

GE_GERICHTE A/325/2018 vom 8. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_325_2018

FR: GE_GERICHTE A/325/2018 du 8 janvier 2019

IT: GE_GERICHTE A/325/2018 del 8 gennaio 2019

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Elodie SKOULIKAS recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née B_____ le _____ 1980, originaire du Maroc, a été victime d'un accident de bus dans ce pays, le 16 novembre 2003, qui a provoqué un traumatisme crânien avec perte de substance frontale ayant nécessité une greffe du cuir chevelu, une paralysie du releveur du front gauche ainsi qu'un traumatisme de la main gauche avec perte de substance de la main et section des extenseurs des doigts deux et trois. Depuis lors, elle se plaint de céphalées, ainsi que de douleurs latéro-cervicales gauches, à l'omoplate et à l'épaule gauches. Elle est arrivée en Suisse et s'est mariée avec un ressortissant suisse, le _____ 2004, puis a donné naissance à un fils, le _____ 2005. Elle s'est inscrite auprès de l'office cantonal de l'emploi, le 8 novembre 2004, en indiquant rechercher une activité à 100 %. Selon l'extrait de son compte individuel AVS (ci-après : CI), elle a travaillé comme employée auprès du service d'entretien de L_____ de septembre 2008 à février 2009 à raison de deux heures, puis comme aide de cuisine à la buvette C_____ de juillet à décembre 2010 et de mars à juillet 2011 avec un taux d'activité garanti à 50 % au minimum.![endif]>![if> 2. Le 24 octobre 2011, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente. Elle a indiqué souffrir d'une dépression depuis novembre 2008 entraînant une incapacité de travail à 100 % depuis le 6 mai 2009. Elle a joint à sa demande divers certificats médicaux établis par la doctoresse D_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, attestant d'une incapacité de travail entière du 1 er mai 2009 au 30 septembre 2010, puis du 1 er au 30 avril 2011 et dès le 1 er août 2011.![endif]>![if> 3. Dans un rapport du 2 novembre 2011, la Dresse D_____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, avec syndrome somatique (F 33.11) depuis juillet 2011 et, sans effet sur la capacité de travail, une personnalité émotionnellement labile type borderline (F 60.31), depuis l'enfance. Elle suivait l'assurée depuis avril 2008. Celle-ci, issue d'une famille de dix-huit enfants, avait été abandonnée pas sa mère, puis maltraitée par ses belles-mères. Elle avait vécu un isolement affectif dans l'enfance et présenté des troubles du comportement, ainsi qu'une intolérance à la frustration. Ses relations de couple étaient difficiles avec un mari invalide de longue date pour un alcoolisme grave et qui manifestait de constantes disqualifications ainsi qu'un harcèlement moral vis-à-vis de l'assurée. Celle-ci était en instance de divorce, ce qui l'angoissait beaucoup et la faisait rechuter une nouvelle fois dans la dépression. Elle présentait une fragilité de fond avec dépression aiguë qui rendait le pronostic mitigé. Toutefois, l'assurée avait des ressources qu'elle pourrait probablement à

nouveau mobiliser lorsqu'elle irait mieux et ne subirait plus le harcèlement de son conjoint. Elle suivait actuellement une psychothérapie intégrée à un rythme bi-hebdomadaire. Dans l'activité d'employée de cuisine, l'incapacité de travail était de 100 % depuis le 1^{er} août 2011. Les limitations fonctionnelles consistaient en troubles de la concentration, fatigue, tension nerveuse importante et manque de patience.!

4. Le 16 janvier 2013, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du docteur E_____ qui a examiné l'assurée le 28 février 2013. Dans son rapport du 27 mai 2013, l'expert a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif récurrent moyen, sans symptômes psychologiques, actuellement en rémission partielle (F 33.10) et, sans répercussion sur la capacité de travail, notamment des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F 12.26), des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs, sans critères de gravité jurisprudentiels remplis (F 54) et un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline, actuellement non décompensé (F 60.31). L'assurée se plaignait de céphalées, de tensions musculaires, de douleurs au dos, de fatigue et de troubles de la concentration qui évoluaient depuis l'accident de 2003. L'expert a expliqué qu'actuellement, il objectivait une symptomatologie compatible avec un épisode dépressif léger. La rémission partielle du dernier épisode dépressif moyen était documentée au regard de l'évolution des limitations fonctionnelles, des scores de l'échelle de dépression de Hamilton et de l'absence de traitement antidépresseur depuis au moins la fin de l'année 2012. L'assurée présentait des plaintes douloureuses persistantes depuis au moins deux ans mais probablement avec un substrat organique au moins partiel. La dépendance était primaire car elle avait précédé et favorisé l'écllosion de l'épisode dépressif selon l'anamnèse. Il existait un retentissement des plaintes douloureuses dans les activités quotidiennes et du ménage, essentiellement dans le sens d'une difficulté à réaliser les tâches ménagères lourdes physiquement, en raison de douleurs. En revanche, il n'y avait pas de répercussion des plaintes psychiques sur le quotidien, ce d'autant plus que l'assurée arrivait à réaliser seule les courses légères. La capacité de travail était considérée comme nulle du 1^{er} mai 2009 au 1^{er} mars 2011, de 50 % du 2 au 31 mars 2011, de 100 % du 1^{er} avril 2011 au 31 juillet 2011, nulle du 1^{er} août 2011 au 30 novembre 2012, de 50 % du 1^{er} décembre au 31 décembre 2012 et de 100 % dès le 1^{er} janvier 2013. La dernière activité professionnelle exercée était adaptée d'un point de vue purement psychiatrique.!

