

GE_GERICHTE A/3501/2016 vom 30. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3501_2016

FR: GE_GERICHTE A/3501/2016 du 30 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE A/3501/2016 del 30 ottobre 2017

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par CENTRE DE CONTACT SUISSES IMMIGRÉS GENÈVE 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 le _____ 1971, de nationalité bolivienne, est arrivée en Suisse le 25 juillet 2002 et est au bénéfice d'un permis B depuis le 13 avril 2007. Mère de cinq enfants, nés en 1988, 1989, 1992, 1994 et 2002, l'assurée a débuté le 1^{er} janvier 2005 une activité d'employée de maison/garde d'enfants jusqu'au mois de mai 2007, avant de bénéficier d'indemnités de chômage jusqu'en mai 2009 (cf. extrait du compte individuel AVS [CI] du 24 février 2016).
2. Par le biais de l'office cantonal de l'emploi (OCE), l'assurée a travaillé pour l'association B_____ en qualité de vendeuse à plein temps (quarante heures hebdomadaires) du 3 mars au 29 août 2008 (cf. certificat du 9 septembre 2008).
3. De janvier à mars 2012, l'assurée a travaillé en tant que garde d'enfants à raison de seize ou dix-huit heures par semaine, en moyenne (cf. curriculum vitae, fiches de salaire 2012).
4. Du 6 au 8 novembre 2012, l'assurée a séjourné dans le service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en vue d'un enregistrement électroencéphalogramme (EEG) nocturne. Dans la lettre de sortie du 9 novembre 2012, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, a posé le diagnostic principal de probable épilepsie partielle cryptogénique, et à titre de diagnostic secondaire, un épisode dépressif moyen. L'assurée était connue pour des crises d'épilepsie généralisées nocturnes depuis de nombreuses années, sans récurrence depuis trois ans. L'hospitalisation était motivée par l'apparition de crises partielles diurne comme nocturne sous forme d'une crispation transitoire involontaire du membre supérieur gauche durant quelques secondes. Trois épisodes de ce type avaient été visualisés aux urgences sous forme d'une flexion forcée du membre supérieur gauche associées à un aspect dystonique de la main gauche, accompagnée d'un cri plutôt strident semblant involontaire. L'examen neurologique était sans particularité, hormis une hypoesthésie brachiale gauche. L'enregistrement vidéo-EEG prolongé avait permis d'enregistrer un épisode durant le sommeil qui évoquait fortement une crise sensitivo-motrice hémisphérique droite, malgré l'absence de corrélat EEG. Un foyer épileptiforme à l'origine des épisodes de crises n'avait pas pu être mis en évidence, mais leur nature épileptique demeurait très probable. Certaines des manifestations décrites pouvaient être de nature non épileptique. Un seul épisode avait été enregistré, alors que l'assurée présentait jusqu'à dix-quinze épisodes par jour à domicile. Le psychiatre, ayant examiné l'assurée, avait relevé la présence d'un état dépressif actuellement modéré et confirmait l'importance d'une prise en charge spécialisée ambulatoire. Il n'y avait aucune incapacité de travail.
5. Le 2 juillet 2013, le Dr C_____ a revu l'assurée, laquelle décrivait trois à quatre crises héli-cloniques presque tous les jours, la nuit et le

jour, entraînant des chutes même lorsqu'elle était assise. Elle consultait ce jour le médecin pour la synthèse en pneumologie suite à sa polysomnographie. La situation était à nouveau décompensée sur le plan des crises avec une compliance médicamenteuse probablement variable et des adaptations personnelles du traitement. L'assurée était inapte à la conduite automobile. !endif>![if> 6. Le 11 septembre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant des crises d'épilepsie depuis 2008. !endif>![if> 7. Le 24 septembre 2013, l'OCE a informé l'OAI que l'assurée s'était inscrite au chômage le 30 août 2007 pour un taux d'activité à 80%. !endif>![if> 8. Dans son rapport du 7 octobre 2013, le docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de crises comitiales partielles avec généralisation secondaire connues depuis l'âge de 17 ans et d'un état anxio-dépressif. L'assurée l'avait consulté du 3 juillet 2008 au 22 août 2012. Il existait une intrication entre des crises comitiales et un état anxio-dépressif associé à des éléments de la lignée syncopale. Un traitement de Dépakine Chrono à raison de deux fois 500 mg par jour avait été instauré, auquel s'était ajouté du Lamictal et du Rivotril. Le traitement de Luminal, inefficace, avait été arrêté. Un antidépresseur avec du Citalopram avait également été prescrit, avec amélioration transitoire de son état. Elle était dorénavant prise en charge par les HUG. !endif>![if> Le médecin a joint son rapport du 16 juillet 2008, dans lequel il a noté que l'assurée avait bénéficié d'un traitement initial de Hypnol qui l'avait stabilisée. Elle l'avait arrêté depuis de nombreuses années, et actuellement, dans le contexte de nombreuses préoccupations, les crises comitiales étaient réapparues. Elle décrivait des épisodes de peurs très intenses, accompagnées de tremblements de l'hémicorps gauche suivis parfois d'une perte de connaissance, ou d'impressions de perte de connaissance progressive associées à une sensation d'étouffement. Suite à ces phénomènes, elle ressentait une asthénie persistante. Elle n'avait eu aucune crise depuis le traitement de Citalopram Winthrop et de Rivotril. À l'examen, le regard fuyant, elle était très anxieuse, nerveuse, et fatiguée. L'examen neurologique était normal. Elle présentait probablement des crises partielles avec généralisation secondaire, et de toute évidence, un état tensionnel majeur. 9. Dans son rapport du 18 octobre 2013, le Dr C_____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, suivants : épilepsie focale hémisphérique droite, crises sensitivo-motrices depuis l'âge de 17 ans, syndrome hypoventilation - obésité, et probable trouble anxio-dépressif. Il suivait l'assurée depuis novembre 2012. Elle présentait un risque de crises persistant et une fatigabilité liée au traitement et au possible trouble anxio-dépressif. La fréquence des crises pouvait diminuer avec l'adaptation du traitement, mais le risque persisterait. Dans une activité adaptée (avec des horaires réguliers), elle pouvait travailler à 50% avec 50% de rendement. Elle devait éviter le port de charge qui pourrait la blesser en cas de lâchage (machines blessantes), le travail en hauteur (échelle, échafaudage) et de nuit. La fatigabilité limitait sa capacité de concentration, d'adaptation et sa résistance. !endif>![if> 10. Par avis du 25 novembre 2013, le service médical régional AI (ci-après : SMR) a noté que l'assurée présentait en 2012 une nette aggravation de la symptomatologie de son épilepsie connue depuis l'âge de 17 ans. L'évolution de son état de santé n'était pas connue depuis juillet 2013. Il convenait de demander au Dr C_____ le compte-rendu des dernières consultations ainsi que les résultats de la polysomnographie. !endif>![if> 11. Le 19 décembre 2013, le Dr C_____ a informé l'OAI qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis le 2 juillet 2013. !endif>![if> 12. Le 6 février 2015, l'assurée a, par l'entremise du Centre de Contact Suisses-Immigrés Genève (CCSI), fait savoir à l'OAI qu'elle ne consultait

