

GE_GERICHTE A/3445/2013 vom 30. Juni 2014

GE Cour de justice, 2014-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3445_2013

FR: GE_GERICHTE A/3445/2013 du 30 juin 2014

IT: GE_GERICHTE A/3445/2013 del 30 giugno 2014

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à CHATELAINE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MATHYS DONZE Mélanie recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), est née au Kosovo le _____ 1961. Elle est mariée et elle est mère de quatre enfants, nés en 1987, 1989, 1995 et 1999. Elle est arrivée en Suisse en mai 1992, avec ses deux premiers enfants, pour y rejoindre son mari, arrivé en décembre 1991.![endif]>![if> 2. Dans son pays d'origine, l'assurée a suivi l'école obligatoire et n'a pas acquis de formation professionnelle.![endif]>![if> 3. Ayant le statut de requérante d'asile, l'assurée n'a pas travaillé durant les premières années de son séjour en Suisse. Elle a travaillé à temps partiel comme nettoyeuse dans le canton du Jura dès 2002. L'une de ses filles est venue à Genève pour ses études en août 2005 et l'assurée, ainsi que ses trois autres filles l'ont rejointe rapidement. L'époux de l'assurée est resté dans le Jura jusqu'en décembre 2007.![endif]>![if> 4. L'assurée a travaillé à Genève, dès février 2006, chez B_____ comme employée de ménage dans le cadre de mesures cantonales du chômage, puis au sein d'un EMS en qualité d'employée de ménage et de lingerie et, enfin, pour des particuliers.![endif]>![if> 5. Selon son extrait de compte individuel AVS, son revenu annuel brut total s'est élevé à CHF 18'397.- en 2006, CHF 29'942.- en 2007, dont CHF 9'539,- d'indemnités de chômage, CHF 17'889.- en 2008 dont 9'084,- d'indemnités de chômage, CHF 17'613.- en 2009, dont CHF 898.- d'indemnités de chômage et CHF 3'375,- en 2010. Elle a été salariée par C_____ d'avril 2007 à février 2008 (environ CHF 480.-/mois), par D_____ de juillet 2007 à décembre 2008 (environ CHF 280.-/mois), par deux particuliers durant trois mois au total en 2008, par Madame E_____ de 2008 à 2011 inclus (environ CHF 275.-/mois).![endif]>![if> 6. Selon les rapports des employeurs, l'assurée a travaillé comme employée d'entretien du 9 janvier au 19 mars 2009 pour F_____ SA, à raison de quinze heures par semaine pour un salaire de CHF 19,35/heure, auquel s'ajoutent 8,33% de salaire afférent aux vacances, l'horaire de travail ordinaire étant de quarant-quatre heures. Elle n'a jamais été absente. Elle a ensuite travaillé pour l'entreprise Francis O_____ SA, du 27 mars 2009 au 30 juin 2010 comme employée d'entretien, à raison de treize heures septante-cinq par semaine, pour un salaire de CHF 20,01/heure (vacances et 13 ème inclus), l'horaire de travail étant de quarante-quatre heures par semaine. Elle a été absente pour cause de maladie dès le 17 septembre 2009.![endif]>![if> 7. L'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 18 mai 2010, en raison d'une affection psychique l'empêchant de travailler depuis le 29 décembre 2009.![endif]>![if> 8. Il ressort des rapports médicaux que :![endif]>![if> a) Lors du suivi à Porrentruy dans le canton du Jura, datant d'avant 2004, l'assurée présentait un état anxio-dépressif chronique, prenait un traitement médicamenteux combiné,

mais restait dans un état dépressif stationnaire, avec perte de force, faiblesse, tristesse, angoisse, douleurs gastriques (rapport du Centre médico-psychologique de Porrentruy du 8 avril 2011).!

