

## GE\_GERICHTE A/3748/2014 vom 31. August 2015

GE Cour de justice, 2015-08-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3748\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3748_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/3748/2014 du 31 août 2015

IT: GE\_GERICHTE A/3748/2014 del 31 agosto 2015

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 31.08.2015 A/3748/2014

A/3748/2014 ATAS/657/2015 du 31.08.2015 ( AI ) , REJETE En fait En droit république et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/3748/2014 ATAS/657/2015 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 31 août 2015 10<sup>ème</sup> Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée c/o Monsieur B\_\_\_\_\_, à CHENE-BOUGERIES, représentée par APAS-Assoc. permanence défense des patients et assurés recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE 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 \_\_\_\_\_ 1968, ressortissante portugaise, s'est mariée en 1985 au Portugal. Elle est arrivée en Suisse au milieu des années 2000, où elle a rejoint son mari.

!endif]>!if> 2. Avec le concours de Pro Infirmis elle a déposé, en date du 15 octobre 2012 une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI ou l'intimé). Il ressort du questionnaire de demande qu'elle a travaillé à temps très partiel en tant que femme de ménage, pour divers employeurs depuis son arrivée dans ce pays, s'occupant, pour le surplus de l'entretien de son propre foyer avec l'aide de son époux. S'agissant de l'atteinte à la santé, le questionnaire mentionne : fibromyalgie et dépression. Il ressort du courrier d'accompagnement de Pro Infirmis, s'agissant de son parcours médico-psychiatrique, que l'atteinte à la santé existe depuis l'enfance, mais qu'elle a été traitée par médicaments depuis 2000 suite à une première tentative de suicide au Portugal. Depuis son arrivée en Suisse, elle encore fait deux tentatives de suicide, en 2006 et 2007. A chaque tentamen elle a dû être hospitalisée. Elle a entretemps et depuis lors été suivie par divers médecins. !endif]>!if> 3. Le 15 novembre 2012 le docteur C\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a adressé un rapport médical à l'OAI : il a posé comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent léger depuis plus de dix ans, et comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail : abus de benzodiazépines. D'autres renseignements fournis par ce médecin seront repris ci-dessous dans le cadre du rapport de synthèse du SMR. S'agissant de l'incapacité de travail, ce médecin indique que depuis que la patiente est en Suisse elle travaille irrégulièrement à raison d'environ deux heures par jour. Elle n'arrive plus à assumer ce rythme, et il en découle de l'absentéisme. Elle n'a pas de travail hors de la maison. Le rendement est diminué, les restrictions ne pouvant être réduites par des mesures médicales. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Il est observé que la patiente s'occupe de son petit-fils. Elle pourrait faire de la garde d'enfants. Dans une remarque générale, ce médecin précise que la patiente est connue de longue date pour un trouble dépressif récurrent avec des périodes d'exacerbation dans un contexte de conflit conjugal. !endif]>!if> Il a été versé au dossier un résumé d'intervention du Centre de thérapies brèves (CTB) de la Servette du 30 septembre 2010. Selon ce rapport, le

diagnostic principal est celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel de dépression moyenne (F33.1 - code diagnostic CIM-10), et autres diagnostics : syndrome de dépendance aux benzodiazépines (F13.24) hypothyroïdie traitée. La patiente avait été adressée par son psychiatre traitant, en raison d'une exacerbation dépressive dans le contexte d'un conflit de couple. Les éléments anamnestiques suivants sont relevés (en complément à ceux déjà relevés par ses médecins traitants) : Elle est mère d'un fils de 21 ans, lui-même père d'un petit garçon de 17 mois. La patiente est connue de longue date pour un trouble dépressif récurrent qui se serait manifesté lors d'une séparation avec son mari. Elle avait alors fait un abus médicamenteux grave à l'Anafranil et avait été hospitalisée au Portugal. Issue d'une fratrie de trois, dont une sœur qui habite en Suisse et un frère au Portugal. Ses parents souffriraient depuis l'enfance de la patiente de troubles dépressifs avec des hospitalisations en milieu psychiatrique. L'intéressée est aussi connue pour consommation abusive de benzodiazépines. La patiente décrit un conflit tenace avec son mari. Elle se sent incomprise par lui dans sa maladie. À l'entrée au CTB, l'assurée présente un ralentissement psychomoteur avec tristesse, anhédonie, aboulie, hypersomnie, un discours laconique. Elle est habillée avec soin et ne présente pas de symptômes florides de la lignée psychotique. Elle aimerait « dormir », voir mourir, mais s'engage à faire appel au CTB avant de prendre des médicaments d'une façon abusive. Une prise en charge intensive au CTB comprenant des nuits et des entretiens quotidiens a été proposée, avec un objectif mobilisateur et qui aurait permis une observation clinique ainsi qu'une adaptation précise du traitement médicamenteux. Toutefois l'intéressée a décliné cette proposition, préférant une prise en charge comprenant des entretiens bi-hebdomadaires infirmiers et médico-infirmiers. Elle a toutefois accepté de confier au CTB tous ses médicaments, pour la gestion de son traitement et pour tenter une normalisation de la prise anarchique de benzodiazépines. Un entretien de couple n'a pas pu avoir lieu à cause d'une disponibilité très limitée du mari. En quelques jours, l'amélioration de l'état clinique a été constatée, liée d'un côté à l'assainissement temporaire des relations avec son mari et d'un autre côté à une prise contrôlée de benzodiazépines. La patiente a exprimé son mécontentement et ses doutes par rapport à la prise en charge psychiatrique par son thérapeute actuel. Exhortée à reprendre contact avec son psychiatre pour clarifier la suite de la prise en charge, l'intéressée souhaite débiter un suivi à la consultation des Eaux-Vives. Un suivi multidisciplinaire apparaît indiqué: il pourrait joindre une prise en charge médicale à un suivi infirmier mobilisateur. Il permettrait aussi plus facilement un abord familial via des entretiens de couple. 4. Le 16 novembre 2012, la doctoresse D\_\_\_\_\_, praticienne FMH en médecine générale, médecin traitant de l'assurée, a adressé un rapport médical à l'OAI : s'agissant des diagnostics avec effet sur la capacité de travail, elle a posé ceux de : état anxio-dépressif, cervico-dorsolombalgies, coxalgies bilatérales. Quant aux diagnostics sans effet sur la capacité de travail, elle a posé ceux de : hypothyroïdie et syndrome métabolique. D'autres renseignements fournis par ce médecin seront repris ci-dessous dans le cadre du rapport de synthèse du SMR. 5. Le 2 avril 2013, les docteurs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, médecins du SMR, ont dressé un avis médical dont il ressort les éléments suivants : Il s'agit d'une première demande en date du 17 octobre 2012 pour une pathologie psychiatrique et rhumatologique. Assurée de 44 ans portugaise, mariée, ayant un fils majeur; en Suisse depuis 2006, sans formation, elle travaille comme nettoyeuse à raison de 6h15 par semaine, de statut mixte 14/86. Elle a été licenciée le 30 septembre 2011. La date de début de l'incapacité de travail reste à déterminer. Antécédents psychiatriques : hospitalisée au Portugal en 2000, puis à Genève à Belle-Idée en 2006 et 2007 le diagnostic

retenu en 2006 était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Elle est ensuite repartie au Portugal pour traitement. Elle fut à nouveau hospitalisée pour les mêmes raisons aux HUG le 22 juin 2007, moins de six mois après son installation à Genève. L'assurée a été suivie au CTB de la Servette d'août à septembre 2010. Le résumé d'intervention du 30 septembre 2010 pose le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et un syndrome de dépendance aux benzodiazépines (F13.24). Quant à l'épisode actuel, selon le rapport médical du 15 novembre 2012 du Dr C\_\_\_\_\_, qui la suit depuis mars 2008, l'assurée présente une pathologie psychiatrique incapacitante à type de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) ; cette pathologie existe depuis plus de dix ans. Il existe également un abus de benzodiazépines, sans retentissement sur la capacité de travail. L'assurée présente une fatigue, une perte d'élan, une irritabilité et l'absence de motivation. Elle est sous traitement par Anafranil, Temesta et Zoldorm. Selon son psychiatre elle n'a jamais été capable d'assumer une capacité de travail entière. Selon le rapport médical de son médecin traitant, la Dresse D\_\_\_\_\_, qui la suit depuis février 2011, elle présente également une pathologie rhumatismale et endocrinienne : elle présente un état anxio-dépressif de longue date ainsi que des cervico-dorso-lombalgies sur troubles statiques (cervicarthrose C3-D1 et discopathie débutante D12-L1 et L5-S1 sur les radiographies de la colonne du 25 septembre 2012, et des coxalgies bilatérales prédominant à droite). Elle présente également une hypothyroïdie traitée non incapacitante avec présence de nodules dans les deux lobes aux échographies de 2009 et 2011. La capacité de travail est nulle dans toute activité du fait de son état mental, depuis une date non précisée. Elle présente de plus un syndrome d'apnées du sommeil léger à modéré, sans appareillage. Vu l'atteinte psychiatrique prédominante et afin de déterminer de manière précise le début de l'incapacité de travail, l'état de santé à son entrée en Suisse, ainsi que les limitations fonctionnelles dans son activité de nettoyeuse et dans une activité adaptée, il est nécessaire de programmer une expertise psychiatrique.