5. Par décision du 5 novembre 2013, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité au motif qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante – tant physique que psychique – au sens de l'assurance-invalidité. N'ayant pas fait l'objet d'un recours, cette décision est entrée en force. !

6. Le 11 février 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité par l'intermédiaire de l'Hospice général (ci-après : HG). Elle a indiqué qu'elle avait donné naissance à un second garçon le _____ 2013, qu'elle s'était remariée le _____ 2014, qu'elle était séparée juridiquement depuis le 23 novembre 2015 et qu'elle souffrait d'une dépression récidivante. !

7. Dans un rapport du 14 mars 2016, la Dresse D_____ a diagnostiqué une dépression récurrente, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique. Depuis sa première demande, l'état de santé de l'assurée avait continué à fluctuer. Elle s'était remariée en 2013 et dès le mariage, alors qu'elle était enceinte, elle avait été victime de violences conjugales. En été 2014, à la suite d'une rechute dépressive importante dans le cadre de sa relation conjugale violente et malsaine, elle avait été prise en charge par la consultation mère-bébé. En 2015, elle avait

demandé une séparation et son mari avait quitté le domicile, mais avait continué à la malmené à la moindre occasion. En janvier 2016, à la suite d'un épuisement psychique et physique, elle avait séjourné à la Clinique genevoise de Montana. Pendant ce temps, son mari avait enlevé l'enfant à la personne à laquelle l'assurée l'avait confié. La capacité de travail de celle-ci était de 50 % dans une activité manuelle et un environnement calme.!

La Dresse D_____ a annexé notamment le résumé du séjour à la Clinique genevoise de Montana du 20 janvier 2016 établi par le docteur F_____, médecin adjoint, et la lettre de sortie du Centre de thérapie brève des Eaux-vives du 8 octobre 2014 établi par le docteur G_____, chef de clinique. - Dans son rapport du 8 octobre 2014, consécutif à une prise en charge du 3 juillet au 6 août 2014, le Dr G_____ a diagnostiqué un épisode dépressif sans précision (F 32.9). L'assurée avait été adressée au programme mère-bébé par les urgences psychiatriques dans un contexte de violences conjugales. Elle avait expliqué qu'elle avait consulté les urgences en raison d'un état dépressif et non à cause des violences domestiques. Elle avait arrêté son traitement et son suivi psychiatrique avec la Dresse D_____ en début de grossesse. Cette dernière avait été très stressante et angoissante car elle lui rappelait son premier accouchement qui s'était très mal passé. Elle avait vécu trois épisodes de violences domestiques, le premier au septième mois de grossesse, le deuxième au début septembre 2014 et le troisième quelques jours avant son admission. - Dans son rapport du 20 janvier 2016, le Dr F_____ a précisé que l'assurée avait séjourné du 13 au 14 janvier 2016. Il a posé un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré à sévère. À l'entrée, l'assurée présentait une thymie basse avec des angoisses importantes dans un contexte de conjugopathie du fait de ses problèmes familiaux. À l'examen clinique, il a constaté une tristesse avec des pleurs, des angoisses nocturnes et vespérales, des idées noires importantes, un vécu de culpabilité, une aboulie, une anhédonie, ainsi que des symptômes psychotiques minimes à type d'hallucinations auditives. L'assurée avait décidé de mettre fin au séjour et de rentrer à Genève. 8. Par courrier du 29 février 2016, l'HG a informé l'OAI qu'il versait une aide financière à la recourante depuis le 1^{er} août 2012. Dans le questionnaire relatif aux informations complémentaires à la demande de prestations d'assurance-invalidité (ci-après : AI) rempli par l'assistante-sociale et l'assurée, ces dernières ont mentionné comme dernier parcours professionnel une activité d'aide de cuisine à 100 % sous forme de travail saisonnier pendant la période d'été. Elles ont précisé que l'attente professionnelle de l'assurée, liée à la demande AI, consistait en une aide à la formation pour pouvoir travailler.!