b) L'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.1) et d'un trouble de la personnalité dépendante (F60.7) depuis 2003 et, sans effet sur la capacité de travail, d'un cancer de l'utérus opéré en 2003. Depuis 2006, elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique à la consultation des Pâquis avec la Doctoresse G_____. L'assurée subissait de longue date des violences psychologiques, physiques et sexuelles de la part de son mari. La situation s'était brièvement calmée lors de l'arrivée de la famille à Genève puis le conflit s'était à nouveau exacerbé avec de la violence physique et un contrôle de la vie de l'assurée en raison de la jalousie du mari. En été 2008, dans le cadre d'un conflit au Kosovo, l'assurée a fait un tentamen médicamenteux. Elle a été admise au Centre d'intervention brève le 26 août 2008, puis a continué son suivi à la consultation. Le suivi a été repris par le Docteur H_____, du département de psychiatrie des HUG, dès le 22 octobre 2009. La patiente présentait une anxiété importante, de la tristesse, de l'anhédonie, un sentiment de dévalorisation, parfois de désespoir, une faible estime de soi, des ruminations, un important retrait social, des idées noires, des troubles importants de la concentration, un appétit réduit, des troubles du sommeil. Le constat objectif était identique aux indications subjectives. L'assurée présentait une totale incapacité de travail depuis le 29 décembre 2010. Grâce à une prise en charge psychiatrique intégrée, on pouvait espérer une réduction des restrictions psychiques, qui perdureraient sur le long terme et qui, pour l'instant, ne pouvaient pas être supprimées totalement (rapport du Dr H_____ du 16 septembre 2010).!

c) L'assurée a été hospitalisée du 26 août au 9 octobre 2008 au Centre de thérapie brève. Elle présentait une importante anxiété quotidienne et fluctuante qui pouvait s'intensifier de façon paroxystique à certains moments de la journée et présentait des troubles de la concentration, de la mémoire, les autres symptômes déjà décrits étant confirmés. Une certaine stabilité clinique était observée depuis quelques mois, avec persistance d'une symptomatologie dépressive moyenne. Une prise en charge au CTB n'était plus nécessaire et un sevrage très progressif des benzodiazépines avait été initié. Elle restait totalement incapable de travailler (rapport du 15 mars 2011 de la Doctoresse I_____, cheffe de clinique au service de psychiatrie).!

d) Le suivi de la patiente se poursuivait à raison de rendez-vous une fois toutes les trois semaines, un traitement médicamenteux et la participation à des groupes thérapeutiques. Le pronostic restait réservé, sans amélioration depuis le début du suivi, avec un état stationnaire et une incapacité totale de travail (rapport de la Doctoresse J_____ des HUG, du 7 novembre 2011).!

9. L'assurée a été soumise à l'expertise du Docteur K_____, psychiatre, qui a remis son rapport le 24 mai 2012. Celui-ci était fondé sur un entretien avec l'assurée le 16 avril 2012, des tests psychométriques effectués le même jour ainsi que le dossier. Selon l'anamnèse, la relation avec son époux avait toujours été conflictuelle et l'assurée s'était séparée de fait en 2005, lorsqu'elle s'était établie à Genève avec ses enfants. Depuis 5 ans, le mari avait rejoint la famille et les problèmes de jalousie et de violences – d'abord physiques puis verbales – étaient réapparus. Depuis lors toutefois, l'assurée avait pu mieux s'affirmer et son mari la respectait plus. L'assurée assumait l'ensemble des tâches ménagères, se promenait, allait voir sa belle-sœur et passait beaucoup de temps au téléphone. L'expert a retenu un état dépressif majeur récurrent, de gravité légère, une personnalité dépendante, avec des éléments histrioniques, sans répercussion sur la capacité de travail dès le 1^{er} janvier 2012. L'assurée avait été incapable de travailler du 29 décembre 2009 au 31 décembre 2011.

10. La Doctoresse L _____ du SMR, a conclu le 18 juin 2012 que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent, dont l'épisode actuel était léger, l'expertise du Dr K _____ étant probante. L'assurée présentait une personnalité dépendante avec des traits manipulateurs, qui ne l'avaient jamais empêchée de travailler. L'épisode dépressif d'intensité moyenne en 2009 avait bien répondu au traitement et l'assurée était stabilisée actuellement. Le diagnostic d'agoraphobie n'avait pas à être retenu, car l'assurée utilisait ses filles pour se déplacer à l'extérieur par peur d'être agressée par son époux, et non pas en raison de craintes claustro-agoraphobiques.