6. Par courrier du 13 mai 2013, une assistante sociale de Pro Infirmis a adressé à l'OAI une procuration en sa faveur. Elle a informé l'OAI que l'assurée avait changé de psychiatre traitant, qui était désormais la doctoresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

7. Par courrier du 6 juin 2013, l'OAI a communiqué à la mandataire de l'assurée le projet de mission d'expertise médicale psychiatrique qu'il entendait confier à la clinique de Belle-Idée, en l'invitant à lui faire parvenir dans les dix jours les questions complémentaires qu'elle souhaiterait poser à l'expert.

8. Le 26 juin 2013, l'OAI a adressé à la nouvelle psychiatre traitante de l'assurée, le CD-ROM du dossier AI.

9. Le 23 août 2013, la Dresse G\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI. Elle pose les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : F32.8 épisodes dépressifs sévères sans symptôme psychotique dans le cadre d'une dépression récurrente; F40.2 troubles anxieux spécifiques ; F42.2 trouble obsessionnel-compulsif mixte ; F13.24 troubles liés à l'utilisation de sédatifs, dépendance ; F61 troubles mixtes de la personnalité avec aspect prépsychotique (évitante, anankastique et borderline) ; Z63.0 difficulté dans le couple. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail sont : hypothyroïdie ; trouble dépressif sévère depuis 2000, suite à un effondrement psychique de la personnalité, entraînant l'hospitalisation psychiatrique au Portugal. La patiente est en traitement chez elle depuis le 4 avril 2013. En ce qui concerne l'anamnèse, hormis les éléments déjà relevés précédemment par le SMR, elle mentionne que la patiente a été obligée de quitter l'école à l'âge de 11 ans, à son grand regret - car elle aimait beaucoup les études et était une bonne élève -, pour s'occuper de la famille et

remplacer le rôle maternel. Elle a beaucoup souffert de cette situation et avait sombré déjà à l'époque dans une attitude dépressive. Elle s'est mariée à l'âge de 16 ans pour sortir de sa famille. Hospitalisée en 2000 suite à une séparation conjugale et à l'apparition d'un état dépressif sévère avec passage à l'acte, réactionnel à une rupture sentimentale. Depuis lors, la patiente présente un effondrement dans le fonctionnement de sa personnalité avec symptomatologie anxieuse-obsessionnelle autour du nettoyage, des idées de persécution lorsqu'elle est seule, et surtout dépressive. Ses seuls investissements sont en relation avec les soins apportés à son petit-fils. Constat médical : ralentissement psycho-moteur. Questionnaire de Beck pour la dépression (38pts) conclu avec un indice de dépression sévère, isolement social, fatigue, dévalorisation importante, ruminations sur le passé, irritabilité surtout envers le mari. Idéation suicidaire encore bien présente. Anhédonie ; elle passe beaucoup de moments seule au lit, dans le noir. Anxiété autour de l'obsession du nettoyage et de sa propre hygiène. Somatisation et douleurs ostéo-articulaires. Troubles cognitifs au niveau de l'attention et de la concentration. Idée d'avoir une présence maléfique lorsqu'elle est seule. Pronostic : réservé au vu de la symptomatologie récurrente et chronique, comprenant des éléments prépsychotiques dans le fonctionnement de la personnalité. Nature et importance du traitement actuel : suivi psychothérapeutique régulier et rencontre ponctuelle de couple. Traitement psycho-pharmacologique. Incapacité de travail médicalement attestée de 20 % au moins : la patiente a essayé de travailler quelques heures comme nettoyeuse depuis qu'elle est en Suisse. L'incapacité de travail est complète en tout cas depuis plusieurs années, au vu de la symptomatologie dépressive et anxieuse. Restrictions physiques mentales ou psychiques existantes : la patiente n'arrive pas à être efficace et organisée dans son travail ; lenteur, ritualisation scrupuleuse dans les tâches de nettoyage. Découragement, absentéisme. Difficultés de concentration et d'attention lors de l'apprentissage théorique, par exemple en cours de français. Ces restrictions se manifestent sous forme de fatigabilité, de performances très réduites, de manque de motivation, retrait social, apragmatisme lors de l'épuisement ou parfois de la mise en route. Difficultés à rester seule au travail. Du point de vue médical l'activité exercée n'est plus exigible. Le rendement est réduit. Il est lié au ralentissement dépressif, aux difficultés de concentration et d'attention, ainsi qu'aux accès d'anxiété. Les possibilités d'amélioration de l'état psychique paraissent très restreintes à court-moyen terme; de ce fait il semble difficile de pouvoir envisager une insertion professionnelle. Les restrictions énumérées ne pourraient pas être réduites par des mesures médicales. On peut s'attendre à une amélioration de la capacité de travail de 20 à 30%, car une stabilisation psychiatrique n'est pas exclue. Questionnaire spécifique sur les travaux pouvant encore être exigés de la personne assurée, dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap : sont possibles les activités uniquement en position assise, en position debout, dans différentes positions, se pencher, monter les escaliers, utilisation des deux mains, soulever, porter jusqu'à 5 kg ; ne le sont pas : les activités avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie, à genoux, rotations en position assise/ou debout, monter sur une échelle ou un échafaudage. Les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance sont limitées pour des raisons psychiques. Aptitude à se déplacer : négative. 10. Le 8 mai 2014, le Centre universitaire romand de médecine légale (ci-après : CURML) a rendu son rapport d'expertise. [endif]>![if> Cette expertise a été réalisée par la doctoresse H\_\_\_\_\_, médecin interne au département de santé mentale de psychiatrie des HUG, supervisée par la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, chef de clinique à l'unité de psychiatrie légale du CURML, le rapport étant contresigné par le docteur O\_\_\_\_\_, responsable ad intérim de l'unité de psychiatrie

