard. Je sais que je l'ai vue à plusieurs reprises très mal dans mon cabinet, en pleurs. Le contexte familial est difficile, elle est très isolée. Je dirais que, en 2009-2010, son état dépressif pouvait être qualifié de majeur. Je sais qu'à un moment donné, elle ne prenait pas régulièrement le Cipralex que je lui avais prescrit. Elle n'avait en réalité pas bien compris. Lorsque je l'ai réalisé, j'ai pu lui expliquer et il y a à présent une bonne compliance médicamenteuse. Il est vraisemblable que la patiente allait peut-être mieux lorsque l'expert l'a vue. Je précise qu'à présent, l'état dépressif s'est amélioré. Il ne doit plus être qualifié de majeur. Je souligne cependant que ce

qui est important chez l'assurée est son problème d'arthrose qui la handicape lourdement, puis le problème cardiaque, avec les angoisses qu'il implique, et en dernier lieu, l'état dépressif. Je relève que l'année passée, ma patiente a subi une ponction d'un kyste thyroïdien. Il y a quinze jours, une masse a été vue lors d'une mammographie sur le sein gauche. Ces événements, qui ne sont en soi pas graves, réveillent chez elle à chaque fois des angoisses majeures et sont difficiles à surmonter, ce d'autant qu'il y a toujours un problème de traduction. La thérapie psychosomatique dont il est question à la pièce 33 chargé OAI consiste à apprendre à l'assurée à faire la part des choses entre ses angoisses et ce qui correspond à de vraies douleurs somatiques. Je la vois à cet effet une fois par mois et ce rythme est toujours actuel. Aucun compte-rendu ne m'a été demandé par l'OAI, pour autant que je m'en souviens. Les experts ne m'ont pas contactée. Je n'ai pas été informée des résultats de l'expertise. Il ne s'est pas avéré nécessaire que la patiente consulte un médecin psychiatre. Elle et moi avons pu établir des liens de confiance. Lorsque son état s'est péjoré lors de son infarctus et de la décompensation en 2008, la consultation chez un psychiatre aurait pris trop de temps. J'ai donc continué à la suivre durant ces périodes. Après consultation de mon dossier, je rectifie les dates que j'ai données : l'infarctus date du 16 juillet 2008 et la décompensation d'août 2008. Les problèmes familiaux ont inévitablement une influence sur son état psychologique." Le même jour, la recourante a déclaré à la Cour : "Je fréquente, depuis mon arrivée en Suisse quasiment, une association qui intervient pour l'intégration des femmes étrangères et dans le cadre de laquelle des cours de français sont donnés. Je n'ai malheureusement jamais pu apprendre, souffrant de problèmes de concentration dus aux problèmes que je rencontre à la maison avec mes fils et mon mari. J'ai également suivi des cours à l'Université ouvrière de Genève et à la Migros, sans résultats importants. Je peux saisir ce qui se dit, je peux écrire, mais je n'arrive pas à parler. Mon mari travaillait à la mission soudanaise jusqu'en 1996. Le principal obstacle auquel je me heurtais pour trouver un travail était la langue, je me suis donc attelée à prendre des cours de français et ai commencé à chercher un travail de nettoyage en 2004-2005, les enfants étant plus grands. J'ai trouvé un emploi de nettoyeuse chez X\_\_\_\_\_, et signé le contrat de travail pour juillet 2008, quinze jours avant de subir mon infarctus. L'un de mes fils a pris le travail à ma place. Je vais produire copie du contrat d'engagement. Je conteste dès lors le statut de ménagère qui a été retenu par l'OAI. J'ai beaucoup de difficultés à assumer les tâches ménagères, je ne peux pas rester longtemps debout dans la cuisine. Lorsque je fais des courses, il arrive que ma jambe lâche et que les passants doivent m'assister." Le 23 janvier 2012, l'intimé a indiqué qu'il convenait de réévaluer le statut de la recourante avec précision, étant donné qu'elle avait conclu un contrat de travail avec X\_\_\_\_\_ SA le 4 juillet 2008. Ledit contrat laissait apparaître qu'à partir du 24 juillet 2008 elle devait débiter une activité comme femme de ménage remplaçante pour une durée hebdomadaire de 12 heures et ceci jusqu'au 22 août 2008, de sorte qu'il se justifiait de suspendre la présente procédure, afin de procéder à une enquête ménagère. Par ordonnance du 17 février 2012, la Cour de céans a suspendu l'instruction de la cause, avec l'accord de la recourante. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 6 mars 2012. Elle a mis en évidence que les empêchements de la recourante dans sa sphère ménagère étaient de 14%, en tenant compte d'une exigibilité d'environ 30% pour ses trois fils et son mari vivant sous le même toit. En particulier, la pondération des empêchements était la suivante: Nature de l'empêchement Pondération de l'activité en % Empêchement en % Invalidité en %  
Conduite du ménage 5% 0% 0% Alimentation 40% 10% 4% Entretien du logement 20% 20% 4% Emplettes et courses 10% 0% 0% Lessive 20% 30% 6% Soins aux enfants 0% 0%