11. L'office cantonal de l'emploi a confirmé à l'OAI, le 4 septembre 2012, que l'assurée avait été inscrite à l'assurance-chômage en 2008 avec un taux d'occupation et d'aptitude au placement de 50% et indemnisée par les prestations en cas d'incapacité de travail de septembre à novembre 2008. L'OAI a déterminé que l'assurée avait un statut mixte, avec environ 66% d'activité professionnelle (recte : ménagère) puis, après avoir envisagé une enquête ménagère, l'OAI a soumis le dossier au SMR qui a indiqué que durant la période d'incapacité totale de travail en raison d'un trouble dépressif moyen, les empêchements ménagers pouvaient être évalués comme très légers, voire insignifiants, l'assurée n'ayant pas un trouble dépressif sévère et, étant à l'arrêt de travail à 100%, elle pouvait étaler ses activités ménagères. Au surplus, on pouvait s'attendre à une participation familiale à ces tâches.

12. Par projet du 19 juillet 2013, l'OAI a refusé la rente d'invalidité et les mesures d'ordre professionnel, au motif que le taux d'invalidité de 32% ne donnait pas droit à une rente. Le taux d'invalidité de 32% correspondait à un empêchement de 100% dans l'activité professionnelle à 32%, alors qu'aucun empêchement n'était retenu dans l'activité ménagère à 68%. Au surplus, dès le 1^{er} janvier 2012, l'assurée étant capable de travailler dans toute activité, des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires.

13. L'assurée s'est opposée au projet le 22 août 2013. Selon les certificats médicaux produits, elle était totalement incapable de travailler depuis 2009 et n'avait pas recouvré sa capacité de travail en janvier 2012. Au surplus, elle avait toujours souhaité et recherché un travail à 50%, de sorte que, sans problème de santé, elle travaillerait à 50%. Elle était incapable d'exercer des travaux ménagers seule depuis 2009 et c'était son époux et ses trois filles qui assumaient presque l'intégralité du ménage. Elle a produit, à l'appui de son opposition, les certificats d'arrêt de travail de la Dresse J _____ de janvier à novembre 2012 et de la Dresse M _____ de décembre 2012 à juin 2013.

14. Par décision du 25 septembre 2013, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée sur la base des mêmes motifs que ceux ressortant du projet de décision.

15. Par acte du 28 octobre 2013, l'assurée a formé recours contre la décision et a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. L'expertise du Dr K _____ n'était pas probante. Elle manquait de rigueur dans l'état de faits et comportait des erreurs quant au prénom de l'époux de l'assurée et au fait qu'elle serait titulaire d'un permis de conduire. L'anamnèse omettait le suivi aux HUG depuis 2006 ainsi que les périodes d'incapacité de travail en 2008. L'expert prétendait à tort que l'assurée pouvait faire toutes ses tâches ménagères, alors qu'elle ne se rendait jamais seule à l'extérieur, ne pouvait donc pas faire les courses, et restait couchée dans son lit pendant des journées entières. L'expert ne tenait pas compte des limitations fonctionnelles dans l'examen de la capacité de travail et retenait à tort qu'en étant motivée, l'assurée pourrait travailler, dès lors que le défaut de motivation est un des symptômes de la dépression. Il convenait donc d'ordonner une expertise psychiatrique indépendante, compte tenu du fait que l'ensemble des médecins ayant suivi l'assurée attestait d'une totale incapacité de travail. Au surplus, l'assurée souhaitait travailler à