légale. Elle se base sur trois entretiens avec l'expertisée, un entretien téléphonique avec la psychiatre traitante de l'assurée, la Dresse G \_\_\_\_\_, l'étude du dossier médical des HUG, l'étude du dossier AI. Sur le plan clinique, les experts ont dressé une anamnèse très complète, familiale, sociale et professionnelle, prenant en compte les avis médicaux de tous les médecins ayant suivi l'assurée au fil des ans, depuis son arrivée en Suisse. Le rapport inventorie les plaintes et données subjectives de l'intéressée, et décrit le status clinique issu de l'examen de l'assurée, par l'expert et le superviseur. Les experts ont posé les diagnostics précis, distinguant ceux ayant une répercussion sur la capacité de travail, de celui sans répercussion sur cette capacité : ils ont ainsi retenu comme incapacitants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et trouble obsessionnel-compulsif, avec comportements compulsifs (rituels obsessionnels) au premier plan (F42.1). Comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail : personnalité dépendante (F60.7). Ils ont expliqué pourquoi ils retenaient ces diagnostics, comme incapacitants pour les premiers ; et s'agissant de la « personnalité dépendante », ils ont précisé qu'ils retenaient ce diagnostic en raison de la soumission excessive de l'expertisée à la volonté de son entourage, de son incapacité à faire des demandes et à prendre des décisions dans la vie quotidienne, ainsi que de son sentiment de malaise et de peur dès qu'elle est seule. Ce trouble accentue le manque de motivation et de prise d'initiative que l'expertisée présente dans le cadre de son trouble dépressif. Ils ont cependant précisé qu'ils considéraient que le trouble de personnalité dépendante en soi n'avait pas d'impact sur la capacité de travail (rapport d'expertise p.11). Le rapport décrit ensuite les influences sur la capacité de travail, savoir les limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés, qui sont d'ordre psychique et mental : la fatigabilité, le ralentissement psychomoteur, les difficultés de concentration sur une tâche, ainsi que les comportements compulsifs, mais qui rendent l'expertisée lente par rapport à l'exécution d'une tâche, incapable d'assimiler de nouvelles informations et de faire face à un rythme soutenu. La diminution de l'intérêt pour toute activité et la baisse de l'élan vital affectent sa capacité de se rendre de manière régulière au travail ainsi que de prendre des initiatives. En raison de sa méfiance, sa tendance à être en retrait et ses idées de dévalorisation, elle aurait également de grandes difficultés à établir des liens avec des collègues et resterait plutôt en retrait, ce qui ne permettrait pas une bonne intégration professionnelle. Dans l'activité exercée jusqu'ici, les troubles psychiques de l'expertisée ont des répercussions sur son travail dans le domaine du nettoyage. D'abord, elle est lente dans l'exécution du travail en raison de son ralentissement psychomoteur et de son incapacité à contrôler ses comportements compulsifs. Elle ne parvient pas à terminer ses tâches dans le temps imparti, car elle passe son temps à nettoyer sans cesse le même objet avec une incapacité à passer au suivant. Enfin elle s'absente souvent en raison de sa fatigabilité, de son manque de motivation et de son sentiment de crainte par rapport à la présence qu'elle ressent derrière son dos. Les experts ont conclu que la capacité résiduelle de travail était nulle, de même que le rendement par rapport à la dernière activité exercée, l'incapacité de travail existant depuis au moins 2006. Depuis lors, l'incapacité de travail a augmenté jusqu'à 100 %. Ils ont exclu toute mesure de réadaptation professionnelle, et la possibilité d'améliorer la capacité de travail. Enfin ils ont exclu toute activité adaptée à l'invalidité, son rendement étant nul. Aucune autre activité n'était exigible en raison des symptômes dépressifs sévères, de l'asthénie physique et des grandes difficultés interpersonnelles. Les experts ont enfin répondu à toutes les questions posées. 11. Le 23 juin 2014, le SMR a rendu son rapport consécutif à l'expertise psychiatrique susmentionnée. Il retient comme atteintes principales

à la santé : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, troubles obsessionnels compulsifs, avec comportements compulsifs au premier plan (F33.3, F42.1), pathologies associées du ressort de l'AI. Les facteurs/diagnostics associés n'étant pas du ressort de l'AI sont : personnalité dépendante (F60.7), syndrome d'apnées du sommeil modéré allégé, pour lequel un traitement par pression positive continue a été proposé mais non supporté par l'assurée. Le début de l'incapacité de travail durable a été fixé en 2006, cette incapacité étant totale depuis cette époque jusqu'à ce jour. La capacité de travail est nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles sont d'ordre psychique : fatigabilité, ralentissement psychomoteur, difficultés de concentration, comportements compulsifs, incapacité d'assimiler de nouvelles informations et de faire face un rythme soutenu, méfiance, tendance à être en retrait, idée de dévalorisation, difficulté à établir des liens. Il n'est retenu aucune aptitude à la réadaptation. Ce rapport retient de l'expertise psychiatrique réalisée au CURML entre le 22 novembre et le 16 décembre 2013, que la symptomatologie dépressive est associée à des symptômes psychotiques comme des hallucinations cénesthésiques et un sentiment de persécution, ainsi que des idées hypocondriaques qui se sont aggravées depuis 2010. L'assurée présente également des troubles obsessionnels compulsifs liés à la propreté, à type de rituels obsessionnels au premier plan. Les troubles psychiques de l'expertisée présente une évolution défavorable au fil du temps malgré les multiples prises en charge thérapeutiques et psychiatriques. L'assurée était en incapacité totale de travail au moins depuis 2006, dans tout type d'activité. En conclusion, le SMR s'aligne sur les conclusions de l'expertise psychiatrique, laquelle a été conduite selon les règles de l'art, et est convaincante. L'assurée présente une incapacité de travail en lien avec une atteinte psychique grave et chronique. Elle est en incapacité de travail totale dans toute activité et ce, probablement depuis 2006.

12. Le 25 juin 2014, l'OAI a interpellé le Dr C\_\_\_\_\_, sollicitant un bilan médical spécifique et supplémentaire, dans le cadre d'une procédure interétatique instaurée dans le cadre des accords bilatéraux entre l'Union européenne et la Suisse, en vue de l'examen des droits de l'assurée à une rente d'un autre pays.

13. Une enquête ménagère a eu lieu le 8 septembre 2014, au domicile de l'assurée, par une enquêtrice spécialisée, en présence d'une collaboratrice du service d'interprétariat communautaire de la Croix-Rouge genevoise. Elle a duré deux heures.

Le rapport retrace le parcours scolaire, de formation et professionnel de l'assurée : elle a suivi sa scolarité jusqu'à la 4<sup>e</sup> primaire au Portugal. Dans ce pays, en 2004, à l'âge de 36 ans, elle a fait une formation dans l'agriculture fruitière. A l'âge de 16 ans, elle avait travaillé pendant trois mois dans une usine de matériel hospitalier, puis pendant deux ans, elle avait fait des nettoyages. Elle exerce ensuite comme aide-secrétaire pendant sept mois chez les pompiers, puis comme aide-soignante dans un EMS pour une période de six mois. En Suisse, de juin 2007 à janvier 2010, elle enchaîne plusieurs contrats de remplacement comme nettoyeuse de bureau auprès de l'entreprise J\_\_\_\_\_ SA à Genève : selon le rapport de l'employeur, lors du dernier remplacement elle travaille à raison de 1h25 par semaine. Depuis novembre 2008, elle travaille comme nettoyeuse pour l'entreprise K\_\_\_\_\_ à hauteur de 6h15 par semaine. L'horaire usuel dans l'entreprise étant de 44 heures, cela correspond à un taux d'activité de 14 %. Son salaire annuel s'élève à CHF 5'708.05. Elle est licenciée au 30 septembre 2011 en raison de son absentéisme et par le fait que son mari faisait son travail à sa place. En se référant au compte individuel AVS (CI) d'avril à août 2011 l'assurée a eu un emploi de nettoyeuse en parallèle auprès de L\_\_\_\_\_ SA (CHF 640.- pour les mois d'avril et mai) et de M\_\_\_\_\_ SA (CHF 2'416.- pour les mois de juin à août). Enfin, en décembre

2011, après son licenciement, elle travaille quelques heures en tant que nettoyeuse chez N\_\_\_\_\_ SA pour un salaire mensuel de CHF 183.-. Selon ses dires, elle n'arrive pas assumer la charge de travail et met fin à son contrat. A la question de savoir si, sans son handicap, l'assurée exercerait une activité à ce jour, cette dernière a répondu qu'elle aurait continué à travailler dans son activité habituelle de nettoyeuse au même taux d'activité. Cela lui permettrait de compléter le salaire de son époux et de subvenir à leurs besoins. S'agissant de sa situation financière, l'assurée n'a pas de revenu et son époux réalise un salaire de CHF 4'000.- par mois. Le loyer est de CHF 830.- par mois, l'assurance-maladie de CHF 360.- par mois et les époux remboursent des prêts bancaires à hauteur de CHF 1'200.- par mois. Le rapport contient en outre des renseignements concernant le mari, qui partage le ménage avec l'assurée, le descriptif des conditions de logement – appartement de deux pièces - et d'équipements techniques, ainsi que les conditions locales d'accès aux commerces et aux transports publics. Quant aux divers travaux et activités, ils ont été évalués selon le tableau ci-dessous – établi par la chambre de céans sur la base des données retenues - et la comparaison descriptive détaillée entre la période ayant précédé l'atteinte à la santé et la situation actuelle :

