

GE_GERICHTE A/320/2017 vom 20. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_320_2017

FR: GE_GERICHTE A/320/2017 du 20 décembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/320/2017 del 20 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

E. 2

Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

E. 3

Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011,

consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). Si, dans sa nouvelle jurisprudence, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption du caractère surmontable du syndrome douloureux somatoforme, il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance

manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; ATF 131 V 49 consid. 1.2 et les références). 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). 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). 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à

l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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 n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).> 10. En l'espèce, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, au motif que le degré d'invalidité de 28% était insuffisant. Il s'est fondé sur le rapport d'expertise des médecins de la CRR du 24 mai 2016, selon lesquels le trouble psychique conduit à une incapacité de travail de 50% dans quelque activité que ce soit, les migraines étant responsables uniquement d'une baisse de rendement, ce dès la date de l'arrêt de travail, soit depuis avril 2011. L'OAI a également pris en compte un empêchement à accomplir les tâches ménagères qu'il a lui-même estimé à 10%, ce qui donne un taux de 2,5% pour une occupation de 25%.> 11. Il s'agit d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise du 24 mai 2016.> Il y a lieu de

constater que dans leur rapport d'expertise du 24 mai 2016, les médecins de la CRR ont pris en considération l'ensemble des rapports médicaux de l'assurée, ainsi que ses plaintes. L'examen a été établi sur la base d'une anamnèse complète. La description de la situation médicale est claire. Les experts ont au demeurant retenu les diagnostics correspondant à ceux posés par les médecins traitants. Ils se sont exprimés sur la capacité de travail exigible de l'assurée en motivant dûment leur point de vue. Il en découle que le rapport d'expertise remplit toutes les exigences de la jurisprudence permettant de lui reconnaître à la forme valeur probante. 12. Cela étant, il convient d'examiner si les arguments de l'assurée commandent de s'écarter des conclusions de ce rapport. Il s'agit en d'autres termes d'en apprécier la pertinence pour déterminer si, sur le fond, le rapport d'expertise du 24 mai 2016 peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.!

a. L'assurée fait valoir que les troubles somatiques dont elle souffre ont également des répercussions sur sa capacité de travail, soit plus particulièrement le déficit vestibulaire. Ce diagnostic, ainsi que celui de probable neuronite vestibulaire, ont été posés par le Dr F _____. L'expert neurologue a en effet considéré que le déficit vestibulaire était sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr F _____ a toutefois précisé qu'il n'avait plus revu l'assurée depuis le 10 septembre 2014, et indiqué que le pronostic était bon, avec mise en place de processus centraux de compensation. Il n'apparaît dès lors pas, au vu de ces déclarations, que la conclusion de l'expert à cet égard soit dénuée de sens.

b. L'assurée conteste le taux de 50% retenu pour son incapacité de travail par les experts, rappelant que les rhumatologue, psychiatre et neurologue traitants considèrent quant à eux que sa capacité de travail est nulle. Il est vrai que selon les Drs B _____, C _____ et E _____, la capacité de travail de l'assurée est de 0%. La chambre de céans constate toutefois que le Dr B _____ renvoie la question aux Drs C _____ et D _____ et que ce dernier la renvoie lui-même à la Dresse C _____. Aussi doit-on examiner plus particulièrement le volet psychiatrique. La Dresse C _____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, polyarthrite rhumatoïde et syndrome douloureux chronique. Elle considère que l'assurée présente une incapacité de travail dans sa profession d'éducatrice de la petite enfance de 100% à compter du 21 avril 2011, précisant que la capacité de concentration et la résistance étaient limitées. L'expert psychiatre a constaté que « l'assurée était déconditionnée et que son état global lui apparaissait grave ». Il a plus particulièrement relevé « la raréfaction des relations sociales », des ressources tariées, l'absence de flexibilité et de capacité d'adaptation et une capacité d'endurance. Il a observé que le sens du contact envers des tiers ou la capacité d'évoluer au sein d'un groupe, la relation aux proches qui caractérisent les capacités professionnelles affectives et sociales de cette assurée étaient désormais sévèrement atteintes. Il considère que l'usage des compétences professionnelles est nul. Il est ainsi d'avis, tout comme la Dresse C _____, que l'assurée est incapable de travailler à 100% dans son activité d'éducatrice de la petite enfance. Pourtant, les experts ont considéré que le trouble psychique dont l'assurée souffrait, soit un épisode dépressif moyen à sévère, était responsable d'une incapacité de travail de 50% dans quelque activité que ce soit, les migraines étant responsables uniquement d'une baisse de rendement. Cette conclusion contredit celle de l'expert psychiatre, lequel après avoir décrit de sévères limitations, indique que le syndrome dépressif caractérisé d'intensité moyenne à sévère est responsable à lui seul d'une incapacité de travail à 50%. Force est de constater que le fait d'avoir précisé « à lui seul » implique que les limitations relevées s'ajoutent à ce taux de 50%. On ne comprend dès lors pas le taux de 50% finalement retenu en concilium.