effectivement plus le Dr C _____ depuis juillet 2013. Il établissait cependant les ordonnances des médicaments contre l'épilepsie tous les trois à six mois. Le docteur E _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, était son médecin de famille. Elle avait par ailleurs travaillé de janvier à fin avril 2012 en qualité d'employée de maison à raison d'environ quinze heures hebdomadaires, puis de mars 2014 à fin janvier 2015 en tant qu'aide-ménagère à raison de vingt-cinq heures par semaine (cf. lettre de licenciement du 29 janvier 2015). Elle a notamment joint l'attestation de salaire 2014 qui indique que la masse salariale estimée pour 2015 était de CHF 2'200.-. 13. Dans son rapport du 4 mars 2015, le Dr E _____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une épilepsie depuis 2003 et une dépression d'intensité sévère depuis 2007. À titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, était posée une hypothyroïdie. Il suivait l'assurée depuis le 30 avril 2013. Le dernier contrôle remontait au 2 septembre 2014. Elle souffrait notamment d'insomnie, d'une anhédonie, de céphalées, de dysesthésie dans le corps et de troubles mnésiques. Le pronostic était mauvais. La reprise ou une amélioration de la capacité de travail n'était pas possible. Sa capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et sa résistance étaient limitées. 14. Dans son rapport du 23 juillet 2015, le Dr C _____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, suivants : épilepsie focale, pharmaco-résistante avec crises motrices, état dépressif, et troubles cognitifs diffus. Le dernier contrôle remontait au 24 juin 2015. Les crises persistaient avec fréquence fluctuante. Elle poursuivait un traitement antiépileptique et antidépresseur. Elle manifestait une fatigabilité, des troubles cognitifs diffus, un faible risque de crise partielle motrice. Le rendement était réduit en raison de la fatigabilité et du ralentissement. Un absentéisme important était à prévoir. Dans une activité adaptée (avec des horaires réguliers), telle que la manutention légère, elle pouvait travailler « 4h 50% de rendement ». Elle devait éviter le travail en hauteur et sur des machines dangereuses. Sur la première page de son rapport, le praticien a spécifié que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50%. En annexe figuraient notamment les documents suivants : - le rapport des HUG du 28 mai 2008, selon lequel l'assurée avait été hospitalisée aux urgences le 20 avril 2008 en raison de la survenue de trois crises partielles d'environ une minute avec tremblements de l'hémicorps gauche et une perte de connaissance. L'EEG de sommeil de nuit avait montré à la veille des ondes à front raide hémisphériques droites à prédominance fronto-centrale et l'absence d'anomalie au sommeil, sans crise enregistrée ; - le rapport des HUG du 27 novembre 2012, aux termes duquel l'assurée avait eu sa première crise à 17 ans, laquelle s'était reproduite à 25 ans, puis à l'âge de 37 ans. Elle avait été hospitalisée récemment en raison de passages répétés aux urgences pour aggravation de ses symptômes partiels simples qui la réveillaient pendant la nuit. L'enregistrement vidéo-EEG avait permis d'objectiver un épisode de posture légèrement dystonique à la main gauche sans toutefois être corrélé à l'EEG ; - le rapport des HUG du 19 décembre 2012, selon lequel la situation épileptologique était nettement améliorée avec uniquement deux crises partielles simples en six semaines et un sommeil de bien meilleure qualité ; - le rapport des HUG du 19 février 2013, selon lequel l'assurée décrivait depuis mi-décembre une aggravation des crises jusqu'à trois fois par semaine. L'évaluation polysomnographique révélait un syndrome d'obésité hypoventilation ; - le rapport des HUG du 19 mars 2013, selon lequel suite à l'augmentation de Lamictal et la baisse de Valproate, l'assurée n'avait plus eu de crise hémicorporelle ni de manifestation motrice ; - le rapport des HUG du 8 mai 2013, aux termes duquel l'assurée souffrait

vraisemblablement d'un surdosage en médicaments antiépileptiques lesquels ne suffisaient pas à contrôler complètement ses crises ; [endif]>[if> - le rapport des HUG du 3 février 2015, selon lequel le Dr C _____ avait revu l'assurée le 7 janvier 2015. La dernière consultation datait de juillet 2013. Elle n'avait pas présenté de crises ces derniers temps, mais depuis deux mois, elle se plaignait de sensations brutales de démangeaisons à type de dysesthésies à la hanche droite, surtout en position assise qui évoluaient vers des sensations céphaliques. Les épisodes duraient environ une minute et se calmaient par un comprimé de Temesta. L'assurée souhaitait une réévaluation par rapport à une rente AI sans pouvoir préciser quelles étaient les raisons de son incapacité de travail. Le status neurologique ne révélait pas de déficit sensitif ou moteur aux membres inférieurs ou à la ceinture pelvienne. L'épilepsie semblait bien contrôlée ; [endif]>[if> - la lettre de sortie des HUG du 19 mars 2015 (suite au séjour du 16 au 18 mars 2015 en raison de troubles sensitifs à type de paresthésies de la hanche droite, se déplaçant en quelques secondes au niveau de l'hémicrâne droit). Les crises épileptiques étaient bien contrôlées, sous trithérapie de valproate, lamotrigine et zonisamide, puisque l'assurée n'avait pas eu de tel épisode depuis son hospitalisation en 2012. Le tracé EEG de veille et de sommeil était sans particularité, sans enregistrement d'événement paroxystique de paresthésie. Une diminution de la trithérapie antiépileptique était proposée, du fait de l'absence de crise depuis 2012, d'un tracé EEG rassurant et des effets indésirables constatés récemment par l'assurée (fatigue, somnolence, occasionnelle diplopie horizontale) ; [endif]>[if> - le rapport des HUG du 29 juin 2015, aux termes duquel l'assurée rapportait une crise hémicorporelle gauche sensitivo-motrice d'une vingtaine de secondes soulagée par les massages de son époux. Il n'y avait pas eu d'autre épisode depuis 2012. Elle était satisfaite de l'introduction du zonisamide et se disait déprimée par son excédent pondéral. Les manifestations aux membres inférieurs n'étaient pas d'origine épileptique. Une seule crise hémicorporelle gauche était survenue avec peu d'impact sur la qualité de vie. [endif]>[if> 15. Par avis du 19 novembre 2015, le SMR a mentionné que le début de la longue maladie remontait à juillet 2013, date de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée selon le rapport du Dr C _____ du 18 octobre 2013. La capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (inapte à la conduite automobile, éviter le travail sur une échelle/échafaudage, fatigabilité, troubles mnésiques, ralentissement psychomoteur) était de 50%. [endif]>[if> 16. Dans une note du 23 novembre 2015, l'OAI a retenu le statut mixte. Il convenait de diligenter une enquête ménagère. [endif]>[if> 17. Le 1^{er} février 2016, l'enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée, laquelle a déclaré que, sans atteinte à la santé, elle aurait souhaité travailler à plein temps dans le domaine de la vente. Elle avait exercé des activités toujours à temps partiel en tant qu'aide à domicile et garde d'enfants. Son époux ainsi que quatre enfants vivaient dans le ménage (l'aîné touchait une rente AI et une allocation pour impotence de CHF 600.-). L'époux, indépendant, gagnait CHF 3'500.- par mois. L'assurée ne se déplaçait plus en voiture. Elle utilisait les trains et bus. Après avoir terminé son activité d'aide à domicile en janvier 2015, elle ressentait plus de difficultés à assumer certaines tâches ménagères. Elle se plaignait d'une fatigue importante et de manque d'énergie. [endif]>[if> En ce qui concernait la conduite du ménage, l'assurée a affirmé qu'elle éprouvait des difficultés à organiser, répartir et gérer les activités en parallèle. Elle se sentait souvent fatiguée tout au long de la journée et se plaignait de troubles de la mémoire. Elle avait le sentiment d'être désorganisée. Elle déléguait toutefois des activités à son époux et à ses fils. S'agissant du poste « alimentation », l'assurée ne se sentait plus capable de préparer des repas pour six

