

## GE\_GERICHTE A/2040/2013 vom 29. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2040\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2040_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/2040/2013 du 29 avril 2014

IT: GE\_GERICHTE A/2040/2013 del 29 aprile 2014

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 29.04.2014  
A/2040/2013

A/2040/2013 ATAS/555/2014 du 29.04.2014 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2040/2013  
ATAS/555/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 29 avril  
2014 1 ère Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître PRETOT Didier recourante contre Office de  
l'assurance-invalidité du canton de Genève, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN  
FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_1968, a été victime d'un accident de la  
circulation le 24 mai 2006 à la suite duquel elle a souffert de contusions cervicales et de  
douleurs de la colonne.![endif]>![if> 2. Mandaté par le Bureau International de  
Règlement des Sinistres SA (BIRS), le Docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie  
orthopédique, a établi un rapport d'expertise le 17 octobre 2007. Il a considéré, s'agissant  
des cervicalgies, que le statu quo sine avait été atteint à six mois de l'accident, et, s'agissant  
des lombalgies, que la causalité n'était que possible. Il a par ailleurs envisagé que des  
facteurs d'origine psychologique entrent en cause dans l'évolution, de sorte qu'il a préconisé  
un bilan psychiatrique afin d'évaluer cette possible composante.![endif]>![if> 3. Par  
décision du 21 février 2008, confirmée sur opposition le 14 mai 2008, la caisse nationale  
suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA) a mis un terme au versement des prestations  
d'assurance au 28 février 2007. ![endif]>![if> 4. Elle a déposé une demande auprès de  
l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) le 16 mai 2008  
visant à l'octroi de prestations. Son médecin traitant, le Docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH  
en médecine interne, a confirmé le 11 juin 2008 qu'elle souffrait de cervicalgies invalidantes  
depuis un coup du lapin survenu en mai 2006.![endif]>![if> 5. Dans son rapport du 13  
juin 2008, le Dr C\_\_\_\_\_ a estimé l'incapacité de travail de sa patiente à 100% en raison de  
l'accident. Il retient le diagnostic de cervicalgies invalidantes, ainsi que celui, toutefois sans  
répercussion sur la capacité de gain, d'un état dépressif réactionnel.![endif]>![if> Le 30  
octobre 2008, il mentionne une aggravation de l'état dépressif. 6. Par décision du 4  
mars 2010, l'OAI a informé l'assuré que sa demande était rejetée.![endif]>![if> 7. Par  
arrêt du 23 novembre 2010, la chambre de céans a admis le recours déposé par l'assurée  
contre ladite décision et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, et plus  
précisément pour expertise psychiatrique, et nouvelle décision.![endif]>![if> 8. Sur  
mandat de l'OAI, le Docteur D\_\_\_\_\_, psychiatre, a réalisé une expertise de l'assurée le 5  
août 2011. L'expert retient, à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail,  
une personnalité émotionnellement labile type borderline, présent depuis la fin de l'enfance  
et, à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif  
moyen sans syndrome somatique, présent depuis octobre 2006. Il estime à 50 % la capacité  
résiduelle de travail depuis le 24 mai 2006, précisant que l'assurée est capable de s'adapter