9. Par avis du 29 mars 2016, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a relevé que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus, au vu de l'épisode dépressif de gravité modérée à sévère ayant justifié des hospitalisations en juillet-août 2014 et janvier 2016. Par conséquent, il y avait lieu d'instruire la demande. !

10. Par communication du 30 novembre 2016, l'OAI a estimé qu'une expertise médicale rhumatologique et psychiatrique était nécessaire auprès du docteur H_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Il a transmis à l'assurée les questions qu'il entendait poser à l'expert, en lui impartissant un délai pour faire part d'éventuelles questions complémentaires et motifs de récusation.!

11. Dans son rapport d'expertise du 24 février 2017, consécutif à ses examens des 16 et 30 décembre 2016, le docteur I_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a mentionné à l'anamnèse que l'assurée avait travaillé dans la confection à Casablanca jusqu'à l'âge de dix-huit ans, puis elle avait fait la connaissance de celui qui allait devenir son premier mari, qui était âgé de

cinquante ans et qui lui avait loué un appartement au Maroc. Elle s'était séparée de son deuxième mari. À l'examen, elle se plaignait d'anxiété et de tristesse présentes pendant la journée avec baisse de l'élan vital, accompagnées d'anhédonie et d'athymhormie ainsi que d'idées noires présentes de façon chronique sans idéation suicidaire. Elle ne consommait pas de cannabis, ni d'autres drogues. Elle imaginait pouvoir reprendre une activité s'il n'y avait pas d'interaction importante avec les autres car il lui était difficile de faire confiance et de gérer les tensions. Lors de son examen, l'expert a mis en évidence une thymie triste, une labilité émotionnelle avec des pleurs lorsque l'assurée évoquait les conflits relationnels passés, un Moi insécure, en repli, avec une fragilité narcissique manifeste, des besoins anaclitiques, des mécanismes de défense du registre archaïque avec faibles capacités de mentalisation et d'introspection, ainsi qu'une gestion difficile de l'impulsivité au prix de la diminution de l'exposition sociale. Il a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F 33.10) depuis 2008 et une personnalité émotionnellement labile, type borderline (F 60.31) dès le début de l'âge adulte. Les limitations fonctionnelles étaient en lien avec la perte de l'élan vital, la thymie triste et l'anhédonie ainsi qu'avec les difficultés dans la gestion de l'impulsivité et des réactions émotionnelles dans des situations de stress, soit des limitations de taille pour l'adaptation de l'assurée dans un travail en économie libre. L'assurée ayant présenté des effets indésirables avec certains antidépresseurs dans le passé, il serait envisageable d'introduire un antidépresseur d'une autre classe et de travailler sur la compliance à ce niveau. D'ailleurs, vu le tableau clinique actuel, il était difficilement envisageable qu'elle puisse avoir une performance professionnelle acceptable dans l'économie libre. Une telle adaptation du traitement permettrait d'envisager une reprise progressive d'activité professionnelle dans un cadre adapté, avec une activité à 50 % dans un premier temps. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle en économie libre. S'agissant de la cohérence, les répercussions de l'incapacité de travail étaient importantes chez l'assurée. Mis à part ses difficultés financières, l'absence d'activité professionnelle renforçait le schéma d'isolement et d'évitement des interactions. Ce cercle vicieux favorisait l'intensification et la chronification du tableau dépressif avec des épisodes de plus en plus intenses et durables. Actuellement, vu le contexte d'isolement social, l'impact du trouble de la personnalité était moins visible et la présence du trouble dépressif dominait le tableau clinique. Au regard de l'épisode dépressif, l'assurée n'était actuellement pas en mesure de reprendre une activité professionnelle même dans un milieu adapté. Si la situation clinique s'améliorait, suite à l'introduction d'un antidépresseur, elle pourrait reprendre une activité à 50 % dans six mois en milieu adapté, tenant compte des limitations fonctionnelles relatives au trouble borderline. >12. Dans un rapport du 17 mai 2017, le SMR a retenu une capacité de travail exigible de 0 % dans l'activité habituelle et de 0 % dans une activité adaptée à partir de janvier 2016. Les limitations fonctionnelles consistaient en gestion difficile de l'impulsivité, faible capacité de mentalisation et d'introspection, grande fragilité psychologique, difficulté à gérer le stress, effondrement des ressources d'adaptation, absence de conscience de morbidité, difficulté à organiser le temps, difficulté à gérer ses tâches administratives et difficulté dans la gestion des émotions. >13. Le service extérieur de l'OAI a procédé à une enquête ménagère au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 29 août 2017, l'enquêtrice a indiqué que celle-ci vivait avec ses deux fils âgés de onze ans et demi et trois ans et demi dans un appartement de trois pièces. L'assurée avait suivi sa scolarité au Maroc jusqu'à l'âge de douze ans. Elle disait ne pas savoir lire ou écrire couramment ni en arabe, ni en