0% Divers 5% 0% 0% Total 100% 14% À cet égard, l'enquêtrice a expliqué que, même si la recourante se sentait parfois triste et découragée, minée par ses douleurs, c'était elle qui continuait à gérer le ménage, de façon correcte. Avant son infarctus, elle cuisinait deux repas traditionnels par jour; elle faisait son pain et préparait diverses pâtes pour les mets. Elle n'achetait que des denrées brutes et passait beaucoup de temps dans sa cuisine. Elle se chargeait de tout l'entretien de la cuisine, vaisselle et autres. Depuis son accident cardiovasculaire, elle ne cuisinait qu'un repas par jour, plus simple, car elle était fatiguée et ressentait de vives douleurs au pied droit en position debout. Elle n'avait plus la force de préparer pain et pâtes elle-même. Sa famille achetait désormais ces denrées dans les commerces. Par ailleurs, son fils cadet se chargeait des gros travaux sporadiquement, et de la vaisselle quotidiennement. En ce qui concernait l'entretien du logement, avant son accident, c'était elle qui faisait tout, vitres y compris. Le logement était très bien tenu. Maintenant, seul le strict minimum était fait. L'appartement était relativement propre, sans plus. La recourante avait l'interdiction médicale de passer l'aspirateur, à cause de son dos. Un de ses fils le faisait mais sporadiquement. Elle continuait à effectuer les petites tâches légères, mais ne le faisait plus à fond, ne nettoyait plus les vitres et ne changeait plus elle-même les draps. Elle dépendait donc de ses fils pour tous les gros travaux. Les démarches administratives avaient toujours été effectuées par son époux qui continuait de s'en charger. Avant, elle faisait les commissions. Depuis son infarctus, elle continuait à aller à la Migros avec son caddie, mais ne rapportait plus de denrées lourdes. Ses trois fils s'en occupaient car cela lui occasionnait des douleurs articulaires dans le pied et la hanche en particulier. Elle tenait néanmoins à faire les courses légères pour garder une sortie régulière et se sentir utile. Elle ne s'occupait plus non plus de la lessive et du repassage, se contentant d'étendre les petites pièces. S'agissant plus particulièrement de sa capacité de travail, l'intéressée avait déclaré que, sans atteinte à la santé, elle aurait été active en qualité de femme de ménage à n'importe quel taux d'activité proposé par X\_\_\_\_\_. Les 12 heures hebdomadaires proposées par cet employeur étaient un essai. Elle espérait fortement une proposition d'emploi fixe par la suite. Elle aurait tout accepté, même à 100%. L'enquêtrice a relevé que X\_\_\_\_\_ avait déclaré à cet égard qu'il était impossible de prédire que ce remplacement temporaire déboucherait sur un poste fixe, étant donné que cela dépendait d'une part de la qualité du travail de l'employée et de l'existence d'un poste fixe à pourvoir d'autre part. De ce fait, seul un statut d'active à 30% était retenu. Le 21 mai 2012, l'intimé a indiqué à la Cour qu'il avait contacté la société X\_\_\_\_\_ par téléphone et appris qu'elle engageait de nombreux remplaçants durant la période estivale. Lorsque les rapports de travail s'avéraient concluants, de nouveaux contrats de remplacements ou de durée indéterminée étaient proposés. Dans le cas particulier de la recourante, la société n'avait pas été en mesure d'indiquer si un engagement pour une durée indéterminée allait lui être proposé à la suite du remplacement effectué, étant donné que la qualité du travail n'avait pas pu être appréciée et que les possibilités d'engagement dépendaient également de l'existence de postes à pourvoir. S'agissant de l'enquête ménagère réalisée le 6 mars 2012, elle avait mis en évidence que les empêchements de la recourante dans la sphère ménagère s'élevaient à 14% et qu'un statut d'active à 30% devait être pris en considération, en raison du contrat de travail signé avec X\_\_\_\_\_ SA. Ainsi, dans un avis du 30 avril 2012, le SMR avait estimé que la recourante s'était trouvée dans l'incapacité totale de reprendre une activité du 16 juillet au 15 décembre 2008. De même, durant cette période, les empêchements dans le ménage étaient considérés comme entiers. À partir du 16 décembre 2008 toutefois, le SMR retenait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de femme de ménage et