à son environnement professionnel pour autant que l'activité ait lieu à 50 %. Il considère que des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables si elles ne sont réalisées ni à plus de 50 %, ni dans le cadre d'un travail d'équipe intense. Sur un plan pratique cependant, la mise en place de telles mesures est liée à un risque d'échec élevé, l'assurée étant cependant persuadée d'être inapte à quelque activité que ce soit. Selon l'expert, le travail d'ouvrière constitue une activité adaptée à la pathologie mentale que présente l'assurée (absence d'interaction intense avec autrui ; activité répétitive). Au vu de la nature et de l'intensité des limitations fonctionnelles, soit sur le plan psychique et mental, labilité de l'humeur, conflictualité, querulences, susceptibilité, tolérance réduite à la frustration, tolérance réduite à la pression psychique (stress, angoisse potentiellement déstructurante sous l'influence de stressseurs sociaux émotionnels) et sur le plan social, conflictualité, querulences, susceptibilité, tolérance réduite à la frustration, il n'y a pas d'activité mieux adaptée actuellement. Enfin l'expert ne retient pas le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. 9. Dans une note du 31 août 2011, le médecin du SMR considère que l'expertise a valeur probante et convaincante et prend note d'une capacité de travail exigible de 50 % à partir du 24 mai 2006, dans toute activité correspondant aux capacités et au niveau d'instruction de l'assurée. 10. Un questionnaire relatif au statut a été établi le 15 octobre 2012. Il en résulte que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait exercé une activité lucrative au même taux d'occupation qu'auparavant dans un établissement médico-social, dans une crèche ou dans la mode, précisant qu'elle aurait repris un emploi depuis onze ans, soit depuis que son fils est scolarisé. Celui-ci est âgé de 15 ½ ans au moment du questionnaire. 11. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 2 octobre 2012. Il en ressort que l'assurée ne travaille plus depuis plusieurs années, qu'elle est bénéficiaire de l'Hospice général depuis janvier 2008, qu'elle est divorcée et vit avec son fils de 15 ½ ans. Ses deux filles aînées sont majeures et ont quitté le domicile familial. Elles sont toutes deux aidées par l'Hospice général. En février 2006, elle s'est inscrite une nouvelle fois au chômage. Elle explique qu'elle n'avait alors pas défini un taux d'activité mais qu'elle était prête à prendre tout ce qui se présentait entre 50 et 80 %, car elle avait aussi besoin de temps pour ses enfants. Elle dit avoir fait des recherches d'emploi dans le cadre du chômage, mais n'a aucun document ni attestation de ses recherches, car elle a tout jeté. Elle précise avoir perdu un revenu depuis que sa fille est partie de la maison puisqu'elle ne touche plus les allocations familiales et avoir été contrainte de faire appel à l'Hospice général en janvier 2008. Elle indique que son ex-mari ne lui a jamais versé de pension alimentaire pour les enfants. Son conseil a ajouté qu'une procédure était en cours contre celui-ci, lequel devrait une somme avoisinant les CHF 250'000.- à titre de pensions alimentaires impayées. L'enquêtrice a constaté que l'assurée pouvait encore assumer l'essentiel des tâches ménagères elle-même en faisant les choses à son rythme et en fractionnant son travail sur la semaine. Elle a retenu une exigibilité de la part du fils proche de 13 %, estimant qu'il peut participer aux petites tâches courantes sans que cela n'affecte sa scolarité ou l'évolution de son développement personnel. Au vu des déclarations de l'assurée et de son curriculum vitae, elle a considéré que sans atteinte à la santé, celle-ci travaillerait aujourd'hui à 80 %. Elle a fixé le taux d'empêchement à accomplir les tâches ménagères à 15,8 %. 12. Il ressort d'une note établie le 25 février 2013 qu'il faut comprendre que l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_ a été faite pour une activité à 100 %, au motif que l'expert, en page 14 de son rapport, précise qu'une activité de 4 h 15 par jour est exigible. 13. L'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée. Il s'est

fondé sur le fait qu'elle aurait travaillé à 80 % sans atteinte à la santé, que sa perte de gain, s'agissant de la partie active, serait alors de 37,5 %, et a ainsi obtenu, compte tenu d'un empêchement à accomplir les travaux habituels de 16 %, un degré d'invalidité total de 33 %.

14. L'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision le 25 mars 2013, aux termes duquel sa demande était rejetée, un degré d'invalidité de 33 % ne suffisant pas à ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

15. L'assurée, représentée par Me Didier PRETOT, a contesté ce projet. Elle constate que ses médecins-traitants n'ont pas été consultés de manière appropriée, que l'attitude du Dr D\_\_\_\_\_ s'est révélée très partielle et arbitraire et que lors de la visite pour l'enquête ménagère, il n'a jamais été question qu'elle aurait eu une activité au taux de 80 %. L'assurée persiste à dire qu'elle se trouve actuellement dans l'incapacité totale de travailler et qu'elle rencontre de graves difficultés à assumer les tâches ménagères les plus élémentaires.

16. Par décision du 22 mai 2013, l'OAI, considérant que l'assurée n'avait apporté aucun élément médical nouveau susceptible de modifier ses précédentes conclusions, a confirmé son projet.

17. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 24 juin 2013 contre ladite décision. Elle conclut à ce qu'un droit à des prestations AI selon un taux à déterminer après instruction du cas lui soit octroyé. Elle produit à l'appui de son recours une attestation du Dr C\_\_\_\_\_ datée du 18 juin 2013, aux termes de laquelle le médecin certifie que sa capacité de travail n'atteint pas les 50 %, compte tenu de son état psychologique et des différentes maladies qui en découlent, ainsi qu'une attestation du Dr E\_\_\_\_\_ du même jour, selon laquelle elle souffre « d'épisodes dépressifs fréquents pouvant aller jusqu'à un risque suicidaire nécessitant des prises en charge de crises et empêchant la patiente de construire des relations satisfaisantes et d'envisager un emploi. Le trouble de la personnalité émotionnellement labile sous-jacent est trop important pour pouvoir imaginer une réinsertion future dans un emploi ordinaire. Il est en revanche envisageable que la patiente puisse travailler quelques heures par semaine dans un milieu protégé, cela pourrait d'ailleurs l'aider dans les liens sociaux et dans la valorisation de sa personne. »

18. Invité à se déterminer et constatant que le Dr C\_\_\_\_\_ indique que l'état de santé ne s'est pas amélioré, mais ne relève pas d'aggravation et que le Dr E\_\_\_\_\_ souligne que la situation est restée inchangée depuis avril 2011, le médecin du SMR a persisté dans son précédent avis.

19. Dans sa réponse du 22 août 2013, l'OAI rappelle que la décision litigieuse se fonde sur une expertise psychiatrique qui doit se voir reconnaître valeur probante et sur une enquête économique sur le ménage, et conclut au rejet du recours.

20. Dans ses écritures du 4 octobre 2013, l'assurée verse au dossier une nouvelle attestation du Dr E\_\_\_\_\_, datée du 30 septembre 2013 et aux termes de laquelle "elle souffre d'un trouble psychique grave toujours inchangé depuis mon dernier rapport AI qui l'empêche de travailler actuellement. Quelques heures de travail en milieu protégé pourraient rapidement être envisagées, ainsi qu'un emploi (dans les années à venir), à condition d'une aide de réinsertion professionnelle, un emploi à 25 %.", ainsi qu'un certificat établi par le Dr F\_\_\_\_\_, neurologue.

21. Le médecin du SMR a pris connaissance des avis des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ et indiqué que ceux-ci n'apportaient pas d'éléments nouveaux.

22. L'OAI dans sa duplique du 4 novembre 2013, a également maintenu ses conclusions.

23. Le 16 décembre 2013, l'assurée reproche à l'OAI de n'avoir pas interpellé le Dr E\_\_\_\_\_ qui aurait pu le renseigner sur l'aggravation de son état de santé, de sorte que l'avis établi par le SMR daté du 28 octobre 2013 ne se base pas sur des données médicales actuelles. Elle joint encore à ses écritures une nouvelle attestation du Dr E\_\_\_\_\_, datée du 10 décembre 2013, certifiant

que l'assurée présente un trouble dépressif récurrent avec une péjoration dépressive au cours des dernières semaines ayant nécessité une hospitalisation à l'hôpital de Montana. Elle rappelle que le Dr E\_\_\_\_\_ a évalué son éventuelle capacité de travail à 25 % au maximum, relève que le taux d'emploi à 80 % pris en considération par l'OAI se réfère au mois de février 2006 lorsqu'elle s'était réinscrite au chômage et non pas à sa situation actuelle, souligne enfin que l'enquêtrice a pris en considération l'aide que pouvait apporter son fils, alors que celui-ci a été mis sous curatelle et placé en foyer depuis plusieurs mois, étant elle-même dans l'impossibilité de s'en occuper. 24. Le 13 janvier 2014, l'OAI constate que l'assurée n'apporte pas d'éléments médicaux nouveaux permettant de modifier son appréciation du cas. Il relève toutefois qu'il serait souhaitable d'avoir une copie du rapport d'évaluation faite par Madame G\_\_\_\_\_, ainsi qu'une copie des tests sanguins dont fait état le Dr F\_\_\_\_\_. 25. L'assurée a produit les documents demandés le 5 février 2014. Elle répète que l'avis établi par le SMR le 9 janvier 2014 ne se base pas sur des données médicales actuelles, puisqu'il ignore totalement le fait que son état s'est encore empiré dans les derniers temps et qu'elle a dû être hospitalisée d'urgence. 26. Le 4 mars 2014, l'OAI a maintenu ses précédentes conclusions, estimant que l'hospitalisation de la recourante est a priori réactionnelle et non durable, mais surtout postérieure à la décision litigieuse (7 mois après), de sorte qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé ne serait quoi qu'il en soit pas relevante dans le cadre du présent recours. 27. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger. 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). 2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 3. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI. 6. 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, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). 7. 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 demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. [endif]>![if> Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). 8. 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).![endif]>![if> 9. 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).![endif]>![if> 10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).![endif]>![if> 11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge

devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).> 12. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGGA), 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 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 (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).> 13. 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. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGGA et 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGGA).> 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 LPGGA); 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). 14. 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. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). 15. 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). 16. 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). 17. 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).! [endif]>! [if> 18. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, 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 al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA).

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). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF non publié 9C\_713/2007 du 8 août 2008, consid. 3.2).! [endif]>! [if> 19. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA.! [endif]>! [if> 20. En l'espèce, l'OAI a retenu que l'assurée aurait, en bonne santé, exercé une activité lucrative à 80% et a dès lors déterminé son degré d'invalidité d'après la méthode mixte.! [endif]>! [if> L'assurée semble contester ce statut, dans la mesure où elle nie avoir déclaré à l'enquêtrice lors de sa visite au domicile qu'elle aurait travaillé à 80%, puis relève que ce taux d'emploi se réfère en réalité au mois de février 2006 lorsqu'elle s'était inscrite au chômage et non pas à sa situation actuelle. Sa fille a à présent quitté la maison et son fils est "indépendant et quasiment majeur". La chambre de céans relève que l'assurée a expliqué à l'enquêtrice qu'elle n'avait effectivement pas défini un taux d'activité au moment de son inscription au chômage, soit en février 2006, mais « qu'elle était prête à prendre tout ce qui se présentait, entre 50 et 80%, car elle avait aussi besoin de temps pour ses enfants ». Or, la chambre de céans constate qu'en 2006, la plus jeune des deux filles était âgée de 12 ans et le fils de 9 ans. Rien ne l'empêchait alors déjà de travailler à plein temps si elle l'avait souhaité. L'OAI a de plus retenu le taux le plus élevé de la fourchette indiquée par l'assurée. Il y a enfin lieu de rappeler qu'il s'agit de se placer au moment de l'ouverture du droit à la rente, soit 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 LPGGA, soit dès décembre 2008. Il convient dès lors d'admettre que l'assurée, en bonne santé, aurait travaillé à temps partiel, soit à 80%, et aurait consacré la part restante, de 20%, aux tâches ménagères. C'est dès lors à bon droit que l'OAI a fait application de la méthode mixte pour