50%, en 2009, lors du début de l'atteinte à la santé, dès lors que la plus jeune de ses filles avait 10 ans. L'assurée a complété son recours le 19 novembre 2013. D'autres éléments de l'anamnèse de l'expertise étaient erronés. Elle n'avait jamais travaillé chez N_____, elle entretenait des relations conflictuelles avec trois de ses filles et n'avait qu'un réseau social très restreint. Outre le Cytalopram® et le Trittico®, elle prenait du Xanax®, que l'expert avait ignoré. Selon le rapport de la Dresse M_____ du 13 novembre 2013, produit par l'assurée, celle-ci était suivie depuis le 8 janvier 2013 pour un trouble dépressif récurrent, versus dépression chronique et une dépendance aux benzodiazépines. Contrairement à ce que l'expert retenait, l'assurée avait été victime de maltraitances physiques et psychologiques graves pendant une dizaine d'années de la part de son mari. Malgré l'amélioration apparente de l'état psychique de l'assurée, il persistait une souffrance et un mal-être profond et permanent. Elle souffrait d'anhédonie et d'anxiété permanente qu'elle parvenait bien à dissimuler aux autres par orgueil. Si les maltraitances (qu'elle ne pouvait décrire par respect pour sa patiente) avaient cessé, leurs séquelles persistaient sous forme de ruminations anxiogènes. La relation conjugale complexe où se mêlaient paranoïa et jalousie pathologique du mari, avec des tendances masochistes inconscientes de l'assurée étaient typiques de ce genre de couple qui était très soudé. La troisième fille souffrait d'un trouble obsessionnel compulsif et d'un trouble alimentaire, tout en refusant de se soigner, ce qui était une source de préoccupation pour l'assurée et de conflits entre mère et fille. Grâce au traitement psychiatrique, l'assurée ne présentait plus d'idées suicidaires, mais les autres symptômes de la dépression restaient présents, d'où le diagnostic de dépression chronique marquée par le manque d'énergie, de plaisir, de concentration et la présence d'anxiété sous forme de signes physiques. Elle restait fragile psychiquement avec un risque d'aggravation de la dépression important. Le réseau social était très restreint, ce qui était un facteur favorisant l'apparition d'idées suicidaires en cas de rechute. Les filles de l'assurée l'aidaient dans la gestion de son ménage et de ses courses. Pour l'ensemble de ces motifs, la capacité de travail de l'assurée était nulle. 17. L'OAI a répondu le 16 décembre 2013 et a conclu au rejet du recours. Le statut de l'assurée ne pouvait pas se fonder sur les seules déclarations de celle-ci. Au contraire, le rapport employeur adressé à l'entreprise O_____ SA indiquait un taux d'activité de treize heures septante-cinq pour un horaire usuel de quarante-quatre, soit un taux de 31,25%, pour un emploi de mars à décembre 2009. Par ailleurs, le rapport employeur de l'entreprise F_____ SA, rempli par Madame N_____, indiquait un taux d'engagement de quinze heures pour un horaire usuel de quarante-quatre heures, soit un taux de 34%, de janvier à décembre 2009. En calculant la moyenne des deux emplois, on obtenait un taux d'activité de 32,6%. Ainsi, l'accomplissement du 10^{ème} anniversaire de la cadette n'était pas un élément justifiant de remettre en cause le statut tel que défini par l'OAI. Les empêchements dans le ménage avaient été fondés sur l'avis du SMR, qui avait plus de poids qu'une enquête ménagère en cas de troubles psychiques. L'expertise du Dr K_____ était probante, selon les exigences de la jurisprudence. L'avis de la Dresse M_____ ne permettait pas de modifier les conclusions du SMR, car il ne comportait pas de status psychiatrique actualisé et détaillé et les éléments évoqués ressortaient plus de considérations psycho-sociales que de critères médicaux. 18. Par réplique du 16 janvier 2014, l'assurée a persisté à expliquer qu'elle aurait travaillé à 50% si elle avait pu. D'ailleurs, selon le contrat conclu avec F_____, elle pouvait être amenée à travailler jusqu'à vingt-deux heures par semaine, ce qui correspondait à un 50%. Il en allait de même du contrat conclu auprès de l'entreprise O_____ SA. Le rapport d'expertise n'était pas un

fondement valable pour déterminer les empêchements ménagers. Au surplus, l'assurée travaillait comme employée d'entretien, ce qui revenait à effectuer des tâches ménagères, de sorte que si l'incapacité de travail était totale du 29 décembre 2009 au 31 décembre 2011, les empêchements ménagers devaient également être considérés comme

entiers.![endif]>![if> 19. L'assurée a produit les pièces suivantes :![endif]>![if> a) Le contrat individuel de travail conclu le 9 janvier 2009 avec F_____ SA, l'assurée étant engagée en qualité de personnel d'entretien, catégorie 5, jusqu'à vingt-deux heures par semaine, dès le 9 janvier 2009, pour le nettoyage d'un EMS, du lundi au vendredi, durant trois heures le soir.![endif]>![if> b) Le contrat de travail conclu le 27 mars 2009 avec

l'entreprise O_____ SA, l'assurée étant engagée comme personnel d'entretien catégorie 5, effectuant moins de vingt-deux heures par semaine, la durée hebdomadaire du travail de l'assurée étant treize heures septante-cinq.![endif]>![if> c) L'horaire de travail de

l'assurée, fixé du lundi au vendredi de 06h.15 à 08h.00, pour le ménage dans une Etude d'avocat et, ainsi que les lundi de 18h.00 à 20h.30, mercredi de 18h.00 à 19h.30 et dimanche de 18h.00 à 19h.00 pour des travaux d'entretien, de lavage et repassage dans une permanence médicale.![endif]>![if> 20. Il ressort du registre de l'office cantonal de la

population que l'assurée est arrivée à Genève en août 2005, en provenance de Porrentruy, avec ses fille, nées en 1987 et 1989. Ses deux plus jeunes filles, nées en 1995 et 1999, l'ont rejointe le 20 septembre 2005. Le mari de l'assurée l'a rejointe, en provenance de