entière dans une activité ménagère ou une activité légère et adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante avec néanmoins une diminution de rendement de 30%. Il en résultait un statut mixte - 70% part ménagère et 30% part active. Étant donné que l'incapacité de travail durable datait du 16 juillet 2008, l'invalidité était réputée survenue une année après, soit en juillet 2009. Or, à l'issue du délai de carence, le degré d'invalidité était de 11,5% et ce taux n'ouvrait pas droit à une rente. Par conséquent, l'intimé maintenait ses précédentes conclusions. Le 10 juillet 2012, la Dresse B\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de maladie coronarienne, status après infarctus apical, stents coronariens, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, vitiligo, lombalgies et gonalgies chroniques sur troubles dégénératifs et troubles de la statique, gastrite chronique sur prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, douleurs du pied droit, goitre euthyroïdien, maladie fibrokystique des seins et état anxieux dépressif. Sa patiente souffrait dès lors de polyopathologies, dont plusieurs maladies dégénératives qui l'empêchaient de se déplacer correctement et d'assurer le minimum d'activités ménagères. L'évolution de son état de santé était d'ailleurs négative, en raison de nouvelles pathologies de type dégénératif, pathologies qui, par définition, ne pouvaient qu'aggraver son état physique et moral, déjà fortement fragilisé. Il fallait ainsi considérer qu'elle était incapable d'effectuer quelque travail que ce soit ou d'assurer son ménage de manière indépendante. Dans ses déterminations du 23 juillet 2012, la recourante a confirmé ses conclusions et sollicité l'audition de la Dresse B\_\_\_\_\_. Cette praticienne avait établi qu'elle souffrait de pathologies, dont plusieurs maladies dégénératives (arthrose du dos, genoux, pieds) qui l'empêchaient de se déplacer correctement et d'assurer le minimum d'activités ménagères. Elle avait même émis des doutes quant à sa capacité à effectuer un travail, quel qu'il soit. S'agissant de l'enquête ménagère, elle s'était résumée à une brève discussion sur la situation financière de la famille, en présence de son fils qui traduisait. Aucune constatation concrète de ses difficultés de mobilité et de tenue du ménage n'avait été faite. L'évaluation à 14% de ses empêchements dans sa sphère ménagère était dès lors totalement arbitraire et ne reposait sur aucun fait pertinent. Cette conclusion était d'ailleurs en contradiction avec l'avis du SMR selon lequel sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle de femme de ménage dès le 16 juillet 2008 et avec le rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 10 juillet 2012. En réalité, l'empêchement à conduire son ménage devait être considéré comme total puisque son seul rôle à domicile consistait à maintenir une stabilité et une pérennité familiale. Ses enfants majeurs se chargeaient quant à eux de la planification du ménage. La confection des repas, si elle lui demandait beaucoup de temps avant son infarctus de juillet 2008 (elle confectionnait alors deux repas traditionnels comprenant la préparation du pain et des diverses pâtes pour les mets), était désormais réduite à la préparation d'un seul repas simple. Au sujet de l'exigibilité, l'enquête ne mentionnait pas certains éléments très importants, et en particulier que son époux ne participait presque jamais au ménage, exception faite des démarches administratives. S'agissant de son statut d'active à 30%, il ne pouvait pas être repris comme tel, étant donné la survenance de son infarctus en juillet 2008. Il était en effet impossible de déterminer si, sans cet événement, elle aurait travaillé à plein temps ou non. La société X\_\_\_\_\_ n'avait pas non plus été en mesure de dire si les rapports de service auraient perduré et à quel taux. Il était toutefois patent que, depuis son infarctus, aucune capacité de travail résiduelle ne pouvait lui être reconnue, vu également son âge et l'apparition de maladies dégénératives. Le taux d'invalidité retenu par l'intimé était dès lors erroné. Il s'élevait en réalité à 66% et devait s'établir comme suit: Nature de l'empêchement Pondération de l'activité en % Empêchement en % Invalidité en % Conduite