évaluer son invalidité. 21. Il s'agit à ce stade de déterminer quelle est la capacité de travail de l'assurée. 22. L'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ pour retenir une incapacité de travailler de 50% depuis mai 2006. L'assurée conteste les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_, considérant que celui-ci avait été partial et arbitraire. Elle produit plusieurs documents établis par ses médecins-traitants, notamment une attestation du Dr C\_\_\_\_\_ du 18 juin 2013, selon laquelle sa capacité de travail n'atteint pas 50% et une attestation du Dr E\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2013, fixant le taux de capacité de travail à 25% au maximum. 23. La chambre de céans constate que l'expertise du Dr D\_\_\_\_\_ est en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Elle se fonde en effet sur un examen clinique de l'assurée, sur l'étude de son dossier médical, relate ses plaintes, contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées. Les avis des médecins-traitants ne font état d'aucun élément qui aurait été ignoré par l'expert et qui serait suffisamment déterminant pour remettre en cause ses conclusions. Seul diffère en effet le taux de capacité de travail retenu. Il y a dès lors lieu de considérer que l'assurée dispose d'une capacité de travail de 50% depuis le 24 mai 2006. 24. Il résulte de l'enquête ménagère réalisée le 2 octobre 2012 que l'assurée présente un taux d'empêchement à accomplir les travaux ménagers de 16%. L'enquêtrice a tenu compte de l'aide que pouvait apporter le fils à hauteur de 13%. L'assurée relève toutefois, dans ses écritures du 16 décembre 2013, que celui-ci a été placé en foyer depuis plusieurs mois, parce qu'elle ne pouvait elle-même s'en occuper. L'aide du fils a été prise en considération dans l'enquête ménagère à hauteur de 20% s'agissant du poste alimentation, de l'entretien du logement et des emplettes et courses diverses et à 10% pour la lessive et l'entretien des vêtements. La plus jeune des filles a quitté le domicile de sa mère en août 2012. L'enquêtrice relève à cet égard que « les troubles psychiques que présentent l'assurée ont un impact direct sur sa relation aux autres et donc dans ses relations quotidiennes avec ses enfants. Les empêchements dans le poste « soins aux enfants » me semblent importants en lien avec les limitations fonctionnelles retenues par le SMR ». Un taux d'empêchement à accomplir les « soins aux enfants » a été estimé à 6%. L'assurée a expliqué que tout se passait bien avec son fils de 15 ans et demi. L'enquêtrice a précisé qu'« elle poursuit son rôle éducatif, supervise les devoirs, se montre présente dès son retour de l'école et prend du temps pour discuter avec lui quotidiennement (...) il est autonome pour les gestes quotidiens et dans ses déplacements à l'école, pour les activités extra-scolaires et pour se rendre chez son médecin ». La pondération de ce champ d'activité a été estimée à 10% et l'empêchement à 60%. On ignore à partir de quand le fils a été placé. En octobre 2012, lors de l'enquête ménagère, il vivait encore chez sa mère. Il y a vraisemblablement vécu jusqu'en octobre 2013 en tout cas, le mandataire de l'assurée ayant informé la chambre de céans qu'il était sous curatelle, le 4 octobre 2013 et qu'il était placé depuis plusieurs mois, le 16 décembre 2013. Le fait qu'il ne puisse plus aider sa mère dans les tâches ménagères constitue dans ces conditions un fait nouveau, la décision litigieuse ayant été rendue le 22 mai 2013. Or, selon la jurisprudence, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). La modification de la situation eu égard au départ du fils de la maison ne pourrait dès lors être examinée que dans le cadre d'une nouvelle instruction et devrait faire l'objet d'une nouvelle décision. La chambre de céans relève quoi qu'il en soit que, même si l'on ne tenait plus compte de l'aide apportée par

le fils, l'augmentation du taux d'empêchement à accomplir les tâches ménagères y relative ne suffirait pas à modifier le degré d'invalidité de l'assurée au point qu'un droit à un quart de rente puisse lui être reconnu. En effet, l'empêchement s'agissant de l'alimentation serait de 6%, de l'entretien, de 6%, des emplettes de 1,4%, et de la lessive, de 3,6%. Ces pourcentages, ajoutés aux 6% retenus pour les soins aux enfants et les divers donneraient un total de 29%, restant inférieur aux 40% donnant droit au quart de rente. 25. L'assurée enfin a produit de nouvelles pièces médicales à l'appui de son recours, alléguant une aggravation de son état de santé.!

Force est à cet égard de rappeler que les faits survenus postérieurement doivent faire l'objet d'une nouvelle décision et ne peuvent, partant, être pris en considération dans le cadre de la présente procédure. 26. Le taux d'invalidité doit dès lors tenir compte d'un taux d'invalidité de 38% s'agissant de la part professionnelle et d'un taux d'empêchement à accomplir les tâches ménagères de 16% et se présente comme suit :

Activités lucratives	Tâches ménagères	Taux d'invalidité	Quote-part
80%	20%	38%	16%
33%	33%	30%	3%

Force est de constater que ce taux de 33% est insuffisant pour justifier l'octroi d'une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). Aussi le recours ne peut-il être que rejeté. 27. 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, l'assuré 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 :

1. Déclare le recours recevable.
2. Au fond : Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. 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