c. L'assurée s'étonne

que l'expert psychiatre ait écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, alors que les experts, dans leurs conclusions finales, l'ont pris en considération et que les médecins-traitants, soit les Drs D_____ et B_____ et la Dresse C_____, ont diagnostiqué un syndrome fibromyalgique. Les experts l'ont qualifié de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, sans toutefois motiver cette conclusion et sans procéder à l'évaluation préconisée par la nouvelle jurisprudence. Il y a lieu d'ajouter que l'expert psychiatre a écarté le trouble somatoforme douloureux, au motif qu'il y avait un substratum somatique à type de polyarthrite rhumatoïde. On ne peut cependant exclure que l'assurée puisse souffrir, d'une part, d'une polyarthrite rhumatoïde, et, d'autre part, d'un trouble somatoforme douloureux ou fibromyalgie. Ce n'est pas parce qu'il est possible d'expliquer objectivement certaines plaintes qu'il n'en existe pas d'autres qui pourraient, elles, relever d'un trouble somatoforme douloureux. On ne comprend pas non plus pour quelle raison la polyarthrite rhumatoïde séronégative n'aurait pas de répercussion sur la capacité de travail. Aucune précision n'est apportée sur ce point-là. d. L'assurée reproche également aux experts de n'avoir pas suffisamment tenu compte de ses migraines chroniques. Les experts ont à cet égard considéré que les migraines étaient uniquement responsables d'une baisse de rendement. Ils n'évaluent toutefois pas cette baisse de rendement. Selon l'OAI, celle-ci est incluse dans les 50% d'incapacité de travail. Tel n'est toutefois pas l'avis de la chambre de céans. Selon l'expert psychiatre en effet, le syndrome dépressif est responsable à lui seul d'une incapacité de travail de 50%, ce qui implique nécessairement un taux d'incapacité de travail supérieur pour tenir compte des migraines. Il y a à cet égard lieu de relever que l'expert neurologue, tenant compte du fait que la migraine chronique était potentiellement invalidante en termes de rendement, a considéré que le taux d'exigibilité ne pourrait être précisé qu'en concilium, et en particulier au vu de la gravité de l'atteinte à la santé sur le plan rhumatologique, psychiatrique, et des ressources personnelles dont dispose l'assurée. e. Il résulte de ce qui précède que, pour ces motifs déjà, l'expertise du 24 mai 2016 ne saurait sur le fond se voir reconnaître valeur probante. f. En vertu de la jurisprudence fédérale, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Les conditions d'un renvoi sont en l'espèce réalisées, dès lors que l'OAI n'a pas instruit à satisfaction de droit la situation médicale de l'assurée. Il lui appartiendra ainsi de mettre en œuvre une nouvelle expertise, plus particulièrement psychiatrique, afin de déterminer les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail et de gain de l'assurée, et, si l'existence d'un trouble somatoforme douloureux (ou fibromyalgie) devait être confirmé, évaluer s'il est invalidant selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral. 13. Reste à déterminer sur la base de quel statut le degré d'invalidité devra être déterminé. a. Il existe principalement trois méthodes pour calculer le degré d'invalidité - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative (non actif) ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (arrêts du Tribunal fédéral 9C_589/2014 du 6 mars 2015, consid. 3.1 ; 9C_36/2013 du 21 juin 2013, consid. 4.1). b. 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. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). 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 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). c. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). En règle générale, il convient de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne total du tableau relatif au «secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Cette solution est en particulier justifiée lorsque la personne assurée ne pourra plus exercer son activité habituelle et qu'elle est tenue de trouver un emploi dans un nouveau domaine d'activité, l'intégralité du marché du travail étant ainsi à sa disposition (arrêt 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés aux ATF 133 V 545 , et les références citées). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique

permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Dans ce contexte, il a été jugé que la réduction des salaires issus des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). d. L'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. Par travaux habituels d'une personne travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA; ATFA du 20 avril 2007, I 288/06). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé, l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assuré (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine (sur les exigences relatives à la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, voir arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, 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 (arrêts 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p.

137). Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant. Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (consid. 2.3.2 arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002), puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (arrêt I 733/03 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3; arrêt 9C 108/2009 du 29 octobre 2009). Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c et 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 (arrêts D. du 14 janvier 2005 [I 308/04 et I 309/04] et S. du 11 août 2003 [I 681/02]). 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 (voir également Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222; ATFA du 17 mars 2005, I 257/04). La part, sur l'ensemble des tâches, de l'activité lucrative s'obtient en comparant la durée de travail que la personne handicapée accomplirait sans invalidité avec la durée de travail totale usuelle dans la profession concernée. La différence constitue la part du travail ménager. On ne peut pas tenir compte de la durée effective du travail ménager et professionnel (RCC 1992 p. 134, 1980 p. 564). La méthode mixte d'évaluation de l'invalidité s'applique aux personnes qui à la fois exercent une activité lucrative à temps partiel et s'occupent du ménage ou seraient actives dans un autre champ d'activité (ATF 141 V 15, 9C_49/2008). Les modalités de cette méthode sont expliquées dans l'ATF 131 V 51. Une réduction du taux d'activité lucrative exigible sans que le temps ainsi libéré soit consacré à une activité n'a pas d'incidence sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (consid. 5.1 et 5.2). 14. a. Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément au chiffre 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.![endif]>![if> Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_716/2012 du 11 avril 2013). On peut renoncer à une enquête sur place pour ce qui concerne le ménage si un avis médical indique qu'il n'y a pas de restriction dans ce domaine (9C_103/2010 ; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) n os 3100, 3096 et 3096.1). 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, ces dernières ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité). b. L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recoupent en partie, doivent être différenciées. L'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) se fonde non seulement sur l'incapacité de l'assuré à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI], p. 65, n. 3084 ss). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (arrêt du Tribunal fédéral I 593/03 du 13 avril 2005 consid. 5.3). À ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1 er LAI), la personne assurée est notamment tenue d'adopter une

méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées). c. S'agissant de l'aide exigible 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). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.3). 15. En l'espèce, considérant qu'avant l'atteinte à la santé, l'assurée travaillait à raison de 30 heures par semaine en qualité de gardienne d'enfants à domicile, l'OAI a retenu le statut d'une personne mixte (75% active – 25% ménagère). L'assurée affirme au contraire qu'elle aurait exercé une activité à plein temps si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. 16. a. L'assurée est titulaire d'un diplôme d'éducatrice pour la petite enfance à l'âge de 25 ans, qui lui a été délivré en Colombie. En 1998, l'assurée est venue en Suisse avec sa fille, au bénéfice d'un statut de requérante d'asile. Elle a travaillé dans l'hôtellerie et comme vendeuse. On ignore à quel taux. Son permis de séjour ayant été refusé, elle a quitté la Suisse en avril 2004, mais est revenue un mois et demi plus tard et a travaillé, vraisemblablement à temps partiel, comme femme de ménage sans être déclarée, chez des particuliers durant deux ans. Elle s'est mariée en 2006 avec un ressortissant italien, détenteur d'un permis C et a depuis obtenu la nationalité suisse. Elle a repris sa profession de garde d'enfants chez des privés à raison de trente heures par semaine, jusqu'au 21 avril 2011, date à laquelle elle a cessé de travailler. L'assurée relève que, depuis son arrêt de travail le 30 avril 2011, elle était en incapacité de travail, de sorte qu'elle n'avait pas de raison de rechercher un nouvel emploi, et encore moins un emploi à plein temps. Il y a toutefois lieu de constater qu'elle n'a vraisemblablement pas, au degré requis par la jurisprudence, travaillé à plein temps depuis son arrivée en Suisse. Elle n'allègue pas non plus avoir tenté de rechercher un emploi à plein temps. L'assurée insiste également sur le fait que si elle n'avait pas travaillé à plein temps avant sa dernière activité lucrative, c'est parce qu'elle s'occupait de sa fille. Elle admet certes que sa fille avait déjà 15 ans lorsqu'elle a débuté dans son dernier emploi en novembre 2010, mais rappelle que selon la jurisprudence, la reprise d'une activité lucrative à 50% ne peut en principe être exigée que dès que le plus jeune enfant atteint l'âge de 10 ans, et à 100% dès que l'enfant atteint l'âge de 16 ans. Elle cite à cet égard deux arrêts du Tribunal fédéral (5A 277/2014 et ATF 137 III 102), aux termes desquels, « La capacité de pourvoir soi-même à son entretien est susceptible d'être limitée totalement ou partiellement par la charge que représente la garde des enfants. En principe, on ne peut exiger d'un époux la prise ou la reprise d'une activité lucrative à un taux de 50 % avant que le plus jeune des enfants n'ait atteint l'âge de 10 ans révolus, et de 100 % avant qu'il n'ait atteint l'âge de 16 ans révolus (ATF 115 II 6 consid. 3c). Ces lignes directrices sont toujours valables dès lors que, comme par le passé, la garde et les soins personnels sont dans l'intérêt des enfants en bas âge, ainsi que de ceux en âge de scolarité, et que les soins personnels représentent un critère essentiel lors de l'attribution de la garde (arrêt 5A_210/2008 du 14 novembre 2008 consid. 3.2, non publié in ATF 135 III

158). Elles ne sont toutefois pas des règles strictes; leur application dépend des circonstances du cas concret (arrêt 5A_241/2010 du 9 novembre 2010 consid. 5.4.3). Ainsi, une activité lucrative apparaît exigible lorsqu'elle a déjà été exercée durant la vie conjugale ou si l'enfant est gardé par un tiers, de sorte que le détenteur de l'autorité parentale, respectivement de la garde, n'est pas empêché de travailler pour cette raison; en revanche, la reprise d'une activité lucrative ne peut raisonnablement être exigée lorsqu'un époux a la charge d'un enfant handicapé ou lorsqu'il a beaucoup d'enfants (arrêt 5A_6/2009 du 30 avril 2009 consid. 2.2). Le juge du fait tient compte de ces lignes directrices dans l'exercice du large pouvoir d'appréciation qui est le sien (ATF 134 III 577 consid. 4) ». La chambre de céans relève cependant que dans cet arrêt, le Tribunal fédéral examine comment fixer la contribution d'entretien en faveur du conjoint au sens de l'art. 125 CC, dans le cadre d'un divorce. Les principes dégagés ne sont d'aucun secours pour la résolution du cas d'espèce et ne sont dès lors pas applicables. En effet, il paraît qu'avoir la garde d'un enfant de 15 ans n'empêche pas un assuré de travailler à plein temps s'il le souhaite. Il n'est ainsi pas établi, au degré de vraisemblance prépondérante, que l'assurée, en bonne santé, aurait exercé une activité lucrative à plein temps. b. La recourante fait également valoir que le choix de la méthode mixte est discriminatoire lorsqu'elle est appliquée à des personnes souhaitant travailler à temps partiel. Elle se réfère expressément à un arrêt DI TRIZIO rendu par la Cour Européenne des droits de l'Homme le 2 février 2016. Dans l'arrêt DI TRIZIO évoqué par l'assurée, la Cour européenne des droits de l'Homme a traité le cas d'une assurée qui s'était vu supprimer son droit à la demi-rente, son degré d'invalidité ayant été recalculé selon la méthode mixte suite à la naissance de ses jumeaux. La Cour européenne des droits de l'Homme a considéré que, dans de telles circonstances, l'application de la méthode mixte constituait une violation du droit au respect de la vie familiale (art. 14 combiné avec l'art. 8 CEDH), puisque c'était la naissance des enfants qui avait conduit à la perte du droit à la rente. Dans une lettre circulaire n°355, datée du 31 octobre 2016 rédigée suite à cet arrêt, l'Office fédéral des assurances sociales - OFAS - a considéré que la méthode mixte ne devait être considérée comme discriminatoire que dans des circonstances similaires à celles du cas DI TRIZIO. Dans de telles situations, l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme a pour conséquence que le statut reconnu à un assuré doit être préservé et que la méthode mixte ne doit plus être appliquée au nom du respect de la vie familiale. Pour cela, deux conditions cumulatives doivent être réunies : - la révision de la rente ou le premier octroi de rente est couplé avec une réduction ou une limitation dans le temps de la rente, et [endif] > [if] - la réduction du temps de travail est justifiée pour des raisons familiales (obligations de garde d'enfants mineurs). [endif] > [if] Le Tribunal fédéral a fait sienne cette position (cf. arrêt 9F_8/2016 du 20 décembre 2016 ; cf. également ATAS/1093/2016 et ATAS/174/2017). On notera encore qu'à la suite de l'arrêt DI TRIZIO, le Conseil fédéral a entrepris une modification du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), dont l'entrée en vigueur est prévue le 1 er janvier 2018. Cette modification consiste en un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, évaluant séparément les conséquences d'une atteinte à la santé sur l'activité lucrative, d'une part, et sur les tâches ménagères et familiales, d'autre part. Ce nouveau mode de calcul est censé renforcer les moyens de concilier vie familiale et vie professionnelle. Le cas de l'assurée diffère de celui de l'arrêt puisqu'on ne se trouve pas dans l'hypothèse d'une réduction de rente ou d'un octroi de rente limité dans le temps. On ne saurait retenir que la réduction du temps de travail à 75% - pour autant qu'elle ait effectivement réduit son temps de travail à