du ménage 5% 5% 2% Alimentation 40% 50% 20% Entretien du logement 20% 50% 10% Emplettes et courses 10% 50% 5% Lessive 20% 50% 10% Soins aux enfants 0% 0% 0% Divers 5% 5% 1% Total 100% 48%

Le 10 septembre 2012, l'intimé a relevé que l'enquête ménagère reposait sur les comportements et déclarations de la recourante. L'enquête concernée avait d'ailleurs été effectuée par une personne spécialisée dans ce genre d'examen. L'enquêtrice avait développé de manière circonstanciée les différentes rubriques faisant partie de son mandat et avait pris connaissance de l'intégralité du dossier de la recourante, avant de rendre ses conclusions. Au terme de l'enquête en question, les empêchements totaux de l'intéressée avaient ainsi été évalués à 14%, en tenant compte de l'aide qui pouvait raisonnablement être exigée de la part du mari et des trois fils de la recourante. S'agissant du rapport de la Dresse B \_\_\_\_\_, le SMR, dans un avis du 21 août 2012, avait estimé qu'aucun argument médical nouveau n'avait été soulevé, de sorte que les précédentes conclusions devaient être maintenues. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 , consid. 1.1). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71, consid. 6b). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. En vertu de l'art. 28 al. 1 er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 er LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 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. 28a al. 1 LAI). Il s'agit de la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité par comparaison de revenus (ATF 8C\_107/2009 du 18 janvier 2010, consid. 4.1). 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 (art. 28a al. 2 LAI). Pour établir l'invalidité de ces personnes, on cherche donc à établir l'importance de cet empêchement. Il s'agit de la méthode dite spécifique d'évaluation de l'invalidité (ATF I 707/04 du 2 août 2005, consid. 3.3.2). Enfin, lorsque la personne assurée, sans atteinte à la santé, n'exercerait une activité lucrative qu'à temps partiel ou travaillerait sans être rémunérée dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée par comparaison de revenus conformément à l'art. 16 LPGA. Pour la part de son temps consacrée à l'accomplissement d'autres travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique. 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 taux d'invalidité d'après le handicap dont la personne assurée est affectée dans les deux champs d'activités en question, selon la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI, ATF 130 V 393 consid. 3.3). Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus, méthode spécifique, méthode mixte) 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 - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF I 85/07 du 14 avril 2008, consid. 3.2; ATF 125 V 146, consid. 2c). La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 9C\_428/2007 du 20 novembre 2007; consid. 4.3.1; ATF 130 V 393, consid. 3.3 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui, en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 9C\_321/2009 du 22 juillet 2009, consid. 4.2). 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). 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). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