personnes. Chacun s'occupait de se préparer ou réchauffer son repas. Les activités de nettoyage de la cuisine ou de rangement de la vaisselle étaient réparties entre les membres de la famille, comme auparavant avant l'atteinte à la santé. En cas de nécessité, l'assurée était en mesure de se charger de ces tâches légères. L'assurée effectuait le nettoyage du sol et des surfaces (de manière fractionnée). Les membres de la famille apportaient leur aide lorsqu'ils étaient présents au domicile, notamment pour changer les draps de lit et pour plier le linge. Elle n'entreprenait plus de gros nettoyages dans la cuisine. Elle parvenait à passer l'aspirateur, mais devait se reposer ensuite. Elle pouvait effectuer de petits achats de manière autonome, sinon elle était accompagnée de son époux et/ou de ses fils, et gérait les activités administratives de la famille. Elle était capable de trier le linge, le mettre en machine, l'étendre, le plier et le repasser si nécessaire. Elle supervisait et assurait l'encadrement nécessaire à son fils aîné, qui souffrait d'un retard mental, ainsi qu'à sa fille mineure. Sur cette base, l'enquêtrice a établi le tableau suivant :

Exigibilité	Pondération	Champ d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
Conduite du ménage	0%	3%	30%	0.9%
Alimentation	30%	32%	30%	0%
Entretien du logement	35%	20%	35%	0%
Emplettes et courses diverses	50%	10%	50%	0%
Lessive et entretien des vêtements	0%	20%	0%	0%
Soins aux enfants ou autres membres de la famille	0%	15%	5%	0.75%
Divers	0%	0%	0%	0%
Total	100%	1.65%		

Sans exigibilité, l'empêchement pondéré total était de 23.25%. Avec exigibilité, il était de 1.65% (cf. rapport d'enquête du 3 février 2016). 18. Dans une note du 21 avril 2016, l'OAI a mentionné qu'aucun document n'attestait des recherches d'emploi à plein temps. Au vu de l'extrait CI et de son parcours professionnel, l'assurée avait toujours travaillé à mi-temps. L'OAI a retenu un taux d'activité de 60%, soit celui de son dernier emploi. 19. Par projet de décision du même jour, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée. Depuis juillet 2013, sa capacité de travail était considérablement restreinte. Si elle avait été en bonne santé, elle aurait continué à exercer une activité d'aide à domicile à 60%. Selon l'appréciation du SMR, sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, mais de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès mars 2014. L'OAI a arrêté le revenu sans invalidité à CHF 26'400.- (soit le revenu annuel selon l'attestation de salaire de l'employeur de 2014 ; $2'200 \times 12$). Le revenu avec invalidité se chiffrait à CHF 23'527.- (ce qui correspondait au revenu que touchait une femme selon l'enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2012, TA1, tous secteurs confondus, niveau 1, adapté à la moyenne de la durée hebdomadaire normale de travail dans les entreprises selon les statistiques fixées par l'office fédéral de la statistique, soit 41.7 heures, réactualisé en 2014, réduit au taux d'activité de 50% et compte tenu d'un abattement de 10% pour les limitations fonctionnelles). La comparaison des gains aboutissait à une perte de gain de 11%. Le degré d'invalidité dans l'activité professionnelle (pondérée à 60%) était de 7% (la perte de gain étant de 11%). Dans les travaux habituels (pondérés à 40%), il s'élevait à 1% (l'empêchement étant de 2%). Le degré d'invalidité global était ainsi de 8%, taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente. 20. Le 25 mai 2016, l'assurée a, par l'intermédiaire du CCSI, contesté ce projet de décision. Le taux de l'activité professionnelle devait être de 80% pour les motifs suivants : l'économie domestique requérait une disponibilité horaire difficilement compatible avec des charges de famille et offrait des salaires en dessous des normes légales ; elle avait cinq enfants à charge, dont le fils aîné présentait un retard de développement intellectuel, si bien qu'elle ne pouvait pas accepter un horaire de travail trop astreignant ; enfin, ayant elle-même des problèmes de santé, elle ne pouvait pas accepter un tel horaire de travail. Par ailleurs, une fois au chômage, elle avait