français. Elle n'avait pas de formation professionnelle et avait travaillé dans le domaine de la confection à Casablanca. Depuis son arrivée en Suisse et jusqu'en 2009, elle avait été femme au foyer. De 2009 à 2010, elle avait travaillé en tant que bénévole auprès de J_____ à K_____ tout en exerçant en parallèle une activité de nettoyeuse à raison de 24 %. Elle avait démissionné de son activité d'aide cuisinière en raison d'un problème d'incompatibilité avec une collègue. Elle avait dépendu financièrement de son premier mari, dont elle avait divorcé en janvier 2012. Son deuxième mari – dont elle était séparée depuis l'été 2015 – n'avait pas souhaité qu'elle travaillât. Elle avait fait des recherches d'emploi à partir de sa séparation avec l'assistance de l'HG mais avait dû cesser rapidement ses recherches en lien avec son état de santé. Elle n'avait gardé aucune preuve de ses recherches d'emploi. Elle n'avait aucun revenu et dépendait de l'HG. En bonne santé, elle aimerait dans l'idéal travailler à 100 % afin d'être autonome financièrement. Elle percevait une pension pour son fils aîné de CHF 782.- et des allocations familiales de CHF 600.-. Son loyer s'élevait à CHF 1'200.- avec une aide au logement de CHF 425.-. L'assurée avait vendu sa voiture pour des raisons financières. Son fils de trois ans et demi allait à la crèche et son fils aîné mangeait aux cuisines scolaires à midi. À part une sœur qui vivait en France voisine et qui était peu disponible, elle n'avait pas de famille sur qui elle pouvait compter. S'agissant de l'alimentation, après l'atteinte à la santé, elle continuait à préparer les repas comme elle le faisait depuis sa séparation. Elle ne décrivait aucun empêchement pour faire la vaisselle, ranger et nettoyer la cuisine. S'agissant de l'entretien du logement, elle continuait à accomplir les différentes tâches ménagères tranquillement à son rythme. Toutefois, elle lavait les sols moins fréquemment et n'avait pas nettoyé les vitres depuis sa séparation. S'agissant des emplettes et courses diverses, elle continuait à faire des emplettes de manière régulière et à se rendre une fois par mois en France voisine avec sa sœur pour les grandes courses. Elle avait toujours eu besoin d'aide pour gérer les factures et les documents administratifs, car elle ne savait ni lire, ni écrire couramment. Depuis sa séparation, cette aide lui était apportée par l'HG. L'assurée ne décrivait aucun empêchement pour la lessive et l'entretien des vêtements ainsi que pour les soins aux enfants. Les empêchements pondérés avec exigibilité s'élevaient à 3,60 %, à savoir 0 % dans la conduite du ménage représentant le 3 % des activités, 0 % dans l'alimentation représentant le 33 % des activités, 3,6 % dans l'entretien du logement représentant le 18 % des activités, 0 % pour les emplettes et courses diverses représentant le 8 % des activités, 0 % pour la lessive et l'entretien des vêtements représentant le 18 % des activités ainsi que 0 % dans les soins aux enfants représentant le 20 % des activités.!

14. Selon la note concernant le statut, établie le 12 juin 2017 par le gestionnaire, même si l'assurée avait déclaré lors de l'enquête ménagère qu'elle travaillerait à 100 % sans atteinte à la santé, elle ne pouvait prouver aucune recherche d'emploi dans ce sens. Par ailleurs, elle n'avait jamais exercé une activité professionnelle à 100 %, hormis peut-être un mois aux C_____. Par conséquent, il y avait lieu de retenir un statut mixte avec une part professionnelle de 50 %, soit le taux d'activité contractuel aux C_____.!

15. Par un projet de décision du 21 septembre 2017, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui accorder une demi-rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 52 %, en lui reconnaissant un statut mixte d'une personne se consacrant à 50 % à une activité professionnelle et à 50 % à ses travaux ménagers. !

16. Par courrier du 19 octobre 2017, Maître SKOULIKAS (ci-après : le mandataire) a informé l'OAI de sa constitution pour la défense des intérêts de l'assurée avec élection de domicile en son étude. !