a) À titre liminaire, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, motif pris qu'elle n'a pas eu l'occasion de poser des questions aux experts, ni même de se déterminer sur leur rapport d'expertise, avant que l'intimé ne rende une décision de prestations négative.

b) La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les références).

c) En l'occurrence, la recourante a eu tout loisir de se déterminer sur les conclusions de l'expertise, que ce soit dans le cadre de son opposition

ou dans son recours. Dans cette mesure, une violation de son droit d'être entendu ne saurait être retenue. Dans un second grief, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise du 26 mars 2010 et en particulier la conclusion selon laquelle, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, elle présente une pleine capacité de travail avec toutefois une diminution de rendement de 30%. Se référant aux rapports de ses médecins traitants, et en particulier à ceux de la Dresse B\_\_\_\_\_, la recourante estime au contraire que, tant sur le plan somatique que psychologique, elle n'est plus en mesure d'exercer une activité lucrative, quelle qu'elle soit. Il apparaît en l'occurrence que le rapport d'expertise en question a été établi en pleine connaissance du dossier, sur la base d'examen en médecine interne, psychiatrique et rhumatologique. Les plaintes de l'expertisée y sont reprises en détail, de même que son histoire médicale et socioprofessionnelle. Les conclusions sont complètes, bien motivées et claires. Les limitations fonctionnelles y sont décrites de façon précise. Sur le plan rhumatologique, les experts ont plus particulièrement retenu que les troubles ostéo-articulaires présentés par la recourante diminuent considérablement ses possibilités d'effort, de sorte qu'une diminution de rendement de 30% doit être prise en compte. Sur le plan psychique, les symptômes sont par contre jugés insuffisants pour retenir un trouble dépressif. Il est par ailleurs relevé que la thymie de la recourante peut être considérablement améliorée, avec une meilleure prise en charge thérapeutique et médicamenteuse. Quoiqu'il en soit, les experts concluent que la recourante présente des ressources psychiques suffisantes pour maintenir une capacité de travail. Certes, la Dresse B\_\_\_\_\_ estime que sa patiente n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle, même adaptée. Cette praticienne ne pose pourtant pas de diagnostics qui iraient au-delà de ceux retenus par les experts. Lors de son audition, le 6 décembre 2011, elle a d'ailleurs déclaré qu'elle était d'accord avec les diagnostics posés par les experts mais qu'elle voulait insister sur l'évolution de l'état de santé de sa patiente. Il apparaît en effet que le médecin traitant se livre à une appréciation différente du cas, plus favorable à sa patiente que celle des experts, sans apporter pour autant d'éléments objectifs de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise du 26 mars 2010. De l'avis de la Cour, l'expertise du 26 mars 2010 répond dès lors à tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître pleine valeur probante et il ne se justifie pas de mettre en œuvre une nouvelle expertise, contrairement à ce que soutient la recourante. Dans un troisième grief, la recourante conteste les conclusions de l'enquête ménagère réalisée le 6 mars 2012, indiquant qu'elle n'était plus en mesure de s'acquitter des tâches ménagères et alléguant que, si son état de santé le lui permettait, elle travaillerait aujourd'hui à 100%. Il convient dès lors de déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a retenu que la recourante avait un statut mixte (70% en tant que ménagère et 30% en tant qu'active). Il ressort du dossier que la recourante a dans un premier temps déclaré s'être consacrée à l'éducation de ses enfants et à l'entretien du ménage, depuis son arrivée en Suisse en 1996. Elle a ensuite indiqué - contrat de travail à l'appui - qu'à partir de 2008, elle souhaitait reprendre une activité lucrative pour des raisons strictement financières, ses enfants étant désormais adultes. Elle n'a toutefois jamais pu honorer le contrat de travail du 4 juillet 2008 conclu avec la société X\_\_\_\_\_, motif pris qu'avant même de débiter l'activité de femme de ménage, elle a subi un infarctus. Certes, la situation financière précaire de l'assurée, dont le mari ne perçoit qu'un très faible revenu, semble corroborer la nécessité dans laquelle elle aurait été de travailler à plein temps, si son état de santé le lui avait permis. De même, le fait qu'elle n'a plus à se vouer à l'éducation de ses enfants est un indice en faveur de la reprise d'une activité professionnelle. Il apparaît toutefois impossible de conclure que la recourante aurait effectivement travaillé à