recherché un emploi à 80%. Ses enfants étant actuellement tous adultes, sauf la cadette, elle aurait effectivement travaillé à ce taux-ci si elle était en bonne santé. Le salaire sans invalidité devait se baser sur le salaire annuel selon le contrat-type de travail avec salaires minimaux impératifs de l'économie domestique, soit CHF 38'678.- ($4'029 \times 12 \times 80\%$). Comme sa capacité de travail était de 50% avec un rendement de 50% selon le rapport du Dr C_____ du 23 juillet 2015, son salaire avec invalidité s'élevait à CHF 13'070.50, de sorte que la perte de gain était de 52.9% ($66.2\% \times 80\%$). Le degré d'invalidité dans l'activité ménagère étant de 0.4% ($20\% \times 2\%$), le degré d'invalidité total était de 53.3%, ce qui ouvrait droit à une demi-rente d'invalidité. 21. Par décision du 15 septembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestation. Au regard des circonstances du cas, et au degré de la vraisemblance prépondérante, sans atteinte à la santé, le taux dans la sphère professionnelle était de 60%. Selon la jurisprudence, les conventions collectives de travail ne pouvaient pas être utilisées. Dès lors qu'en 2013, l'assurée n'avait pas réalisé de revenu, il se justifiait de se référer à l'ESS 2014, TA1, et de retenir un revenu sans invalidité de CHF 32'580.- (correspondant au revenu d'une femme exerçant dans tous secteurs confondus des tâches physiques ou manuelles simples [niveau 1], 41.7 heures hebdomadaires, soit CHF 53'793.-, montant auquel était appliqué un taux de 60%, ce qui donnait un revenu de CHF 32'275.- en 2013, adapté en 2014). Le revenu avec invalidité atteignait CHF 24'207.- (soit CHF 53'793.-, réduit de moitié au vu de la capacité de travail raisonnablement exigible de 50%, et compte tenu d'un abattement de 10%). La perte de gain était ainsi de 26%. Le degré d'invalidité dans l'activité professionnelle (pondérée à 60%) était de 15% (la perte de gain étant de 26%). Dans les travaux habituels, il s'élevait à 1%. Le degré d'invalidité total était ainsi de 16%, taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente. 22. Par acte du 17 octobre 2016, l'assurée, représentée par CCSI, a recouru contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} février 2014 au 30 mars 2015, puis un trois quarts de rente dès le 1^{er} avril 2015. Sur le fond, la recourante a contesté la méthode mixte appliquée dans son cas, celle-ci induisait une discrimination indirecte fondée sur le sexe, ce qui était contraire à l'art. 8 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 (Cst. – RS 101). Cette méthode était appliquée majoritairement aux femmes (dans 98% des cas) et conduisait à un degré d'invalidité inférieur à celui calculé pour les personnes actives à plein temps, de sorte que les possibilités pour les femmes d'obtenir une rente d'invalidité étaient moindres que celles des hommes. L'application de cette méthode portait également atteinte à la protection de sa sphère privée en vertu de l'art. 13 Cst. ; le travail à temps partiel, en vue de pouvoir s'occuper de son ménage et ainsi de mener la vie familiale souhaitée, désavantageait la recourante lors de la survenance de l'invalidité. À cet égard, la Cour européenne des droits de l'homme avait condamné la Suisse, constatant pour un cas similaire dans l'affaire Di Trizio une discrimination indirecte selon l'art. 14, combiné avec l'art. 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, du 4 novembre 1950 (CEDH – RS 0.101). La recourante a ensuite argué que son taux d'occupation pour l'activité professionnelle aurait été de 80%, et non de 60% comme retenu par l'intimé, si elle avait été en bonne santé et si elle avait pu exercer un emploi dans un autre secteur d'activité que celui d'employée de maison. Mère de cinq enfants, dont un en situation de handicap, elle avait de la peine à trouver, dans le secteur de l'économie domestique, - secteur d'emploi précaire dans lequel les employeurs requéraient une flexibilité au niveau des horaires de travail, souvent incompatibles avec des charges de famille - un ou des emplois pour un taux d'activité élevé, lui permettant de concilier son

travail et sa vie familiale. D'ailleurs, atteinte d'épilepsie, il lui était impossible de cumuler divers emplois à temps partiel dans des lieux géographiques différents, ou d'accepter un emploi auprès d'un employeur à plein temps avec des horaires extensibles et irréguliers, car de tels horaires de travail, cumulés à ses charges de famille, auraient généré un grand stress et une grande fatigue. En revanche, si elle avait pu travailler dans un secteur de l'économie où les horaires de travail étaient compatibles avec ses charges de famille, elle aurait exercé au minimum à 80%, soit le taux d'activité qu'elle recherchait lorsqu'elle s'était inscrite au chômage. Elle avait par ailleurs effectué une activité temporaire en tant que vendeuse à plein temps auprès de l'association B_____. La recourante a, en outre, mis en cause la capacité de travail résiduelle de 50% fixé par le SMR. S'appuyant sur le rapport du Dr C_____ du 23 juillet 2015, elle a allégué que sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 50% avec une baisse de rendement de 50%, soit une capacité de travail résiduelle de 25%. Sur cette base, elle a recalculé son degré d'invalidité. Elle a arrêté son revenu sans invalidité à CHF 43'034.40 (ce qui correspondait au revenu retenu en dernier lieu par l'intimé, soit CHF 53'793.-, réduit au vu du taux d'activité de 80%), et son revenu avec invalidité à CHF 13'448.- (soit 25% de 53'793). Par une comparaison de gains, le degré d'invalidité était de 68.7%, ce qui lui donnait droit à un trois quarts de rente. Enfin, la recourante a soutenu que le début du délai d'attente annuel ne remontait pas au mois de juillet 2013, mais au 1^{er} novembre 2012, date à compter de laquelle elle avait été hospitalisée à maintes reprises en raison de recrudescence des crises d'épilepsie. L'invalidité était dès lors survenue le 1^{er} novembre 2013. La demande ayant été déposée en septembre 2013, la rente devait lui être versée à partir de février 2014. À ce moment-là, sa capacité de travail s'était améliorée ; elle travaillait à raison de vingt-cinq heures hebdomadaires et touchait un salaire annuel de CHF 19'948.-. Son degré d'invalidité pour la période entre le 1^{er} février 2014 et le 30 mars 2015 était de 53% (salaire sans invalidité de CHF 43'034.- et salaire avec invalidité de CHF 19'948.-), ce qui donnait droit à une demi-rente. Dès le 1^{er} avril 2015, soit trois mois après l'aggravation de son état de santé survenue en janvier 2015 (troubles sensitifs à la hanche droite), elle avait droit à un trois quarts de rente fondé sur un degré d'invalidité de 68.7%. 23. Dans sa réponse du 16 novembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Au vu de sa situation familiale, professionnelle et financière, et au degré de la vraisemblance prépondérante, sans atteinte à la santé, la recourante n'aurait pas exercé une activité lucrative à un taux supérieur à 60%. Elle n'avait pas apporté la preuve de recherches d'emploi à un plein temps ou à 80% pour les périodes d'inactivité (de 2009 à fin 2011 et de juin 2012 à juillet 2013). Sur la base de son CI et compte tenu du fait qu'elle avait toujours travaillé à temps partiel, un statut d'actif ne pouvait pas être retenu. L'intimé a ensuite expliqué que la baisse de rendement de 50%, indiquée par le Dr C_____, devait être calculée par rapport à un plein temps, de sorte que la capacité résiduelle de travail était de 50%, et non de 25%. Enfin, sur la base des documents médicaux, le début de l'incapacité de travail durable devait être fixé en juillet 2013, et non pas en novembre 2012, époque durant laquelle la recourante avait été hospitalisée uniquement pendant deux jours. 24. Dans sa réplique du 16 décembre 2016, la recourante a répété qu'entre 2009 et 2012, lorsqu'elle s'était inscrite au chômage, elle recherchait un emploi à 80%. Du 3 mars au 29 août 2008, elle avait d'ailleurs travaillé à plein temps, de sorte qu'elle était prête à accepter un emploi à 80%. Pour la période durant laquelle elle n'était pas inscrite au chômage, elle répondait à des annonces par téléphone, se rendait auprès des employeurs potentiels, se renseignait auprès de son entourage, et s'était inscrite auprès de différentes agences temporaires de travail ou des