Champs d'activités	Exigibilité	Pondération	Champ d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
5.1 Conduite du ménage	2-5 %	30 %	3 %	50 %	20 %
5.2 Alimentation	10-50 %		1,5 %	0,6 %	
Préparation/cuisson /service/nettoyage cuisine/provisions	30 %	50 %	60 %	30 %	30 %
5.3 Entretien du logement	5-20 %		15 %		
épousseter/aspirateur/sols/vitres/lits	30 %	19 %	45 %	15 %	8,55 %
5.4 Emplettes et courses diverses	5-10 %				
poste/assurances/services officiels	30 %	8 %	50 %	20 %	4 %
5.5 Lessive/entretien des vêtements	5-20 %				
laver/suspendre/ramasser/repasser...	30 %	20 %	35 %	5 %	7 %
5.6 Soins aux enfants et aux autres membres de la famille	0-30 %				
soins infirmiers/entretien plantes et jardin/animaux domestiques/confection vêtements/activités d'utilité publique/formation complémentaire/...	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Total du champ d'activité	100 %				
Total de l'exigibilité retenue	30 %				
Total-empêchement pondéré sans exigibilité	51,05 %				
Total – empêchement pondéré avec exigibilité	21,05 %				

La conduite du ménage (5.1) : avant l'atteinte, l'assurée organisait seule le ménage. Après l'atteinte elle n'arrive plus à planifier seule l'entretien du logement. Elle ne prend plus d'initiatives et se repose sur son mari. Toutefois, elle organise, par habitude, certaines tâches ménagères comme le ménage ou la lessive et peut demander de l'aide à son mari si nécessaire. L'alimentation (5.2) : avant l'atteinte, l'assurée se décrit comme une excellente cuisinière. Elle aimait passer du temps en cuisine, et préparer des plats traditionnels de son pays. Elle cuisinait beaucoup de viandes, poissons, du riz, des pommes de terre et des légumes frais. Elle préparait deux repas par jour car son mari et parfois son fils rentraient manger à midi. Elle appréciait confectionner des confitures avec les fruits de saison ainsi que de la pâtisserie une fois par semaine. En outre, elle dressait la table, débarrassait, mettait et sortait la vaisselle de la machine à laver avec l'aide de son mari. Ensuite, Madame nettoyait la cuisine. De plus, ses parents venaient manger une à deux fois par semaine. Depuis l'atteinte elle dit ne plus avoir d'appétit et de ce fait a perdu l'envie de cuisiner. Le matin elle se prépare un petit-déjeuner et laisse la vaisselle sale dans l'évier car elle n'a pas de lave-vaisselle et n'a pas le courage de la laver. En lien avec des idées obsessionnelles de propreté elle va commencer à laver chaque objet à la Javel jusqu'à la perfection, ce qui peut lui prendre plusieurs heures. À midi elle ne mange pas car elle n'a pas de sensation de faim et son mari prend son repas sur son lieu de travail. Le soir, c'est son mari qui organise les

repas et qui cuisine. Elle l'aide à la préparation du souper, mais ne prend aucune initiative. En outre, elle ne confectionne plus ni confitures ni gâteaux. Elle met la table et la débarrasse avec son mari. Ce dernier s'occupe de faire la vaisselle du petit déjeuner et du soir, puis, Madame l'essuye parfois, si elle ne se sent pas trop fatiguée. C'est également son mari qui s'occupe de nettoyer la cuisine. L'entretien du logement (5.3) : avant l'atteinte, elle faisait le ménage tous les jours. Elle avait déjà un besoin irréprouvable que tout soit propre. Elle passait l'aspirateur, la poussière, lavait les sols, elle peignait les tapis pour enlever toutes les peluches, nettoyait la salle de bain et la cuisine à l'eau de Javel afin que tout soit impeccable. De plus, elle effectuait chaque jour les tâches ménagères dans le même ordre. Et s'il lui arrivait de se sentir anxieuse, elle lavait tout à l'eau de Javel pure pendant des heures, allant même jusqu'à se brûler les mains et à se sentir mal à force d'inhaler le produit. Dans ces périodes, son mari nettoyait alors la cuisine et la salle de bains afin d'éviter de tels comportements de la part de l'assurée. Son mari avait l'habitude de faire les vitres ou de descendre les rideaux pour les laver et les remettre. Quant à l'assurée elle s'occupait de faire les lits chaque matin et de changer régulièrement la literie. En outre, les grands nettoyages étaient effectués de temps en temps avec l'aide de son mari. Après l'atteinte, l'assurée présente une obsession de la propreté et des comportements compulsifs. Elle pourrait nettoyer son appartement pendant toute la journée. D'une part elle dit qu'elle ne commence pas à faire le ménage de peur de vouloir laver chaque objet à l'eau de Javel jusqu'à la perfection et ne plus pouvoir s'arrêter ; d'autre part, elle affirme qu'elle n'a plus l'énergie ni l'envie d'effectuer les tâches ménagères. Elle dit également que sur les conseils de sa psychologue, elle ne fait plus le ménage tous les jours afin de ne pas exacerber ses comportements obsessionnels ; elle fait désormais le ménage courant le week-end avec l'aide de son mari qui est aussi là pour la recadrer si nécessaire. C'est désormais son mari qui passe l'aspirateur et lave les sols la plupart du temps, par exemple. Elle considère alors le fait d'effectuer les tâches ménagères comme une obligation. Toutefois, elle dit faire un peu de rangement chaque jour et, en effet, excepté la vaisselle du petit déjeuner dans l'évier, l'enquêtrice a constaté que l'appartement est impeccable et très bien rangé. Elle ne fait plus le lit le matin car elle a souvent besoin de se recoucher dans la journée, se sentant très fatiguée ; le fait de dormir pendant la journée lui évite d'avoir des pensées récurrentes et lui fait passer ses journées plus rapidement. De plus, elle change maintenant les draps le week-end avec son mari et continue à faire de temps en temps des grands nettoyages avec ce dernier. Emplettes et courses diverses (5.4) : avant l'atteinte, elle faisait les grandes courses une fois par semaine avec son mari. Ils se rendaient en France pour acheter la viande, et ils faisaient le reste des courses en Suisse. Madame prenait alors du plaisir à choisir les produits en fonction des repas qu'elle allait élaborer sur la semaine. Ensuite, ils faisaient les emplettes à tour de rôle pendant la semaine. Madame gérait les factures et les papiers administratifs et se rendait à la poste afin d'effectuer les paiements nécessaires. Depuis l'atteinte, l'assurée continue à faire les grandes courses une fois par semaine avec son mari. Toutefois, c'est maintenant son mari qui prend l'initiative de choisir les aliments en fonction de ce qu'il va cuisiner. Madame ne sort plus jamais seule car elle est sujette à des crises d'angoisse ; le fait de devoir rentrer dans un magasin lui provoque des bouffées d'anxiété. Elle explique que la semaine précédente elle a voulu se rendre dans un magasin de vêtements pour ramener un pantalon trop petit pour son petit-fils ; mais une fois arrivée devant l'entrée de celui-ci, elle ne sentait plus ses jambes, a été prise de maux de tête et n'a pas réussi à pénétrer à l'intérieur. Elle ne fait donc plus d'emplètes et c'est désormais son mari qui les fait en rentrant du travail. Madame continue à trier le courrier et les factures.