100%, si son état de santé ne s'était pas détérioré. En effet, aucun élément au dossier ne plaide en faveur d'une activité à plein temps. Déjà, la recourante a déclaré qu'elle manquait totalement de motivation. Ensuite, elle n'a pas démontré, ni même allégué, qu'elle avait effectué des recherches pour un emploi à 100% mais qu'elle s'était heurtée à des obstacles, de sorte qu'elle aurait accepté un emploi temporaire et à temps partiel. Elle ne s'est pas non plus inscrite au chômage et il ressort du dossier que son époux a perdu son emploi à la mission soudanaise en 1996 déjà, de sorte que sa situation financière était déjà difficile, bien avant 2008. Elle s'est par ailleurs contentée d'un travail à raison de 12 heures hebdomadaires (30%) et pour une durée déterminée, plutôt que de vouer ses efforts à la recherche d'un emploi fixe et à temps complet. Aussi, comme l'a indiqué la société X\_\_\_\_\_, s'il n'était pas impossible que l'activité de la recourante débouche sur un contrat de travail à durée indéterminée, rien ne permet de prédire que tel aurait effectivement été le cas et à quel taux d'activité. Il aurait en effet fallu que le travail de la recourante se soit avéré satisfaisant et qu'une place de travail se libère. Or, ces éléments sont impossibles à élucider, en l'état. C'est dès lors à bon droit que l'enquêtrice a considéré que la recourante avait un statut mixte (70% ménagère et 30% active). Ladite enquête respecte par ailleurs les principes jurisprudentiels pour lui attribuer pleine valeur probante, de sorte que l'empêchement de 14% doit être confirmé. En effet, 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). Le contenu de son rapport est bien motivé, les limitations fonctionnelles y sont décrites de manière claire et les indications de la recourante y sont consignées. Au demeurant, la recourante n'apporte pas d'élément qui permette de remettre en question la pondération de l'enquêtrice dans les différents postes concernés. Elle allègue seulement que l'empêchement à conduire son ménage doit être considéré comme total puisque son seul rôle à domicile consiste à maintenir une stabilité et une pérennité familiale. Compte tenu de ce qui précède, les conclusions du rapport d'enquête à domicile ne sauraient être remises en question. Il s'ensuit que c'est à bon droit - et en se basant sur l'enquête ménagère et l'expertise - que l'intimé a conclu à une pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 30%. La recourante allègue enfin que l'intimé a erré en niant d'emblée l'aspect de sa réadaptation professionnelle, comme si le refus de verser une rente impliquait automatiquement celui de mettre en œuvre d'autres mesures. À cet égard, la Cour relèvera que tant la recourante que son médecin traitant ont déclaré qu'elle était totalement démotivée et qu'elle ne souhaitait pas reprendre une activité professionnelle. Une mesure de réadaptation professionnelle serait dès lors totalement inutile dans le cas de la recourante. Mal fondé en tous points, le recours est rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510. 03). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à percevoir un émolument. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions,

motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.