entreprises de nettoyage. Au surplus, elle a maintenu sa position en ce qui concernait sa capacité de travail résiduelle de 25%, ainsi que la date du début du délai d'attente annuel.![endif]>![if> 25. Dans sa duplique du 12 janvier 2017, l'intimé a souligné qu'aucune preuve n'avait été apportée quant aux prétendues recherches d'emploi. La seule inscription au chômage à 80% était insuffisante, puisque le statut était déterminé en fonction de l'évolution de la situation globale jusqu'au prononcé de la décision. Le Dr C_____ avait noté, dans la page initiale de son rapport du 23 juillet 2015, que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50%, si bien que la baisse de rendement s'inscrivait logiquement par rapport à un 100%. ![endif]>![if> 26. Le 25 janvier 2017, la recourante a versé au dossier le courrier du Dr C_____ du 16 décembre 2016, aux termes duquel la recourante souffrait d'une épilepsie difficile à traiter, entraînant de nombreuses chutes. La situation s'était aggravée depuis 2015. Sa capacité de travail actuelle était nulle. Une amélioration de la capacité de travail était possible si les crises parvenaient à être mieux contrôlées dans les mois à venir. Une capacité résiduelle serait possible, le cas échéant, avec un taux d'activité de 50% et un rendement diminué à 50%, soit une capacité totale de 25% au maximum. ![endif]>![if> 27. Invité par la chambre de céans à répondre à diverses questions, dans son rapport du 17 juillet 2017, le Dr C_____ a noté que la situation médicale de la recourante était complexe avec une épilepsie, des troubles cognitifs et des troubles anxio-dépressifs. Dans ce contexte, une évaluation neurologique était insuffisante pour estimer la capacité de travail dans sa globalité et nécessitait également l'avis d'un psychiatre. Cela dit, au vu des troubles cognitifs, des limitations liées à l'épilepsie, des vertiges/sédation liés au traitement et des troubles anxio-dépressifs, le médecin avait retenu le 18 octobre 2013 une capacité de travail à 50% (4h par jour) avec un rendement de 50%, soit une capacité totale de 25%. Cette capacité nécessitait une activité adaptée et pouvait fluctuer en fonction des crises et des troubles cognitifs, en lien avec les adaptations du traitement médicamenteux. ![endif]>![if> À la question de savoir depuis quand avait débuté l'incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, le praticien a répondu qu'après une période sans crises, celles-ci avaient repris autour de 2008. Il la connaissait depuis novembre 2012 lorsque le Dr D_____ le lui avait adressée pour une prise en charge de son épilepsie difficile à traiter. Il ignorait depuis quand la recourante avait souhaité reprendre ou repris le travail après avoir élevé ses enfants. La capacité décrite datait probablement de la reprise de l'activité professionnelle après son dernier enfant. Il ne pouvait pas se prononcer sur sa capacité avant novembre 2012. Cela dit, la recourante ne pouvait pas travailler à un taux supérieur, car les troubles cognitifs et thymiques entraînaient des difficultés de concentration, une fatigabilité et des difficultés d'adaptation. Le taux d'incapacité de travail allait probablement rester stable à l'avenir. Le médecin a spécifié que la capacité de travail de « 4h 50% de rendement » dans une activité adaptée, retenue dans son rapport de juillet 2015, signifiait quatre heures par jour avec un rendement à 50%, soit une productivité correspondant à deux heures par jour, dix heures par semaine. En ce qui concernait l'avis du SMR du 19 novembre 2015, indiquant que la capacité de travail de la recourante était de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et que le début de la longue maladie remontait à juillet 2013, date de l'aggravation de l'état de santé, le Dr C_____ s'est déterminé comme suit : selon ses notes de consultation du 2 juillet 2013, il y avait effectivement une aggravation des crises et des effets secondaires du traitement qui était déjà notée deux mois auparavant, soit en mai 2013. Quant à son courrier du 16 décembre 2016, dans lequel le Dr C_____ relevait une aggravation de l'état de santé depuis 2015, et une capacité de travail nulle, qui pouvait, le

cas échéant, atteindre une capacité résiduelle totale de 25%, le médecin a précisé que la capacité de travail était fluctuante, mais que la capacité idéale résiduelle restait à 25%. L'aggravation sur le plan cognitif était due à la sédation en lien avec le traitement. Cette aggravation entraînait une capacité de travail fluctuante entre 0 et 25% avec des fluctuations difficiles à prévoir en lien avec la survenue des crises. 28. Le 15 août 2017, l'intimé a informé la chambre de céans qu'un mandat SMR était actuellement en cours. Il a sollicité une prolongation de délai pour se déterminer. 29. Le même jour, la recourante a exposé, se référant au rapport du Dr C_____ du 17 juillet 2017, que sa capacité de travail était réduite depuis novembre 2012 ; qu'en mai 2013, une aggravation des crises et des effets secondaires du traitement s'était présentée, de sorte que sa capacité de travail était fluctuante, mais pas supérieure à 25% ; et que depuis 2015, sa capacité de travail était fluctuante entre 0 et 25%. Sur cette base, elle a persisté dans ses conclusions, à savoir l'octroi d'une demi-rente du 1^{er} février 2014 au 30 mars 2015, puis un trois quarts de rente dès le 1^{er} avril 2015. 30. Dans ses observations du 4 septembre 2017, l'intimé a joint l'avis du SMR du 25 août 2017 et a conclu au renvoi du dossier pour instruction médicale complémentaire. Dans son avis, le SMR, se basant sur les rapports du Dr C_____ des 23 juillet 2015, 16 décembre 2016 et 17 juillet 2017, a considéré que les conclusions dudit médecin étaient confuses et contradictoires quant à la capacité de travail de la recourante. Cela dit, à l'instar dudit praticien, il a estimé qu'il convenait de compléter l'instruction médicale avec la réalisation d'une expertise, dont le volet neuropsychologique était incontournable. 31. Invitée à se déterminer, la recourante ne s'est pas manifestée dans le délai qui lui avait été imparti. 32. Sur ce, 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 - 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). 2. 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. 3. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur son statut et sur l'étendue de sa capacité résiduelle de travail. 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 vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 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). 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 I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 9. 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 (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). S'ils se

consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).!endif>![if> Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 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). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28 a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

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. a. En l'espèce, la recourante ayant toujours exercé des emplois à temps partiel et consacré le reste de son temps à sa vie familiale, l'intimé a évalué son degré d'invalidité selon la méthode mixte. !endif>![if> b. Il convient, au préalable, d'examiner si, ainsi que la recourante le prétend, la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité viole l'interdiction de discrimination au sens de l'art. 8 Cst. et 14 CEDH, et le droit au respect de la vie privée et familiale garantie à l'art. 13 al. 1 Cst. et 8 CEDH.