Porrentruy, le 6 décembre 2007. Le couple et les deux plus jeunes filles ont vécu à l'avenue de P_____ 49 jusqu'au 1 er février 2009, puis à l'avenue Q_____ 28. La fille aînée a été domiciliée chez ses parents dès 2009 au 15 mai 2012. La seconde fille, née en 1989, a été domiciliée chez ses parents, avenue de P_____ _____, jusqu'en janvier 2011.

Depuis le 15 mai 2012, les deux sœurs aînées sont domiciliées avenue Q_____ _____.

La fille aînée est mariée depuis le 22 septembre 2012 mais n'est pas domiciliée à la même adresse que son époux.![endif]>![if> 21. Selon l'extrait de compte individuel du mari de

l'assurée, celui-ci a réalisé un revenu annuel de CHF 50'000.- en moyenne de 1999 à 2005, puis des indemnités de chômage en 2008 et 2009 et, enfin, un revenu annuel moyen de CHF 38'000.- depuis fin 2009.![endif]>![if> 22. Lors de l'audience du 25 mars 2014, l'assurée a

été entendue. Elle a confirmé les circonstances de son arrivée à Genève. A la fin de la procédure d'asile, son mari a travaillé quatre ou cinq ans dans le Jura. Après que sa demande d'AI ait été refusée, il a été deux ans au chômage, puis a été placé dans un musée à Genève depuis quatre ou cinq ans, dans le cadre des emplois de solidarité et il sera

prochainement engagé par ce musée directement. Elle avait cherché à travailler à 50 % mais les diverses entreprises de nettoyage pour lesquelles elle travaillait n'avaient pas plus d'heures à lui proposer. Depuis qu'elle était à Genève, elle avait travaillé seulement pour des entreprises de nettoyage, C_____, D_____, et en dernier O_____, mais jamais

comme femme de ménage ou employée de maison chez des particuliers. Elle a cherché des places, notamment par le biais du GHI, mais n'a jamais trouvé. Elle avait travaillé aux HUG et dans un EMS, dans le cadre des mesures cantonales, faisant l'effort de travailler deux mois à 100 % dans l'EMS, contre l'avis de son psychiatre, dans l'espoir d'obtenir un emploi fixe à 50 %, mais il n'y avait pas de poste. C'est à partir du moment où elle a eu le droit de travailler en Suisse, sauf erreur lorsque sa cadette avait deux ou trois ans, qu'elle a cherché à travailler à 50 %. Pour le surplus, elle souhaitait s'occuper de ses enfants et par ailleurs, elle était atteinte dans sa santé. ![endif]>![if> S'agissant de savoir qui était Madame E_____,

l'assurée a admis qu'il s'agissait d'une personne chez qui elle avait fait des ménages quelques années, travaillant trois heures par semaine, selon le contrat conclu, mais parfois