Toutefois, en lien avec des problèmes de concentration, elle n'effectue plus les paiements et ne gère plus les papiers administratifs. C'est désormais son mari qui s'en occupe. Lessive et entretien des vêtements (5.5) : avant l'atteinte, dans sa maison au Portugal, elle possédait une machine à laver et à sécher. Elle gérait la lessive de toute la famille. Ensuite elle repassait tout le linge. Cette activité lui prenait environ deux heures, une fois par semaine. En outre, elle effectuait de temps en temps des travaux de couture. Après l'atteinte, actuellement, l'assurée possède une machine à laver et à sécher dans l'appartement et peut également utiliser celle de la buanderie si nécessaire. Elle continue à faire la lessive seule car, en lien avec un comportement obsessionnel, le linge doit être séparé selon certaines couleurs et elle ne peut laisser cette tâche à une tierce personne. De plus, elle lave les vêtements à haute température avec de la Javel pour enlever toute trace éventuelle de saleté et de microbes. Elle n'a plus l'énergie nécessaire pour le repassage. Elle n'arrive pas à maintenir un rythme soutenu et ne peut repasser la totalité du linge en deux heures. Elle repasse alors seulement au jour le jour, les draps, les serviettes ou les vêtements dont son mari et elle-même ont besoin, et laisse le reste du linge s'accumuler. De plus, une fois le linge plié et repassé, elle passe énormément de temps à le ranger. Par ailleurs, elle recommence cette opération jusqu'à ce que les T-shirts soient exactement pliés de la même façon et que la pile de linges soit parfaite, par exemple. En outre elle n'a plus la patience de faire de la couture, d'autant qu'elle dit avoir la vue qui baisse et qu'il lui est difficile de faire des travaux de précision. Soins aux enfants ou autres membres de la famille (5-6) : avant l'atteinte, l'assurée gérait l'éducation de son fils, conjointement avec son époux. Ils avaient une relation difficile avec lui ; il était en rupture scolaire. Au moment de l'atteinte à la santé, son fils avait 17 ans et commençait un apprentissage qu'il avait arrêté assez rapidement. Il restait alors à la maison sans apporter d'aide au niveau des tâches ménagères. Il a quitté le domicile familial en 2009. Étant donné qu'en 2006, au moment de l'atteinte à la santé, son fils était à une année de sa majorité, et du fait qu'il a quitté le domicile familial en 2009, l'enquêtrice précise n'avoir pas tenu compte d'une pondération pour ce champ d'activité. Divers (5.7) : avant l'atteinte, l'assurée avait un bout de terrain au Portugal, dont elle s'occupait.. Depuis l'atteinte, et à présent l'assurée n'a pas de jardin ; elle ne possède ni fleurs ni plantes vertes. Elle n'a pas d'animaux. De plus elle n'est engagée dans aucune activité d'utilité publique. Elle a un petit-fils de 5 ans qu'elle ne garde jamais car cela la fatigue beaucoup. Toutefois aucun empêchement n'est retenu car ce petit-fils est né en 2009, soit trois ans après le début de l'atteinte à la santé. En conclusion, et en résumé : pour ce qui est de la détermination du statut, depuis novembre 2008, l'assurée avait une activité de nettoyage qui correspondait à un taux d'activité de 14 %. Après son licenciement au 30 septembre 2011, malgré son atteinte à la santé, elle a fait des démarches pour rechercher du travail. Elle en a retrouvé en décembre 2011, mais selon ses dires elle n'arrive pas assumer la charge de travail et a ainsi mis fin rapidement à cet emploi. Il lui semble que le taux d'activité qu'elle déployait à ce moment-là devait correspondre à peu près à 14 %. S'agissant des empêchements dans les travaux habituels, les empêchements pondérés dans la sphère ménagère sont de 21.05 %. En lien avec son atteinte à la santé, l'assurée se donne la peine d'effectuer les tâches ménagères avec l'aide de son époux, à son rythme, et de manière fractionnée sur la semaine. Quant à l'exigibilité retenue, elle est de 30 % de la part de son époux. Celui-ci travaille à 100 % avec des horaires fixes et il est présent tous les soirs et toutes les fins de semaine. 14. Le 22 septembre 2014, l'OAI a adressé à la Dresse G\_\_\_\_\_ une copie du rapport d'expertise psychiatrique du 8 mai 2014, de l'avis du SMR du 23 juin 2014 ainsi que du rapport d'enquête ménagère du 8 septembre

2014. Par courrier du 26 septembre 2014, l'OAI a adressé à Pro Infirmis un projet de décision de refus de rente d'invalidité. Par courrier du 6 novembre 2014, l'OAI a notifié à Pro Infirmis la décision de refus de rente d'invalidité. La demande est rejetée. Selon les constatations de l'OAI, l'assuré avait exercé des activités de nettoyeuse à temps partiel, soit en tous 7h40 par semaine auprès de deux entreprises, ce qui détermine un statut mixte avec un pourcentage de 17 % dans la sphère lucrative et de 83 % dans la sphère ménagère. L'empêchement dans la tenue du ménage est de 21 % (21.05 % arrondi à l'unité inférieure). Dans la sphère lucrative, le service médical a admis que l'assurée est atteinte dans sa santé depuis l'année 2006 et qu'elle est actuellement dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité lucrative. Le degré d'invalidité dans ces deux domaines est donc le suivant :

Activité	Part	Empêchement %
Activité lucrative	17 %	83 %
Ménage	83 %	17 %
Total	100 %	21 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Par courrier daté du 4 novembre 2014 et reçu le 10 par l'OAI, l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés a informé l'OAI de sa constitution pour la défense de l'intéressée, sollicitant la communication sans délai de la copie de la décision définitive si elle avait déjà été rendue. Elle indiquait d'ores et déjà que l'assurée contestait catégoriquement les conclusions de l'OAI, singulièrement les résultats de l'enquête ménagère. Le 11 novembre 2014, l'OAI a adressé à la mandataire de l'assurée le CD-ROM du dossier. Par mémoire daté du 4 décembre 2014 et posté le 5, l'assurée, agissant par son mandataire, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision de l'OAI du 6 novembre 2014. Elle conclut à l'annulation de la décision entreprise et à ce que lui soit reconnu le droit à une rente entière d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 78 %, ainsi qu'à l'octroi de dépens équitables. L'intimé a procédé à une évaluation erronée de la capacité de la recourante à exécuter les tâches ménagères : c'est à tort que l'enquêtrice ménagère a retenu une exigibilité de 30 % de l'époux. En effet, celui-ci travaille toute la journée sur les chantiers. Il s'agit d'un travail très pénible. Ainsi l'exigibilité retenue est excessive et ne devrait pas dépasser 15 %. L'évaluation du taux d'empêchement est elle aussi erronée : la recourante présente en effet une fatigabilité importante et une clinophilie, avec une incapacité à faire face à des tâches simples du quotidien, pour lesquelles elle dépend de son mari. Souvent elle ne parvient pas à se lever du lit et passe ses journées allongée. Les experts psychiatres ont en effet retenu au titre de diagnostics, outre le trouble dépressif sévère avec syndrome psychotique, un trouble obsessionnel-compulsif, avec des comportements rituels au premier plan. Il en résulte qu'elle ne parvient au mieux, par exemple, qu'à nettoyer deux meubles en une journée ; elle évite de dormir dans son lit pour ne pas le salir. Elle est lente dans l'exécution d'une tâche, en raison de son ralentissement psychomoteur et de son incapacité à contrôler ses comportements compulsifs. Elle ne parvient pas à terminer ses tâches dans le temps imparti, passant son temps à nettoyer sans cesse le même objet, dans l'incapacité de passer au suivant. Ainsi l'enquêtrice n'a pas pris en compte les limitations réelles auxquelles la recourante se heurte, ses limitations ayant été attestées par les experts. Une part de la capacité de travail retenue dans l'activité ménagère ne correspond pas à la réalité, de sorte que les taux retenus apparaissent comme arbitraires, comme une émanation d'un avis personnel. L'enquêtrice n'avait pas non plus les compétences pour fixer elle-même une capacité de travail en fonction de critères qui lui sont propres. Ce rapport ne répond pas aux exigences jurisprudentielles fédérales, le rapport devant tenir compte des indications de la personne concernée, son contenu être plausible et