12. La recourante soutient que, dans la mesure où la méthode mixte s'appliquerait quasi uniquement aux femmes, elle serait indirectement discriminatoire et violerait dès lors l'art. 8 Cst. !endif>![if> Au principe d'égalité de traitement, consacré à l'art. 8 al. 1 Cst., l'al. 2 dudit article ajoute une interdiction des discriminations, aux termes duquel nul ne doit subir de discrimination du fait notamment de son origine, de sa race, de son sexe, de son âge, de sa langue, de sa situation sociale, de son mode de vie, de ses convictions religieuses, philosophiques ou politiques ni du fait d'une déficience corporelle, mentale ou physique. On est en présence d'une discrimination

selon l'art. 8 al. 2 Cst. lorsqu'une personne est traitée différemment en raison de son appartenance à un groupe particulier qui, historiquement ou dans la réalité sociale actuelle, souffre d'exclusion ou de dépréciation. Le principe de non-discrimination n'interdit toutefois pas toute distinction basée sur l'un des critères énumérés à l'art. 8 al. 2 Cst., mais fonde plutôt le soupçon d'une différenciation inadmissible. Les inégalités qui résultent d'une telle distinction doivent dès lors faire l'objet d'une justification particulière (ATF 137 V 334 consid. 6.2.1. et les références). Selon le Tribunal fédéral, s'il est notoire que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité s'applique majoritairement aux femmes, ce seul fait ne constitue pas encore une raison suffisante pour conclure au caractère inégal et discriminatoire de cette méthode. La méthode mixte d'évaluation de l'invalidité a pour objectif d'appréhender de manière adéquate une situation qui diffère de celles concernant les assurés exerçant une activité à plein temps ou sans activité lucrative. Elle vise un état de fait précis et se fonde sur des critères objectifs liés à la notion de risque assuré, à la base de l'assurance-invalidité. Ainsi, le choix d'appliquer cette méthode d'évaluation de l'invalidité ne se détermine aucunement d'après des critères liés spécifiquement au sexe de l'assuré ou qui seraient incompatibles avec l'interdiction constitutionnelle de la discrimination, mais d'après le statut du bénéficiaire éventuel de la rente. La méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ne viole par conséquent pas l'art. 8 Cst. (ATF précité consid. 6.2.3. et les références). Il n'y a pas lieu de se demander si l'application de la méthode mixte d'évaluation viole le principe de non-discrimination prévu à l'art. 14 CEDH - dont les garanties n'ont pas de portée indépendante par rapport à l'art. 8 Cst. (ATF précité consid. 6.3 et les références). 13. Ensuite, la recourante considère que la méthode mixte, appliquée à des personnes qui souhaitent travailler à temps partiel, les pénalise lors de la survenance de l'invalidité, ce qui constituerait une atteinte au respect de la vie privée au sens de l'art. 13 Cst. [endif]>![if> L'art. 13 al. 1 Cst., dont la portée est similaire à celle de l'art. 8 par. 1 CEDH, garantit le droit au respect de la vie privée et familiale, c'est-à-dire le droit de toute personne de mener sa vie selon son propre choix, de choisir son mode de vie, d'organiser ses loisirs et d'avoir des contacts avec autrui, respectivement d'entretenir librement ses relations familiales et de mener une vie de famille. Le droit au respect de la vie familiale protège cette dernière contre les atteintes que pourrait lui porter l'État et qui auraient pour but ou pour effet de séparer la famille ou, au contraire, de la contraindre à vivre ensemble, ou encore d'intervenir d'une manière ou d'une autre dans la relation familiale, notamment dans les rapports entre les parents et leurs enfants (ATF précité consid. 6.1.1 et les références). À cet égard, la Haute Cour relève que l'ordre juridique suisse ne pose aucun obstacle à l'exercice d'une activité à temps partiel. Un tel choix d'orientation, comme tout choix de cette nature, entraîne des conséquences positives et négatives, que cela soit à un niveau personnel, matériel ou social. Certes, un État social moderne se doit de couvrir les risques sociaux principaux, afin de permettre aux individus de se libérer du souci permanent de leur avenir. Ce devoir n'est toutefois pas sans limite. Il n'existe pas de principe général selon lequel l'État devrait assumer la prise en charge collective de tous les malheurs pouvant survenir dans la vie d'un individu. De fait, le régime social d'assurance n'est matériellement pas à même de répondre à tous les risques et besoins sociaux. Le contenu et les conditions de l'intervention de l'État sont définis par le législateur, en fonction des objectifs de politique sociale que celui-ci s'est fixés. Le droit au respect de la vie privée et familiale ne saurait à cet égard fonder un droit direct à des prestations positives de l'État susceptibles notamment de favoriser l'exercice de la vie familiale. Ainsi, la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ne porte pas atteinte au droit de toute personne de mener la vie et de choisir le