partir de novembre 2010, ce qui paraît douteux vu les raisons expliquées ci-dessus - ait été opérée pour des raisons familiales, sa fille étant à ce moment-là âgée de 15 ans. On n'est ainsi pas en présence d'un changement de statut qui aurait été justifié par la venue au monde d'enfants. Partant, c'est en vain que l'assurée se prévaut de l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme. c. Le statut mixte tel que retenu par l'OAI doit, au vu de ce qui précède, être confirmé. 17. S'agissant de l'évaluation des empêchements à accomplir les tâches ménagères, l'OAI a retenu un taux de 10%. Il a considéré que, compte tenu du fait que, selon l'expertise, l'assurée était aidée par sa fille dans l'accomplissement des tâches ménagères, vu sa capacité de travail de 50% dans toute activité et vu ses limitations fonctionnelles, ses empêchements étaient au maximum de 10% dans la sphère ménagère, ce qui donne un taux de 2,5% pour les empêchements dans les travaux habituels auxquels elle se consacre à hauteur de 25%. Il a renoncé à effectuer une enquête économique sur le ménage. Force est de constater que l'instruction menée par l'OAI est lacunaire. Dans la mesure où le statut mixte a été retenu, il y avait lieu d'examiner, compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier, s'il existait des empêchements dans la tenue du ménage méritant d'être pris en considération, et ce au moyen d'une enquête sur place effectuée par une personne qualifiée et ayant connaissance de la situation locale et spatiale. L'OAI ne pouvait effectuer un examen général et abstrait de la situation de l'assurée. La chambre de céans ayant par ailleurs considéré que l'expertise sur laquelle s'était fondé l'OAI pour rendre la décision litigieuse n'avait pas valeur probante, de sorte qu'une nouvelle expertise psychiatrique se justifiait, il y a pour ce motif également lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour nouvelle détermination sur la question de l'évaluation des empêchements rencontrés dans le ménage également, étant rappelé qu'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, ces dernières ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité). 18. Aussi le recours est-il partiellement admis, en ce sens que la décision du 12 décembre 2016 est confirmée s'agissant du statut mixte de l'assurée, mais annulée pour le reste. La cause est renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction sous forme d'une expertise psychiatrique et nouvelle décision. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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