17. Par décision du 7 décembre 2017, adressée directement à l'assurée en courrier A, l'OAI a admis

le droit de celle-ci à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2017, au vu du degré d'invalidité de 52 %, et lui a refusé le droit à des mesures professionnelles. Il a retenu un statut d'assuré mixte, à savoir celui d'une personne se consacrant à 50 % à son activité professionnelle et à 50 % à ses travaux habituels dans le ménage. L'incapacité de travail était de 100 % dans toute activité depuis le 1^{er} janvier 2016. Selon l'enquête ménagère, les empêchements dans la sphère des travaux habituels étaient évalués à 3,6 %. À la fin du délai d'attente d'un an, soit au 1^{er} janvier 2017, le degré d'invalidité tenant compte d'une pondération entre la part active et la part des travaux habituels s'élevait à 52 % $([100 \% \times 50 \%] + [3,6 \% \times 50 \%])$. 18. Par courrier du 12 décembre 2017 adressé au mandataire, l'OAI s'est référé à sa décision du 7 décembre 2017 mettant l'assurée au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité. 19. Par courrier du 27 décembre 2017, le mandataire a indiqué à l'OAI qu'il n'avait jamais reçu la décision malgré l'élection de domicile en son Étude et a demandé à ce qu'elle lui soit transmise. 20. Le 9 janvier 2018, l'OAI a communiqué au mandataire une copie de la décision du 7 décembre 2017. 21. Par acte du 29 janvier 2018, l'assurée a recouru contre ladite décision. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2017, sous suite de frais et dépens. Elle a exposé qu'avant l'accident de 2003, elle exerçait une activité à 100 % en tant que modèle dans le domaine de la mode. Elle vivait de manière confortable et était en mesure de soutenir sa famille. S'agissant du statut, elle a allégué qu'elle n'avait pas exercé d'activité professionnelle à 100 % non par choix, mais en raison de l'accident de 2003, la naissance de ses enfants et la nécessité de s'en occuper, ainsi que les épisodes dépressifs récurrents depuis 2008. Elle avait exprimé à plusieurs reprises sa volonté de reprendre une activité professionnelle à 100 %. Dans sa demande du 14 décembre 2015, elle avait principalement requis des mesures de réadaptation lui permettant de se réintégrer dans le monde du travail, ce qui était un signe de sa volonté de reprendre une activité professionnelle. Par conséquent, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité lucrative à 100 %, de sorte que pour déterminer son degré d'invalidité, il y avait lieu d'appliquer la méthode de comparaison des revenus et non pas la méthode mixte. Au vu du jeune âge de son enfant, il pourrait être considéré subsidiairement que, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé ces prochaines années une activité professionnelle à 80 %. Si par impossible, la méthode mixte devait être appliquée, elle contestait les constatations de l'enquête ménagère. S'agissant de la conduite du ménage, l'enquêtrice n'avait pas tenu compte des difficultés à organiser le temps et à gérer ses tâches, soit d'un empêchement de 40 %. S'agissant des autres postes, elle n'avait pas davantage pris en considération les troubles constatés par les divers psychiatres, à savoir des douleurs intenses et persistantes, des douleurs lombaires, des problèmes de concentration, une fatigue chronique, un manque d'élan vital et des problèmes alimentaires. Par conséquent, les empêchements dans ces divers postes étaient de 50 % chacun, de sorte que l'invalidité globale pour les tâches ménagères ascendait au minimum à 40 % en l'absence d'un examen somatique, soit un taux d'invalidité totale de 70 % selon la méthode mixte. 22. Par décision du 30 janvier 2018, le Vice-Président du Tribunal civil a accordé à l'assurée l'assistance juridique pour la procédure judiciaire. 23. Dans sa réponse du 26 février 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé que, selon la jurisprudence, la volonté hypothétique de l'assurée ne pouvait pas faire l'objet d'une administration directe de la preuve et devait, en règle générale, être déduite d'indices extérieurs. Il fallait tenter de rendre vraisemblable la volonté de travailler davantage par l'apport de pièces. Or, aucun document au dossier n'établissait que la

recourante avait effectué une quelconque démarche pour exercer une activité professionnelle à temps complet, alors qu'il ressortait des CI qu'elle avait soit cotisé soit comme personne sans activité lucrative, soit comme salariée mais pour de faibles revenus, et qu'elle avait indiqué dans les questionnaires de demande AI qu'elle était femme au foyer depuis 2004. Par conséquent, l'intimé avait retenu à juste titre un statut mixte. L'évaluation par l'enquêtrice des empêchements rencontrés dans l'accomplissement des tâches du ménage se fondait sur les comportements et déclarations de la recourante. Par ailleurs, l'enquête ménagère remplissait toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. La recourante ne donnait aucune explication convaincante permettant de procéder à une appréciation différente du cas.!