modèle familial de son choix, dès lors que cette méthode d'évaluation en particulier et le régime social de l'assurance-invalidité en général n'ont pas pour but d'intervenir dans la relation familiale en tant que telle, même s'il peut indirectement en résulter des désagréments pour la personne travaillant à temps partiel pour des raisons familiales et devenant invalide. La méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ne viole par conséquent pas les art. 13 al. 1 Cst. ou 8 par. 1 CEDH (ATF précité consid. 6.1.2 et les références). 14. a. Enfin, la recourante se réfère à l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme [CourEDH] Di Trizio contre Suisse du 2 février 2016 (n. 7186/09) pour souligner l'importance des griefs tirés du caractère discriminatoire de cette méthode. [endif]>![if> Selon ledit arrêt, l'application dans l'assurance-invalidité de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité à une assurée qui, sans atteinte à la santé, n'aurait travaillé qu'à temps partiel après la naissance de ses enfants et s'est vu de ce fait supprimer la rente d'invalidité en application des règles sur la révision de la rente constitue une violation de l'art. 14 CEDH (interdiction de la discrimination) en relation avec l'art. 8 CEDH (droit au respect de la vie privée et familiale; arrêt du Tribunal fédéral 9C_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4). Toutefois, on ne saurait déduire des considérants de l'arrêt de la CourEDH que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité « viole la Convention » sans égard à la situation concrète dont avait à juger la CourEDH, dans laquelle le changement de statut de l'assurée - et la perte de la prestation de rente en conséquence - était lié exclusivement à la naissance de ses enfants et à la réduction (hypothétique) du taux d'activité qui s'en est suivie (cf. ATF 143 I 50 consid. 4.1). Dans l'ATF 143 I 60 (consid. 3.3.4), le Tribunal fédéral a précisé qu'est contraire à la CEDH la révision de rente due à un changement de statut de l'assurée basé uniquement sur des motifs familiaux, qu'elle entraîne une suppression de rente ou sa diminution. Dans une lettre circulaire AI n° 355, datée du 31 octobre 2016 rédigée ensuite de l'arrêt Di Trizio, l'office fédéral des assurances sociales (OFAS) a rappelé que dans un rapport du 1^{er} juillet 2015, le Conseil fédéral avait relevé que l'utilisation d'un mode de calcul adapté permettrait d'améliorer la situation des personnes travaillant à temps partiel et qu'il envisageait dès lors d'introduire un tel mode de calcul pour la méthode mixte. L'OFAS a ainsi considéré qu'en attendant l'entrée en vigueur de cette réglementation générale et abstraite, il était nécessaire cependant, pour garantir une unité et une égalité de traitement entre les assurés, que le droit actuel continue, dans la mesure du possible, de s'appliquer. À l'inverse, dans les cas présentant une situation similaire à l'arrêt du cas Di Trizio, l'arrêt de la CourEDH avait pour conséquence que le statut reconnu à l'assurée devait être préservé et que la méthode mixte ne devait plus être appliquée au nom du respect de la vie familiale. Une situation est similaire à celle du cas Di Trizio lorsque les deux conditions suivantes sont remplies : (i) la révision de la rente ou premier octroi de rente couplé avec une réduction ou une limitation dans le temps de la rente; et (ii) la réduction du temps de travail pour des raisons familiales (obligations de garde d'enfants mineurs) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3). Dans une jurisprudence ultérieure, le Tribunal fédéral a confirmé les principes posés dans la lettre circulaire précitée, laquelle prévoit notamment que la méthode mixte s'applique encore lors d'une première attribution de rente ainsi qu'aux autres cas qui ne sont pas absolument similaires au cas Di Trizio (ATF 143 I 50). On notera que la doctrine a également considéré que l'arrêt Di Trizio ne condamnait pas définitivement l'utilisation de la méthode mixte pour l'évaluation de l'invalidité des assurés se voyant reconnaître un statut partiellement actif et partiellement ménager, la CourEDH s'étant uniquement prononcée dans le contexte particulier de la révision du droit aux prestations d'une assurée à la suite de la naissance de

ses enfants (Anne-Sylvie DUPONT, Arrêt Di Trizio c. Suisse – une appréciation, REAS 2016 p. 479). b. En l'espèce, dès lors que la recourante s'occupait de son ménage parallèlement à son activité lucrative en tant qu'aide à domicile et garde d'enfants qu'elle a toujours exercé à temps partiel, c'est à bon droit que l'intimé a appliqué la méthode d'évaluation mixte. Par ailleurs, on est en présence d'une première demande de prestations et non d'une révision du droit à la rente faisant suite à un changement de statut, qui aurait été justifié par la venue au monde d'enfants. Il sera rappelé à cet égard que ceux de la recourante sont adultes, excepté la cadette, qui avait quatorze ans lors du prononcé de la décision litigieuse. Aussi, c'est en vain que la recourante se prévaut de l'arrêt Di Trizio. On notera encore qu'à la suite de l'arrêt Di Trizio, le Conseil fédéral a entrepris une modification du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), dont l'entrée en vigueur est prévue le 1^{er} janvier 2018. Cette modification consiste en un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, évaluant séparément les conséquences d'une atteinte à la santé sur l'activité lucrative d'une part et sur les tâches ménagères et familiales d'autre part. Ce nouveau mode de calcul est censé renforcer les moyens de concilier vie familiale et vie professionnelle (ATAS/612/2017 du 30 juin 2017 consid. 10.e). 15. a. Il convient à présent de déterminer la pondération de la sphère professionnelle et des travaux ménagers. b. La recourante soutient que la part de l'activité professionnelle devrait être de 80%, tandis que l'intimé considère qu'elle est de 60%. c. La chambre de céans est d'avis que les circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles permettent d'admettre, au degré de vraisemblance prépondérante requis, qu'à la date déterminante de la décision litigieuse, la recourante - si son état de santé le lui avait permis - travaillerait à 80%, et ce pour les motifs qui suivent. Dans son acte de recours, la recourante met en exergue que, si elle avait pu travailler dans un secteur de l'économie où les horaires de travail étaient compatibles avec ses charges de famille, elle aurait exercé au minimum à 80%. La recourante a ainsi travaillé à temps partiel pour des raisons familiales, ce d'autant qu'elle avait cinq enfants à charge, dont l'aîné est atteint d'un handicap mental, nécessitant un encadrement. Malgré cela, la recourante recherchait une activité lucrative à 80% lorsqu'elle s'était inscrite au chômage en août 2007 (cf. attestation de l'OCE du 24 septembre 2013). Quand bien même l'intimée argue que la recourante n'a pas produit les pièces corroborant ses recherches d'emploi, force est de constater qu'elle a bénéficié d'indemnités de chômage jusqu'en mai 2009 (cf. extrait CI) et que, par le biais de l'OCE, elle a exercé du 3 mars au 29 août 2008 une activité à plein temps (quarante heures hebdomadaires) en tant que vendeuse auprès de l'association B_____, en dépit des crises partielles survenues le 20 avril 2008 (cf. rapport des HUG du 28 mai 2008) et du handicap de son fils aîné. Ces éléments démontrent les efforts fournis par la recourante et sa volonté d'augmenter son taux d'activité professionnelle. Au demeurant, depuis 2012, la situation familiale, en particulier, l'âge des enfants (entre 10 et 24 ans) était compatible avec l'exercice d'une activité à 80%. Enfin, la recourante a affirmé lors de l'enquête ménagère que son époux, indépendant, gagnait CHF 3'500.- par mois, montant non contesté par l'intimé, ce qui indique que la situation financière du couple et de la famille rendait impératif un surcroît de revenu. Ces éléments permettent de conclure que la volonté de la recourante - âgée seulement de 45 ans - d'exercer une activité lucrative à 80%, si elle avait été en bonne santé, apparaît comme hautement vraisemblable. Par conséquent, la part respective de l'activité professionnelle et des travaux ménagers est de 80% et 20%. 16. Les parties ne contestent pas que la capacité de travail de la recourante est nulle dans son

activité habituelle. Reste à se prononcer sur sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. [endif]>[if> 17. 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 malade, 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