seulement trois semaines sur quatre, certains mois. Elle n'était pas payée durant des périodes où elle ne travaillait pas. Elle avait mis une annonce dans le GHI et c'est cette personne qui l'a appelée, mais elle n'a pas fait d'autres ménages chez des particuliers et elle a démissionné de cet emploi courant 2012. Elle était en traitement chez son psychiatre, toutes les deux semaines actuellement. Compte tenu de la tentative de suicide faite il y a trois ans, son psychiatre ne lui donnait les médicaments que pour une semaine à l'avance et elle ne pouvait pas vivre sans, en particulier le Xanax® pris trois fois par jour, ainsi que le Trittico® et le Citalopram®. Son état de santé était fluctuant selon les jours, mais elle continuait à souffrir d'importantes angoisses, liées aux violences de son mari. Trois de ses filles vivaient avec elle, seule la deuxième était mariée, mais vivait à proximité. Son mari et ses trois filles l'aidaient beaucoup avec le ménage et s'en occupaient bien. Elle n'avait pas l'énergie de faire les travaux lourds (vitres, gros nettoyage, etc.). Les jours où elle était très triste et angoissée, elle ne faisait rien dans le ménage. Quand cela allait mieux, elle faisait les rangements, la poussière, les petits nettoyages et préparait les repas. Elle n'assumait pas plus que 20 à 30 % du ménage. Elle aimerait pouvoir travailler à 50 % lorsque son état de santé le permettra et elle avait d'ailleurs toujours "limité sa demande à une AI à 50 %". Elle commençait à faire quelques recherches, pour trouver du travail à 20 ou 30 %. Sa fille aînée a fini son master en psychologie et a repris des études d'enseignante à l'Université. La troisième était au Collège et la quatrième au Cycle. Elle ne pouvait pas préciser le nombre d'heures que ses filles et son mari consacraient chaque semaine aux activités ménagères, car ils faisaient les choses au fur et à mesure chaque jour. Son mari travaillait à 100%, mais avait congé le lundi et se chargeait alors des grosses courses et de l'essentiel du ménage. Il travaillait un week-end sur deux. Son travail n'était pas exigeant physiquement et il commençait à 9h le matin. Ses filles faisaient le reste des petites courses durant la semaine, ainsi que les lessives. A l'issue de l'audience, l'assurée a persisté à solliciter l'audition de son médecin psychiatre, la Dresse M_____. 23. Les médecins interrogés ont répondu ainsi aux questions de la chambre de céans:![endif]>![if> a) Elle avait été suivie par le département de psychiatrie des HUG de 2006 jusqu'en novembre 2012. Il n'y avait pas de modification dans les diagnostics par rapport à ceux retenus dans les rapports de 2009, 2010 et 2011, soit un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec ou sans syndrome somatique et de trouble de la personnalité dépendante. Entre le 1^{er} novembre 2011, date du dernier rapport des HUG, et janvier 2013, date du début du suivi en privé auprès de la Dresse M_____, les rendez-vous médicaux avaient lieu une fois toutes les trois semaines. La médication prescrite était Citalopram® 40mg/jour le matin, Trittico® 100mg/jour au coucher, Xanax ret® 1mg/jour le matin, Xanax® 1mg/jour au coucher et, en réserve, Xanax® 0,25mg/jour. Selon le dernier rapport de la Dresse J_____ du 7 novembre 2011, la patiente était totalement incapable de travailler en raison de l'anxiété qui se manifestait de façon exacerbée lors de tensions, de la diminution de l'attention et de la concentration, une fatigabilité due à la perturbation du sommeil ainsi que le manque d'intérêt et de plaisir, l'empêchant de s'investir dans n'importe quelle activité. Il n'y avait pas eu d'évolution et l'état avait été stationnaire entre 2011 et 2012 (rapport du Docteur R_____, département de psychiatrie des HUG, du 21 mai 2014).![endif]>![if> b) Sans répondre à la question de savoir quelle était la gravité du trouble dépressif récurrent diagnostiqué, le psychiatre traitant a estimé que l'évolution était stationnaire. Il n'y avait pas eu de modification de diagnostic par rapport à celui retenu par les HUG de 2008 à 2011, soit un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique ainsi qu'un trouble de la personnalité dépendante. Bien que le trouble dépressif soit de gravité

moyenne, l'assurée était totalement incapable de travailler, car elle se fatiguait rapidement, manquait d'énergie, évitait les autres, ne supportait pas le stress, était très vulnérable, ce qui était un facteur aggravant de sa dépression et de ses ruminations suicidaires, son traitement médicamenteux étant géré par une pharmacie. Elle n'était pas capable de travailler en tant que femme de ménage et c'était ses filles qui assuraient le ménage à la maison (rapport de la Dresse M_____, psychiatre, du 14 avril 2014).!

24. Un délai a été fixé aux parties pour conclure.!

25. L'OAI a conclu au rejet du recours. En tenant compte du revenu réalisé chez Mme E_____, soit CHF 3'307.- par an, le taux d'invalidité était de 36%, ce qui restait insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Au surplus, aucune preuve de recherche d'emploi à 50% n'avait été apportée. S'agissant du ménage, l'assurée avait l'obligation de réduire le dommage, en organisant son travail. Selon le SMR, les rapports des deux psychiatres-traitants ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise.!

26. L'assurée a persisté dans ses conclusions. Elle avait cherché à travailler à 50% et c'était donc ce taux d'activité professionnel qui devait être retenu. Le rapport d'expertise n'était pas probant, car il ne tenait pas compte de l'ensemble de la médication prescrite à l'assurée. Son incapacité de travail à 100% était confirmée par ses psychiatres.!

27. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).!

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.!

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 4. Le délai de

recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, singulièrement sur son statut, ses empêchements ménagers et l'amélioration de son état de santé après le 31 décembre 2011. 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). 7. a. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c

ainsi que les références).!]

b. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). 8. a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).!]

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. b. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité). c. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des

pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005, ATFA non publié I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (ATFA non publié I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4). 9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).!

[endif]>![if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils

doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3.). 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). 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).![[endif]]>![if> 11. En l'espèce, il convient d'abord d'établir le statut de l'assurée. Elle a toujours travaillé à temps très partiel selon son CI, sauf durant l'été 2007, où elle a travaillé deux mois à plein temps dans un EMS. Elle a d'abord allégué que, sans atteinte à la santé, elle aurait augmenté son taux d'activité en 2009, lorsque sa fille cadette a eu 10 ans, puis a indiqué en audience qu'elle aurait souhaité travailler à 50% dès que son statut de requérante d'asile a été régularisé, soit dès 2002. Or, l'assurée ne produit aucune pièce démontrant qu'elle a effectivement cherché à travailler à 50%. S'il est notoire que les entreprises de nettoyage rechignent à accorder un poste à plein temps, en raison de la différence de catégorie salariale, il s'avère que l'assurée était au bénéfice de contrats de travail "catégorie 5", dans laquelle le salaire reste valable jusqu'à vingt-deux heures par semaine, de sorte qu'il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée ait demandé sans succès à ses employeurs d'augmenter son activité de quinze heures à vingt-deux heures par semaine. A cet égard, le fait que l'OCE ait retenu un taux d'activité de 50% lors de l'inscription en 2008 n'est pas seul déterminant, car ce taux correspond à l'emploi que l'assurée brigait à l'issue de l'emploi dans un EMS durant l'été 2007. Il s'avère par contre que, contrairement à ses affirmations initiales, l'assurée effectuait des ménages chez des particuliers, en sus de son emploi en entreprise. Il est ainsi établi qu'elle a régulièrement travaillé trois heures par semaine chez Madame E_____ de 2008 à 2011. L'assurée ayant affirmé ne pas avoir eu d'autres employeurs, seul un taux d'activité professionnelle de 39,48% peut être admis [3 h. + 14,37 h (moyenne entre 13,75 heures - O_____ et 15heures - F_____)]/ 44 heures (horaire pour un 100%).![[endif]]>![if> 12. Il convient ensuite d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du Dr K_____. Si ce dernier se fonde en effet sur un entretien, des tests psychométriques et le dossier de l'assurée, il comporte des erreurs dans l'anamnèse et ses conclusions ne sont pas convaincantes. Certaines imprécisions sont sans conséquence sur l'examen du cas, mais dénotent d'un manque de rigueur : l'assurée n'a pas travaillé chez N_____, il s'agit-là de la personne qui a rempli le rapport d'employeur pour l'entreprise O_____. Les dates des rapports médicaux des HUG et les noms des médecins signataires sont imprécis. Certains éléments de l'anamnèse, obligatoirement fondée sur les déclarations de l'assurée, sont totalement contredits par les affirmations de cette dernière. L'expert retient ainsi qu'elle aurait de nombreux amis et connaissances, qu'elle parviendrait désormais à tenir tête à son époux et qu'elle s'occuperait seule de ses tâches ménagères. S'agissant de l'examen des autres rapports médicaux, l'expert se fourvoie en indiquant que les Drs H_____ et J_____ seraient spécialistes en médecine interne, alors qu'ils sont psychiatres, mais médecins internes aux HUG. Ecartant d'un revers de la main les résultats des tests psychométriques qu'il fait passer à l'assurée, l'expert retient le diagnostic de trouble

dépressif de gravité légère, sur la base d'un seul entretien, et sans discussion avec les psychiatres traitants. S'agissant de la capacité de travail, l'expert retient logiquement qu'elle est entière puisqu'il diagnostique uniquement une dépression légère, mais il n'explique pas comment il est imaginable qu'une assurée atteinte dans sa santé psychique au point d'être totalement incapable de travailler du 29 décembre 2009 au 31 décembre 2011 serait, brusquement, d'un jour à l'autre, totalement capable de travailler dès le 1^{er} janvier 2012. En conclusion, l'expertise du Dr K_____ n'est pas probante.!