24. Dans sa duplique du 30 avril 2018, la recourante a observé que l'enquête économique sur le ménage servait d'abord à évaluer l'étendue des empêchements dus à des troubles physiques. En présence de troubles psychiques, lorsqu'il y avait des divergences entre les résultats de l'enquête à domicile et les constatations d'ordre médical, ces dernières avaient en général plus de poids. Or, selon l'attestation établie le 24 avril 2018 par la Dresse D_____, ses empêchements dans les tâches de la vie quotidienne étaient de 50 %, notamment en raison de sa gestion compliquée des émotions face aux problèmes de la vie. Par conséquent, l'enquête sur le ménage réalisée par une personne sans qualification en psychiatrie ne pouvait pas servir de base à l'appréciation de ses empêchements dans la sphère ménagère, de sorte qu'il convenait de se rapporter aux constatations des divers psychiatres et retenir un empêchement minimal de 50 %. La recourante a persisté dans ses conclusions précédentes.!

La recourante a produit dans la procédure le rapport de la Dresse D_____ du 24 avril 2018. Selon ce dernier, la recourante souhaiterait pouvoir travailler à plein temps si sa santé le lui permettait, ce qui lui serait également favorable sur le plan social et aux yeux de ses enfants. La recourante présentait des douleurs fluctuantes, des troubles du sommeil, une anorexie et des angoisses secondaires à une dépression récurrente actuellement d'intensité moyenne à sévère. La gestion de ses émotions face aux problèmes de la vie lui demandait énormément d'énergie. Par conséquent, en considérant une moyenne sur une longue durée et non une évaluation ponctuelle, elle estimait que les empêchements dans les tâches de la vie quotidienne étaient de 50 %.

25. Dans sa réplique du 30 mai 2018, l'intimé a considéré que l'attestation de la Dresse D_____ du 24 avril 2018 ne précisait nullement les raisons qui empêcheraient la recourante d'effectuer telle tâche. En effet, elle ne décrivait pas l'importance des difficultés rencontrées par la recourante dans la réalisation des actes ordinaires de la vie. Il a persisté dans ses conclusions précédentes.!

26. Le 1^{er} juin 2018, la chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante.!

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 - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.!

À 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). 3. À titre préalable, il convient d'examiner si la décision directement adressée à la recourante a été régulièrement notifiée, respectivement si le recours a été formé dans le délai légal. a. Selon l'art. 37 LPGA, une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas (al. 1). Tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire (al. 3). Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui est utilisé pour éliminer tout doute quant à la question de savoir si la communication a été envoyée à la partie elle-même ou à son représentant ainsi que pour clarifier quelles sont les communications déterminantes pour le calcul du délai de recours (ATF 99 V 177 consid. 3 ; SVR 2009 UV n° 16 p. 62 ; RAMA 1997 n° U 288 p. 442 consid. 2b). La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3, 3^{ème} phrase, LPGA). Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA-GE et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). b. La jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification d'une décision ; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme ; ainsi l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il entend contester. Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable (ATF 134 V 145 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2017 du 9 mars 2018 consid. 4.2 et les références). Le délai de recours est respecté lorsque le recourant agit dans les trente jours à compter du moment où il pouvait de bonne foi prendre connaissance de la décision contestée (ATF 102 Ib 91 consid. 4 ; ATF 98 Ib 13 consid. 4 ; ATF 96 I 686 consid. 1d ; arrêt du Tribunal fédéral 2C_318/2009 du 10 décembre 2009 consid. 3.3). c. Selon la doctrine, lorsque l'administré a un mandataire connu de l'autorité, celle-ci ne peut pas notifier directement et uniquement la décision à l'administré ; le délai (de recours) ne court qu'à partir de la nouvelle notification au mandataire. Dès que l'administré ou son mandataire prend connaissance de l'irrégularité de la notification, il doit demander en temps utile une autre notification régulière, faute de quoi son comportement est contraire à la bonne foi et fait courir le délai de recours (JAAC 2000 n° 45 p. 557 (a) ; Benoît BOVAY, Procédure administrative, 2015, p. 377). 4. En l'espèce, bien que le mandataire se soit constitué pour la défense de la recourante en précisant, le 19 octobre 2017, que sa cliente élisait domicile en son étude, l'intimé a notifié sa décision du 7 décembre 2017 directement à la recourante. Cette notification est irrégulière puisque ladite décision n'a pas été envoyée au domicile élu de la recourante chez son avocat, bien que l'intimé avait eu connaissance avant son envoi que celle-ci était représentée par un mandataire avec élection de domicile. En l'occurrence, à réception du projet de décision de l'intimé, la recourante a consulté un avocat et l'a chargé de contester ledit projet. Puis, après avoir eu connaissance de l'existence de ladite décision, à savoir à réception du courrier de l'intimé du 12 décembre 2017 précisant que la recourante avait été mise au bénéfice d'une rente

d'invalidité selon décision du 7 décembre 2017, le mandataire a demandé à l'intimé par courrier du 27 décembre 2017 de lui transmettre cette décision qui lui a été notifiée le 9 janvier 2018. Le mandataire ayant reçu ladite décision le 10 janvier 2018, le recours déposé le 29 janvier 2018 a été formé dans les trente jours à compter du moment où il pouvait de bonne foi prendre connaissance de la décision contestée, étant précisé que le délai de recours a été suspendu du 18 décembre 2017 au 2 janvier 2018 (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 89B LPA-GE). 5. Est litigieux le taux d'invalidité fondant le droit à la rente et plus particulièrement le statut et les empêchements dans les activités ménagères de la recourante. 6. a. 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 (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 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 a al. 1 LAI). b. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). c. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée

pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). 8. a. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 412 consid. 2b et ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références). b. L'administration qui est saisie d'une nouvelle demande doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2). c. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge

(ATF 117 V 198 consid. 3a et 109 V 114 consid. 2a et b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1). 9. a. 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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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. c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. 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. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. 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 et les références). 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).¹¹ Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGa), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 a 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. 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).¹² 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).

12. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante et lui a accordé une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2017 calculée sur la base d'un statut mixte avec activité professionnelle et activité ménagère exercées chacune à 50 %. La recourante conteste au vu de sa situation financière que sans invalidité, elle n'aurait travaillé qu'à raison de 50 % comme le retient la décision litigieuse.¹³ En l'occurrence, dans ladite décision, l'intimé aboutit à un tel résultat compte tenu notamment de l'absence de formation professionnelle de la recourante, de l'absence d'exercice d'une activité professionnelle à 100 %, de la teneur de ses CI qui font état de cotisations soit comme personne sans activité lucrative, soit comme salariée mais pour de faibles revenus, de la mention dans les demandes AI qu'elle était femme au foyer depuis 2004 et du fait que la recourante ne détient aucune preuve de recherches d'emplois à temps complet. Ce faisant, il ne tient pas compte des troubles psychiques incapacitants de la recourante, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique présent depuis 2008 et une personnalité émotionnellement labile, type borderline, présente depuis le début de l'âge adulte. Or, selon le rapport d'expertise du Dr I_____ dont les parties admettent à juste titre la valeur probante, la coexistence de ces deux troubles a un effet délétère sur le niveau d'activité. L'absence d'activité professionnelle renforce le schéma d'isolement et d'évitement des

interactions. Ce cercle vicieux favorise l'intensification et la chronification du tableau dépressif avec des épisodes de plus en plus intenses et durables. L'impact des troubles psychiques sur le niveau d'activité est important. Vu la coexistence d'un trouble dépressif et d'un trouble de la personnalité, cet impact dépend fortement de la situation relationnelle de la recourante. Même si celle-ci a pu avoir une activité professionnelle en 2009 et 2010 après l'apparition du trouble dépressif, toutefois, eu égard à la présence du trouble de la personnalité borderline, la situation problématique au niveau du couple ne lui a pas permis d'avoir la stabilité psychique nécessaire pour poursuivre l'activité. La recourante présente une diminution de la motivation et de l'énergie ainsi qu'une tendance à l'isolement social. Par conséquent, il lui est difficile de mener à terme les démarches nécessaires pour trouver un travail. Les éléments constatés au niveau de sa personnalité compliquent les relations avec les autres et rendent les démarches de réadaptation encore plus difficiles. En définitive, selon les précisions apportées par le rapport d'expertise, les troubles psychiques de la recourante l'empêchent de mener à terme les démarches nécessaires pour trouver un travail, en raison d'une diminution de la motivation et de l'énergie ainsi qu'une tendance à l'isolement social. Par ailleurs, la recourante a à plusieurs reprises tenté de travailler, mais sans succès eu égard à ses troubles psychiatriques et du comportement. Par conséquent, au degré de la vraisemblance prépondérante, ce sont ses troubles psychiques et sa situation conjugale – ce d'autant plus que son second mari n'a pas voulu qu'elle travaille – qui l'ont empêchée d'exercer une activité lucrative régulière. Aussi, pour apprécier la question du statut de la recourante, il n'est pas possible de se baser sur ses taux d'activité antérieurs, sur les revenus et cotisations mentionnés dans les CI et sur les démarches qu'elle a faites pour trouver un emploi. Au demeurant, lors de son inscription auprès de l'assurance-chômage en novembre 2004, elle a indiqué rechercher un emploi à 100 %, ce qui établit que sans troubles psychiques, elle aurait exercé une activité lucrative à 100 % à cette époque. Dans un tel cas de troubles psychiques qui rendent difficiles les démarches nécessaires pour trouver un travail ou empêchent de les mener à termes, il convient de se fonder principalement sur les déclarations de la recourante et sa situation financière. Il ressort du dossier de l'intimé que même si celui-ci ne l'a pas directement interrogée sur le taux d'activité auquel elle aurait travaillé si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, la recourante a cependant eu l'occasion de s'exprimer sur cette question pour la première fois lors de l'enquête ménagère du 14 avril 2014. Elle a alors déclaré que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 %. Le fait que dans ses deux demandes de prestations AI, la recourante ait indiqué qu'elle était femme au foyer depuis 2004 n'est pas relevant pour déterminer son statut dès lors qu'elle n'a fait que retranscrire sa situation effective – et non celle sans atteinte à la santé – et que le formulaire ne contient aucune rubrique quant au taux d'activité professionnelle qui serait exercé sans invalidité. En outre, selon l'enquête ménagère, la recourante, née en 1980, est mère de deux enfants, âgés de douze et quatre ans au moment de la décision litigieuse. Elle a dépendu financièrement de son premier mari, dont elle a divorcé en janvier 2012, puis elle s'est remariée en 2014 avant de se séparer de son second mari, en été 2015, dont elle ne peut plus depuis lors compter sur son aide financière. Elle perçoit une pension pour son fils aîné de CHF 782.- et des allocations familiales s'élevant à CHF 600.-. Depuis le 1^{er} août 2012, elle dépend financièrement de l'HG. Au vu de sa situation financière, elle a vendu sa voiture. Étant donné que la recourante est divorcée de son premier mari depuis janvier 2012 et séparée de second mari depuis l'été 2015, qu'elle élève seule ses deux enfants de cinq et treize ans, qui mangent à midi à la crèche et à l'école, il est constant que ses charges ont augmenté de façon