[endif]>[if> Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). 18. 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. 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. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation

sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). Ce principe s'applique tant à l'égard du médecin de famille généraliste que du médecin spécialiste (arrêt du Tribunal fédéral I.803/05 du 6 avril 2006 consid. 5.5). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 19. a. En l'espèce, la recourante est d'avis qu'elle dispose d'une capacité de travail de 25% dans une activité adaptée. Selon l'intimé, celle-ci est de 50%. La recourante se réfère aux rapports du Dr C_____ des 18 octobre 2013, 23 juillet 2015, 16 décembre 2016, et 17 juillet 2017. Pour sa part, l'intimé s'appuie sur le rapport dudit médecin du 23 juillet 2015. b. Dans son rapport du 18 octobre 2013, ce praticien a retenu une capacité de travail de « 50% avec 50% de rendement » dans une activité adaptée. Dans son rapport du 23 juillet 2015, il a indiqué, sur la première page, une capacité de travail de 50% dans une telle activité. Sous le chiffre 1.7 dudit rapport, à la question de savoir « dans quelle mesure (heures par jour), avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap est-elle possible », il a répondu que la recourante pouvait travailler « 4h 50% de rendement ». Alors que la recourante allègue que le spécialiste se référait à une capacité de travail résiduelle de 25%, soit 50% × 50%, l'intimé estime que la baisse de rendement de 50% devait être calculée par rapport à un plein temps, si bien que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50%. Dans ses rapports subséquents des 16 décembre 2016 et 17 juillet 2017, le Dr C_____ a toutefois spécifié qu'il évaluait la capacité résiduelle à 25% au maximum. c. Cela étant, la chambre de céans constate que la présente cause est insuffisamment instruite sous l'angle médical pour lui permettre de trancher, ce qui est au demeurant admis par l'intimé. En effet, la capacité résiduelle de travail de 25% ne vise que le volet neurologique, eu égard aux crises d'épilepsie dont souffre la recourante de façon intermittente depuis

l'âge de 17 ans. Or, cette dernière est également atteinte d'un état anxio-dépressif, avec incidence sur la capacité de travail, selon divers spécialistes (cf. rapports des 9 novembre 2012, 18 octobre 2013 et 23 juillet 2015 du Dr C_____ ; rapport du 7 octobre 2013 du Dr D_____ et celui du 4 mars 2015 du Dr E_____). Le Dr D_____ relevait à cet égard qu'il existait une intrication entre des crises comitiales et l'état anxio-dépressif associé à des éléments de lignée syncopale. La recourante poursuivait un traitement antiépileptique et antidépresseur (cf. rapport du Dr C_____ du 23 juillet 2015). Elle manifestait une insomnie, une anhédonie, des céphalées, une dysesthésie dans le corps et des troubles mnésiques. Sa capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées (cf. rapport du Dr E_____). Dans son avis du 19 novembre 2015, le SMR avait également retenu, au titre des limitations fonctionnelles, la fatigabilité, les troubles mnésiques et le ralentissement psychomoteur. Suite au rapport du 17 juillet 2017 du Dr C_____, aux termes duquel la situation médicale de la recourante était complexe avec une épilepsie, des troubles cognitifs et des troubles anxio-dépressifs, si bien qu'une évaluation neurologique était insuffisante pour déterminer la capacité de travail et que l'avis d'un psychiatre était également utile, dans son avis du 25 août 2017, le SMR a estimé qu'une expertise neuropsychologique était indispensable. d. Compte tenu de ces éléments, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire à tout le moins sous la forme d'une expertise psychiatrique avec un volet neuropsychologique. Le renvoi se justifie dans la mesure où l'intimé n'a jamais mis en œuvre une telle expertise, pourtant nécessaire au vu des interférences entre les deux pathologies. Il appartiendra à l'expert - qui prendra connaissance du dossier de la recourante, et si nécessaire, prendra tous les renseignements pertinents auprès des médecins ayant traité la recourante - (i) de tenir compte de l'ensemble de ses atteintes à la santé, (ii) de décrire les limitations fonctionnelles (iii) ainsi que l'évolution de son état de santé depuis le 6 novembre 2012, date à partir de laquelle les diagnostics d'épilepsie et de trouble dépressif ont été posés simultanément pour la première fois, (iv) de se prononcer sur sa capacité de travail, de même que sur une éventuelle diminution de rendement, en précisant depuis quand (mois et année) débute l'incapacité de travail dans l'activité habituelle ainsi que sa capacité de travail réduite dans une activité adaptée, puis (v) de poser des conclusions motivées. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision, après avoir, mis sur pied une nouvelle enquête ménagère, dès lors qu'il y a lieu de trancher le cas sur la base de faits dûment actualisés. 20. a. Enfin, s'agissant du calcul du degré d'invalidité dans l'activité professionnelle, la recourante argue que le salaire sans invalidité devrait se baser sur le salaire annuel selon le contrat-type de travail avec salaires minimaux impératifs de l'économie domestique du 13 décembre 2011 [CTT-Edom – RS/GE J 1 50.03]. Pour sa part, l'intimé répond que les conventions collectives ne peuvent pas être utilisées selon la jurisprudence. b. Dans la mesure où ces critiques sont indépendantes de la capacité de travail qui sera retenue par l'expert, la chambre de céans les examinera par économie de procédure. c. Certes, le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Toutefois, contrairement à l'avis exprimé par l'intimé, selon la jurisprudence, lorsque le salaire sans invalidité est trop bas pour des motifs étrangers à l'invalidité, notamment une mauvaise entente dans l'entreprise ou un emploi précaire, – ce qui peut être le cas dans l'économie domestique –, il convient de l'adapter à celui qui serait versé conformément aux conventions collectives de travail. Ce revenu est ensuite adapté à l'évolution des salaires nominaux de la branche d'activité à la

date déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.699/01 du 3 décembre 2002 consid. 3.2). Lors du prononcé de la nouvelle décision, l'intimé devra donc tenir compte de la jurisprudence susmentionnée pour le calcul du revenu sans invalidité.

21. Sur le vu ce qui précède, il se justifie d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 15 septembre 2016 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. ![endif]>![if>

22. Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.![endif]>![if> Au vu de l'issu du recours, une indemnité de CHF 3'000.- sera allouée à la recourante, à charge de l'intimé. 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.