correspondre aux indications relevées sur place. Il en va ainsi de la conduite du ménage (5.1), de l'alimentation (5.2), de l'entretien du logement (5.3), des emplettes et courses diverses (5.4), de la lessive et l'entretien des vêtements (5.5), de sorte qu'au final, en tenant compte d'une exigibilité réduite à 15 %, le taux d'invalidité découlant de l'enquête ménagère, compte tenu des limitations qui devront être augmentées, devra s'établir à 73.6 %, ce qui, rapporté au taux retenu de 83 % pour les seules activités ménagères, représente un taux d'invalidité de 61 % sur l'ensemble (100 %). Ce taux, ajouté aux 17 % d'invalidité retenus au titre de l'activité professionnelle, porte le taux total d'invalidité à 78 %, ouvrant ainsi un droit à une rente entière d'invalidité. Les arguments développés à cet égard par la recourante seront repris en tant que de besoin dans la discussion. 20. L'intimé s'est déterminé par courrier du 27 janvier 2015. Il conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Les conditions dans lesquelles l'enquête ménagère s'était déroulée répondent pleinement aux exigences posées par la jurisprudence. L'évaluation par l'enquêtrice des empêchements rencontrés par l'assurée se fonde sur les déclarations de l'intéressée, consignées dans le rapport d'enquête économique sur le ménage. Celles-ci ont été d'ailleurs signées par l'intéressée. L'enquête repose ainsi dans une large mesure sur les comportements ainsi que les déclarations de l'assurée. Quant à l'exigibilité de l'époux, selon la jurisprudence, l'aide des membres de la famille va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé. Aucun élément du dossier ne donne à penser que l'aide du mari de l'assurée, par ailleurs dans une mesure que l'on ne saurait considérer comme déraisonnable, serait contraire à la jurisprudence applicable en la matière. Quant aux empêchements dans la sphère ménagère, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. 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. La capacité d'accomplir les travaux habituels se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assurée à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage. La tenue d'un ménage privé permet d'ailleurs des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propre à l'exercice similaire dans un contexte professionnel. Compte tenu également de l'obligation de l'assurée de réduire le dommage, elle est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence, de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. La recourante ne conteste pas la pondération des champs d'activité effectuée par l'enquêtrice, mais elle revendique pour pratiquement tous les postes un empêchement de 100 % duquel elle déduit une exigibilité de 15 % (au lieu de 30 % retenus dans la décision entreprise) pour l'aide apportée par le mari. Une telle approche ne saurait être suivie. La réponse aux arguments de la recourante, par rubrique, sera reprise dans la mesure utile, dans la discussion du recours. 21. La recourante a brièvement répliqué, par courrier du 20 février 2015 : elle persiste dans ses conclusions. S'agissant de l'exigibilité de l'époux, l'intimé ne se prononce pas sur les arguments de la recourante, en particulier sur l'activité pénible déployée par l'époux, à savoir toute la journée sur les chantiers. L'enquête ménagère ne tient pas compte de cet élément pour motiver le taux d'exigibilité retenu, ce qui conduit indéniablement à considérer qu'elle ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels. S'agissant

des empêchements dans la sphère ménagère, l'intimé se contente de citer des passages du rapport d'enquête pour justifier des taux d'empêchements retenus. Il ne s'explique pas sur les divergences existantes entre les constatations médicales et le résultat de l'enquête, pourtant soulevé de manière détaillée par la recourante dans son écriture du 4 décembre 2014. À titre exemplatif, l'enquête ne tient pas compte du diagnostic de personnalité dépendante retenue par les experts.!

22. L'intimé a lui aussi brièvement dupliqué : il persiste dans ses conclusions. S'agissant de l'exigibilité de l'époux, la recourante conteste le taux retenu, alors qu'il ressort de ses propres déclarations que le mari organise les repas et cuisine ; il aide pour mettre et débarrasser la table ; il a l'habitude de faire les vitres, descendre les rideaux pour les laver et les remettre ; il fait les courses en rentrant du travail, ... L'enquête à domicile a permis de constater que lesdites tâches ménagères étaient effectivement assumées par le mari de la recourante, aucun élément objectif ne permettant de retenir que celui-ci ne pourrait pas les assumer. Rien ne permet de considérer que les tâches ménagères constituent pour l'époux une charge excessive au sens de la jurisprudence.!

23. Sur quoi les parties ont été informées que la cause était 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<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).!

2. 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. !

3. Le litige porte sur la question de savoir si l'assurée a droit à une rente d'invalidité entière fondée sur un taux d'invalidité de 78 %, comme le prétend la recourante, ou si au contraire c'est à juste titre que l'intimé a refusé le droit à toute rente, retenant un taux d'invalidité de 34 %.!

4. 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<sup>er</sup> janvier 2008).!

5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.!

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et

ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). Selon la directive de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), en principe, le taux d'invalidité sera établi sur la base d'une comparaison des revenus. Ce n'est que lorsqu'une détermination selon cette méthode s'avère impossible que l'on en choisira une autre (ch.3002). La loi ne connaît pas d'autres systèmes d'évaluation, tels que l'appréciation médico-théorique (tables d'invalidité). Ceux-ci ne sont donc pas admis [RCC 1967 p. 83, 1963 p. 222, 1962 p. 125 et 483] (ch. 3003). Il n'est pas permis – exception faite d'une situation claire (p. ex. en cas d'incapacité de travail totale) – de fixer sans autre un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail retenue par les médecins (RCC 1962 p. 441). L'office AI doit toujours examiner si, et au besoin dans quelle mesure, la capacité de travail résiduelle est utilisable au mieux et quel revenu pourrait ainsi être réalisé dans l'accomplissement des travaux raisonnablement exigibles (activité lucrative). De même, lorsque la méthode spécifique est appliquée, c'est la comparaison concrète des champs d'activités et non pas l'appréciation de l'incapacité de travail faite par les médecins qui est prépondérante (ch. 3004).

6. 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).

7. 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).

8. 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).

Un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 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). Ils 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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_58172007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).!

9. 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).!> On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).!

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les

plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).!endif>![if> 12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).!endif>![if> 13. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPG), 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).!endif>![if> 14. 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 LPG). 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 LPG et 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPG).!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). 15. 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 ).

![[endif]]>![if> Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93 ) une telle enquête a valeur probante. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). En règle générale, les travaux habituels, par exemple les tâches ménagères, se distinguent des activités lucratives par le fait qu'ils peuvent être exécutés par étapes et organisés librement. Ils peuvent certes demander plus de temps, mais l'assuré doit, dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage, faire ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour améliorer sa capacité de travail. Si certaines tâches ménagères sont beaucoup plus longues à accomplir ou demandent beaucoup d'efforts, il faut en premier lieu réorganiser le travail et recourir à l'aide des membres de la famille. La jurisprudence fixe les limites de ce qui est exigible à titre d'aide des membres de la famille. Cette forme de réduction du dommage ne peut plus être exigée, dès lors que l'accomplissement des travaux ménagers oblige à rémunérer des tiers ou représente pour les membres de la famille une perte de revenu ou un fardeau trop pesant. Toutefois, l'aide des membres de la famille dont il faut tenir compte pour évaluer le taux d'invalidité est plus substantielle que celle qu'on attendrait normalement en l'absence d'une atteinte à la santé, car il faut se demander comment s'organiserait une communauté familiale raisonnable si elle ne pouvait pas prétendre à des prestations d'assurance. Une partie de la doctrine critique ce fait. Si le calcul du taux d'invalidité résultant de la comparaison des types d'activité ou de l'application de la méthode mixte est souvent considéré comme étant plus restrictif, cela s'explique par la plus grande liberté dans l'aménagement de l'horaire de travail et par l'aide fournie par les proches tenus au devoir d'assistance, deux éléments qui permettent de compenser quelque peu les limitations causées par l'atteinte à la santé. Des mesures de réduction du dommage adéquates peuvent ainsi pallier en partie les effets de ces limitations. (Assurance-invalidité : évaluation du taux d'invalidité les personnes travaillant à temps partiel - rapport du Conseil fédéral du 1er juillet 2015 en réponse au postulat de Jans Beat du 28 septembre 2012 - et références citées p. 12 et 13) 16. Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et

suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). 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). 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 recourt, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4). 17. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG. 18. Selon l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). 19. Le résultat exact du calcul doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3, modifiant la jurisprudence publiée aux ATF 127 V 129, consid. 3). 20. Dans le cas d'espèce l'intimé a retenu, un statut mixte à l'assurée, de 17 % pour la sphère lucrative et de 83 % pour la sphère ménagère, la question n'étant pas litigieuse. Pour la sphère lucrative, sur la base de l'avis du SMR qui a adopté les conclusions de l'expertise psychiatrique, aux termes desquelles l'assurée est atteinte dans sa santé depuis l'année 2006, et se trouve dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité lucrative, y compris dans une activité adaptée, l'OAI a donc retenu un taux d'incapacité et de travail de 100 %, et déterminé sans procéder à la comparaison des revenus le taux d'invalidité pour cette part à 17 %, ce qui est conforme au principe rappelé ci-dessus, notamment au ch.3004 CIIAI, lequel vise précisément ce cas de figure où l'OAI peut fixer sans autre un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail retenue par les médecins. La recourante fait grief à l'intimé d'avoir évalué de façon inexacte la capacité de la recourante à exécuter les tâches ménagères, d'une part en retenant à tort une exigibilité de 30 % de l'époux, au motif que celui-ci travaille toute la journée sur les chantiers, et qu'il s'agit d'un travail très pénible; d'autre part en sous-évaluant le taux d'empêchement retenu dans la plupart des domaines d'activité examinés. a) La recourante prétend que l'enquêtrice a retenu une part de capacité de travail dans l'activité ménagère qui ne correspond pas à la réalité, y compris celle qu'elle décrit elle-même, de sorte que les taux retenus apparaissent comme arbitraires. L'enquêtrice n'aurait pas su prendre en compte les limitations réelles auxquelles se heurte la recourante, selon ce que les experts psychiatres ont retenu. Elle en déduit que le rapport d'enquête ménagère ne correspond pas aux exigences jurisprudentielles. On rappellera à cet égard qu'en règle générale le rapport d'enquête ménagère constitue une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré

par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Contrairement à ce que soutient la recourante, et comme cela a été rappelé dans l'exposé des faits ci-dessus, l'enquête ménagère a été menée par une personne qualifiée dans ce genre d'enquête, qui a consigné de manière très complète les informations données sur place par la recourante, soit par ses déclarations, soit par son comportement, ceci en présence d'une collaboratrice interprète de la Croix-Rouge. Nombre de détails mentionnés dans ce rapport ne peuvent d'ailleurs provenir que des déclarations de l'assurée, dès lors qu'ils ne se retrouvent nulle part ailleurs dans le dossier, le tout sous le contrôle de la traductrice présente. Contrairement à ce que prétend la recourante, la prise en compte des handicaps et des empêchements résultant des diagnostics médicaux, n'a pas été négligée; l'enquêtrice a du reste consigné dans le rapport la liste des diagnostics retenus, après avoir pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier au jour de l'examen. Elle précise d'ailleurs qu'il s'agit d'une liste non-exhaustive des principaux diagnostics, les éléments retenus par le SMR faisant foi. Tout autre est en revanche le poids que la recourante voudrait donner à certains aspects de l'expertise médicale : elle perd de vue en effet la différence qu'il convient de retenir selon que l'on examine les atteintes à la santé, - sur le plan psychique en particulier -, dans le contexte d'une activité professionnelle ou au contraire dans le cadre des tâches ménagères dans le propre foyer de l'assurée, comme on le verra ci-après. b) S'agissant du taux d'exigibilité retenu par rapport à l'aide apportée par le mari, les 30 % retenus apparaissent non seulement conformes à ce que la jurisprudence permet d'exiger de la part de l'entourage de la personne atteinte dans sa santé, mais ils correspondent au degré de vraisemblance prépondérante à l'aide effective apportée par le mari de la recourante. Aucun élément du dossier, et de l'enquête ménagère en particulier, ne permet de retenir que les efforts fournis par l'époux seraient au-dessus de ses forces ou capacités. Il est constant que l'époux travaille à plein temps pendant la journée en tant qu'ouvrier sur un chantier, métier très physique, mais cela ne l'a jamais empêché d'aller faire les courses, en semaine, après son travail, et d'accomplir les tâches ménagères décrites par l'assurée, de retour à la maison ou pendant le week-end. À cela s'ajoute encore qu'à l'époque où la recourante exerçait encore une activité lucrative dans le ménage, non seulement il l'aidait déjà dans les tâches ménagères, mais il allait encore faire les travaux de nettoyage professionnel de son épouse, à sa place, ce qui a d'ailleurs conduit au licenciement de la recourante. Ceci selon les propres explications de l'intéressée dans le cadre de l'enquête ménagère, déclarations qu'elle n'a nullement remises en cause. Or, depuis fin septembre 2011, époque du licenciement de la recourante, son mari n'a plus la charge de ce travail supplémentaire. Ce grief est dès lors mal fondé. c) S'agissant des taux d'empêchements retenus, par champ d'activité, la recourante fait grief à l'intimé, respectivement à l'enquêtrice, d'avoir très largement sous-évalué les empêchements retenus, considérant que pour la plupart des domaines concernés, l'empêchement aurait dû être de 100 % : - conduite du ménage (5.1) : la recourante conteste le taux d'empêchement de 50 % retenu pour ce poste. Elle fait valoir qu'elle ne s'occupe plus que du tri et du lavage du linge. Cela ne suffit pas à justifier, selon elle, une exigibilité de sa part de 50 %, ceci dans la mesure où, comme le retient l'expertise médicale elle est dépendante des autres pour toutes les décisions importantes de sa vie et présente une soumission excessive à leur volonté. Elle ne parvient pas à prendre des initiatives sans être encouragée par les autres. Dans cette mesure l'assurée n'est plus à même d'organiser, de planifier, de répartir le travail et le

contrôler, et ce même à 50 %. Or, la référence à la dépendance aux autres, et au fait qu'elle ne prenne pas des initiatives sans être encouragée par les autres, est ici sans pertinence. Si cet aspect peut avoir une importance dans le contexte d'une activité professionnelle, il en va différemment dans l'organisation quotidienne des tâches ménagères dans son propre foyer : l'enquêtrice n'a au demeurant pas négligé cet élément mis en évidence par les experts: son rapport, basé sur les déclarations de l'assurée, mentionne qu'elle n'arrive plus à planifier seule l'entretien du logement. Elle ne prend plus d'initiatives et se repose sur son mari. Toutefois, elle organise, par habitude, certaines tâches ménagères comme le ménage ou la lessive et peut demander de l'aide à son mari si nécessaire. La chambre de céans constate toutefois, en relation avec l'importance que la recourante voudrait donner à l'incidence du diagnostic de trouble de personnalité dépendante sur sa capacité à effectuer les tâches ménagères, que l'expert a expressément précisé (rapport d'expertise p. 11): « Nous retenons un diagnostic de trouble de personnalité dépendante en raison de la soumission excessive de l'expertisée à la volonté de son entourage, de son incapacité à faire des demandes et à prendre des décisions dans la vie quotidienne, ainsi que son sentiment de malaise et de peur dès qu'elle est seule. Ce trouble accentue le manque de motivation et de prise d'initiative que l'expertisée présente dans le cadre de son trouble dépressif. Cependant nous considérons que le trouble de personnalité dépendante en soi n'a pas d'impact sur la capacité de travail. » L'expert psychiatre retient en revanche dans la partie status clinique que l'assurée est autonome par rapport aux tâches basiques du quotidien, hormis les jours où elle ne parvient pas à quitter son lit. Retenir, comme le souhaite la recourante, un empêchement de 100 % dont à déduire 15 % d'exigibilité seulement, pour aboutir à un taux d'invalidité, pour cette activité-là, de 2.55 % ne se justifie nullement. C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu un empêchement de 50 % pour ce poste. Compte tenu de l'aide exigible de 30 % de son époux on obtient un taux d'empêchement de 20 %. En appliquant la pondération (champ d'activité) de 3 %, on obtient 0.6 %. Conformément à la jurisprudence susmentionnée, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater, ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête. Tel n'est pas le cas en l'espèce. - alimentation (5.2) : là encore, la recourante considère que l'on aurait dû retenir un empêchement de 100 % sous imputation d'une exigibilité de 15 % déterminant ainsi un taux d'invalidité pour ce poste de 42.5 %. Elle fait valoir qu'elle ne prépare plus de repas, ne cuisine plus, ne sert pas les repas, ne fait pas la vaisselle, ne nettoie pas la cuisine, ne s'occupe pas des provisions (c'est en effet son mari qui choisit les aliments en fonction de ce qu'il va cuisiner) autrement dit, elle n'effectue aucune des tâches énumérées à ce chapitre, hormis, uniquement lorsqu'elle n'est pas trop fatiguée, l'essuyage de la vaisselle du soir. Or, selon le rapport d'enquête, toujours fondé sur les déclarations de l'assurée, elle se prépare un petit déjeuner... Aide à la préparation du souper mais ne prend aucune initiative... Elle met la table et débarrasse la table avec son mari... L'intimé a retenu un empêchement de 60 % pour ce poste. Compte tenu de l'aide exigible du mari de 30 % on obtient un taux d'empêchement de 30 %. En appliquant la pondération (champ d'activité) de 50 % on obtient un taux d'invalidité de 15 %. Une fois encore, les chiffres proposés par la recourante ne sont pas justifiés, et l'on ne saurait s'écarter des conclusions du rapport d'enquête, qui apparaissent cohérentes. - entretien du logement (5.3) : pour ce poste, la recourante, sans le justifier, considère que l'on aurait dû retenir un empêchement de 95 % au minimum ce qui, compte tenu d'une exigibilité de 15 % déterminerait avec la pondération un taux d'invalidité de 15.2 %. Elle fait valoir qu'en raison de ses troubles compulsifs, l'intéressée est incapable