substantielle depuis lesdites séparations et qu'elle n'est plus en mesure de les assumer seule au point de devoir se faire assister par l'HG. Par conséquent, il est hautement vraisemblable que par nécessité matérielle, la recourante aurait travaillé à plus de 50 % au moins depuis l'été 2015 sans les atteintes invalidantes. Le fait qu'elle soit divorcée de son premier mari et séparée de son second époux sans que ceux-ci ne lui versent une pension alimentaire est un élément supplémentaire pour admettre que la recourante, en bonne santé, aurait travaillé à plus de 50 % (cf. à cet égard l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_435/2013 du 27 septembre 2013). Au vu de l'âge de son fils cadet, qui est petit et nécessite encore une présence ainsi qu'une assistance de la part de sa mère, il apparaît vraisemblable que la recourante aurait travaillé à moins de 100 % mais à plus de 50 %. Dans son mémoire de recours, elle mentionne à titre subsidiaire un taux d'activité de 80 % qui est plausible. Quoiqu'il en soit, il n'y a pas lieu d'approfondir davantage cette question car même en retenant un taux minimum d'activité professionnelle de 70 %, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité. En effet, l'ensemble de ces circonstances, économiques, familiales et professionnelles permet d'admettre, au stade de la vraisemblance prépondérante usuel en droit des assurances sociales que, sans invalidité, la recourante aurait exercé une activité professionnelle d'au moins 70 % et que son statut est mixte, à savoir de 70 % en tant que personne exerçant une activité lucrative et de 30 % comme personne exerçant ses activités habituelles. La recourante conteste les empêchements retenus par l'enquête ménagère dans les travaux habituels et allègue que ceux-ci s'élèvent à 50 % pour chacun des divers postes, selon le rapport de la Dresse D_____ du 24 avril 2018. En l'espèce, dans son rapport du 24 avril 2018, la Dresse D_____ justifie le taux d'empêchements de 50 % allégué par la recourante en se référant à une appréciation moyenne sur une longue durée et non à une évaluation ponctuelle. Elle motive son appréciation de façon toute générale en se référant aux divers troubles présentés par la recourante, notamment des douleurs fluctuantes, alors que celles-ci ne sont pas invalidantes au regard de la décision de l'intimé du 5 novembre 2013, entrée en force. Faute d'expliquer de façon précise et détaillée quels sont les empêchements de la recourante dans les diverses tâches du ménage, son rapport médical n'a pas de valeur probante. Dans un tel cas, il n'est pas utile d'établir plus précisément les empêchements de la recourante dans ses activités habituelles, car même en se basant sur ceux admis par l'intimé à la suite de l'enquête ménagère, à savoir 3,6 %, elle a droit à une rente entière d'invalidité au regard du degré d'invalidité d'au moins 71 % ($(100 \% \times 70 \%) + [3,6 \% \times 20 \%) = 70 + 0,72$), qui donne droit à une rente entière d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). Cette issue rend superflue l'analyse des autres griefs soulevés par la recourante. 13. Il se justifie, en conséquence, d'admettre le recours, de reconnaître le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2017 et d'annuler partiellement la décision du 7 décembre 2017. La recourante étant représentée par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), et ce quand bien même elle est au bénéfice de l'assistance juridique. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006 la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 300.-. * * * * * 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.