Cela étant, on ne peut pas non plus se fonder sur les rapports des psychiatres traitants de l'assurée, tant aux HUG que dans le privé. En effet, l'ensemble des psychiatres retient l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen et d'un trouble de la personnalité dépendante. Aucun des rapports médicaux ne fait état d'une aggravation ou d'une amélioration notable de l'état dépressif. Au surplus, après l'hospitalisation du 26 août au 9 octobre 2008, l'assurée a repris son travail sans absence jusqu'à septembre 2009. Or, sous traitement, un état dépressif d'intensité moyenne n'implique en tout cas pas une totale incapacité de travail. Il s'avère au surplus que l'assurée a continué à travailler trois heures par semaine chez Mme E_____, régulièrement, jusqu'à fin 2011. Ainsi, s'il est incontestable que les symptômes décrits par les psychiatres traitants de l'assurée impliquent éventuellement une réduction de la capacité de travail, voire une baisse de rendement, les conclusions des médecins-traitants, qui retiennent une totale incapacité de travail, sans changement depuis septembre 2009, ne sont pas convaincantes. Bien que les médecins des HUG retiennent une amélioration dès octobre 2008, après le tentamen, grâce au traitement régulier mis en place, et pronostiquent une réduction des limitations psychiques fin 2010, ils ne modifient pas le taux d'incapacité depuis septembre 2009. Tant en 2011 qu'en 2012, l'état dépressif est d'intensité moyenne et sans évolution selon les HUG. La Dresse M_____ partage ce point de vue pour la période postérieure à janvier 2013. Sur la base de ces rapports médicaux, la conclusion d'une totale incapacité de travail n'est pas convaincante et paraît essentiellement fondée sur des éléments subjectifs. De même, le fait que les filles de l'assurée fassent le ménage à sa place n'est pas la démonstration de son incapacité à le faire. Bien que la situation médicale de l'assurée et sa capacité de travail ne soient pas clairement établis, la Cour de céans n'ordonnera pas d'expertise médicale pour les motifs qui suivent. 13. Le statut de l'assurée est de 39,48% professionnel et de 60,2% ménager. On a vu que l'assurée n'avait jamais été totalement incapable de travailler, même entre septembre 2009 et décembre 2011, puisqu'elle a travaillé trois heures par semaine sur un total moyen de quatorze heures trente-sept. Le fait qu'elle soit en mesure de faire régulièrement, à heures fixes et sans absence, trois heures de ménage professionnel par semaine démontre qu'elle est aussi capable de faire en majeure partie ses propres tâches ménagères, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une enquête ménagère. A cet égard, le grief de l'assurée, selon lequel les empêchements ménagers doivent être considérés comme très importants si l'assurée, travaillant comme employée d'entretien, est en totale incapacité de travail. En effet, l'exigence de rendement dans un travail salarié n'est pas comparable aux activités ménagères qu'une assurée peut faire à son rythme, chez elle, en fractionnant les tâches. Au surplus, en application de la jurisprudence, il est exigible du mari de l'assurée et des trois filles qui vivent à domicile qu'ils s'occupent de faire les courses, des travaux lourds et du ménage de leurs chambres, de même que, les jours où l'assurée se sent moins bien que d'autres, qu'il la suppléent pour la préparation des repas et la vaisselle. C'est donc à juste titre que l'OAI n'a pas retenu d'empêchement ménager. Ainsi, en admettant même que, de 2009 à fin 2011, l'assurée ait été incapable de travailler à 80%, le taux d'invalidité global

n'atteindrait pas 40%, après comparaisons des revenus, sur la base d'un statut mixte, de sorte qu'aucun droit à la rente n'est ouvert. Au-delà, l'assurée admet qu'elle dispose à nouveau d'une capacité de travail de 20% à 30% et qu'elle cherche du travail à ce taux. L'assurée ne prétend pas à juste titre à des mesures professionnelles, qui ne se justifient au demeurant pas, l'assurée ayant une capacité de travail identique dans son activité habituelle comme dans toute autre activité simple et répétitive. En conséquence, la décision de refus de prestation de l'OAI est conforme au droit. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la décision du 2 mai 2013 sera confirmée. Malgré le fait que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), et qu'au vu du sort du recours, il y aurait lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-, la Cour y renoncera, l'assurée plaidant au bénéfice de l'assistance juridique. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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