de faire le ménage, se bornant à passer par exemple toute une matinée à nettoyer le même meuble, ou à frotter quelques cuillères, sans pouvoir s'arrêter. Mais cette forme de capacité d'action n'est pas régulière. En raison de sa fatigabilité, de son état dépressif et de sa clinophilie, elle est souvent incapable de faire quoi que ce soit et reste au lit. Il en résulte que l'assurée ne fait plus réellement le ménage, hormis durant les week-ends avec l'aide de son mari. Mais cette part, qu'elle ne peut exécuter qu'irrégulièrement selon son état de fatigue est déjà prise en compte dans l'exigibilité de l'époux puisque sa supervision est indispensable. Or, il ressort de l'expertise psychiatrique, dans la partie status clinique, que l'assurée présente des comportements compulsifs récurrents, notamment liés à la propreté, avec comme conséquence de passer beaucoup de son temps à nettoyer son appartement et le linge, sans parvenir à limiter ce besoin... Elle est autonome par rapport aux tâches basiques du quotidien, hormis les jours ne parvient pas à quitter le lit... L'enquêtrice a tenu compte de l'expertise psychiatrique et a retenu que l'assurée présente une obsession de la propreté et des comportements compulsifs. Elle pourrait nettoyer son appartement toute la journée... Toutefois Madame dit faire un peu de rangement chaque soir et, en effet, excepté la vaisselle du petit déjeuner qui est dans l'évier, l'appartement est impeccable et très bien rangé... Dès lors, afin de tenir compte des limitations de l'assurée notamment de ses troubles obsessionnels compulsifs un empêchement de 45 % a été retenu pour ce poste. Compte tenu de l'aide exigible de 30 % de son époux on obtient un taux d'empêchement de 15 %. En appliquant la pondération (champ d'activité) de 19 % on obtient 2.85 %. Là encore, les chiffres retenus dans l'enquête ménagère apparaissent cohérents, les conclusions sont motivées et sont corroborées par les constatations faites sur place au sujet de l'état de l'appartement. Les chiffres proposés par la recourante ne sont pas justifiés, et il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'enquête ménagère sur ce point non plus. - Emplettes et courses diverses (5.4) : une fois encore, la recourante considère qu'un empêchement de 100 %, sous imputation d'une exigibilité de seulement 15 %, devrait être retenu et conduire à un taux de 6.8 % d'invalidité pour ce poste, compte tenu de la pondération. Se fondant sur les constatations de l'enquêtrice, la recourante observe qu'elle ne sort plus jamais seule. Certes, elle accompagne encore son mari une fois par semaine pour les grandes courses, mais c'est ce dernier qui prend l'initiative de choisir les aliments en fonction de ce qu'il va cuisiner. Sa présence n'est ainsi pas nécessaire à son époux et cette tâche est déjà comprise dans l'exigibilité retenue. Elle remarque que c'est d'ailleurs lui qui fait les petites courses après son travail. S'agissant des papiers administratifs, elle ne les gère plus et n'effectue plus les paiements en raison de ses problèmes de concentration. Selon l'enquêtrice, la recourante continue à trier le courrier : le conseil de la recourante voit mal à quoi cela peut correspondre, les tâches administratives, les factures et les paiements étant assumés par son mari. Selon le rapport d'enquête, toujours basé sur les déclarations de l'assurée, celle-ci continue à trier le courrier et les factures et à faire les grandes courses une fois par semaine avec son époux. Certes, la contribution de la recourante apparaît modeste, dans ce contexte, mais les activités concernées le sont également, comme le montre le taux de pondération de 8 %. L'empêchement retenu de 50 % ne paraît pas injustifié, et ainsi, on ne saurait remettre en cause les chiffres retenus par l'enquête ménagère, soit compte tenu de l'exigibilité de 30 % un taux d'empêchement de 20 %. En appliquant la pondération (champ d'activité) de 8 %, on obtient 1.6 %. - Lessive et l'entretien des vêtements (5.5) : la recourante admet que c'était elle qui procède au tri du linge et qui le lave. Elle n'est toutefois plus à même de le repasser, laissant s'accumuler ce qui n'est pas urgent. Elle met des heures à ranger ; elle ne fait plus de couture. Selon elle, il apparaît très clairement des constatations de l'enquêtrice que son mari

n'est pas en mesure de se substituer à elle pour l'entretien du linge. Elle suggère que cette partie des tâches ménagères échappe aux compétences d'un époux travailleur de force sur les chantiers, ceci pour en déduire l'exclusion de toute exigibilité de la part de dernier. Retenant l'empêchement pris en compte par l'enquêtrice, soit de 35 %, et excluant toute exigibilité, elle considère que le taux d'invalidité, compte tenu de la pondération serait, pour cette rubrique, de 6.65 %. Il ressort de l'enquête à domicile que l'assurée continue à faire la lessive seule car, en lien avec un comportement obsessionnel, le linge doit être séparé selon certaines couleurs, et elle ne peut laisser cette tâche à une tierce personne.... Elle n'arrive pas à maintenir un rythme soutenu et ne peut repasser la totalité du linge en deux heures... Elle repasse alors seulement au jour le jour, les draps, les serviettes ou les vêtements dont son mari et elle-même ont besoin, elle laisse le reste du linge s'accumuler. De plus, une fois le linge plié et repassé, Madame passe énormément de temps à le ranger. Par ailleurs elle recommencera cette opération jusqu'à ce que les T-shirts soient exactement pliés de la même façon et que la pile de linge soit parfaite, par exemple. Il ressort donc des constatations de l'enquêtrice que, dans ce domaine, en lien avec un comportement obsessionnel, la recourante effectue l'essentiel de ces tâches ménagères, certes à son rythme, différent, selon elle, de l'époque ayant précédé l'atteinte à la santé. Toutefois, comme le rappelle la jurisprudence, les exigences de rendement dans le cadre de l'exécution des tâches du propre ménage de l'assuré ne sont pas les mêmes que celles inhérentes à une activité professionnelle, fût-elle semblable. Dans ce contexte, l'assuré est tenu d'organiser son travail à son rythme, notamment par rapport à son obligation de diminuer le dommage, même si cela devait lui prendre plus de temps que s'il disposait de sa pleine capacité. C'est bien ce dont il s'agit ici, et au vu des constatations de l'enquêtrice, sur place, par rapport à la tenue du ménage, et de l'ordre qu'elle y a constaté, mais également en relation avec les remarques consignées dans le cadre plus général de la conduite du ménage, la recourante fait également appel à son mari, dans le domaine analysé ici. L'enquêtrice a retenu un empêchement de 35 %, compte tenu de l'exigibilité globale de son époux de 30 %, ce qui tient compte dans une large mesure des difficultés rencontrées par l'assurée. L'argument de la recourante consistant à nier l'exigibilité, pour ce qui est des tâches de lessive et d'entretien du linge, au motif que l'époux serait un travailleur de force sur les chantiers ne résiste pas non plus à l'examen. On voit mal en effet en quoi un travailleur de force sur les chantiers ne serait pas à même d'apporter son aide, à la maison, à son épouse, concernant la lessive ou l'entretien du linge. Le même raisonnement pourrait être tenu pour d'autres domaines, comme celui de la préparation des repas par exemple, ou encore la gestion de tâches administratives. Le taux de 35 % d'empêchement retenu par rapport à ce champ d'activité tient compte, selon les explications de l'intimé, du taux d'exigibilité de 30 %, global, à l'égard du mari ; il apparaît dès lors à tout le moins équitable, compte tenu de ce qu'en définitive, malgré le fait que la recourante explique ne plus être à même de maintenir un rythme soutenu pour effectuer le repassage de la totalité du linge en deux heures, privilégiant ce qui est urgent, elle finit tout de même par s'acquitter de cette tâche, même en différé. C'est très précisément ce que la jurisprudence attend de l'assuré dans le cadre de son obligation de diminuer le dommage. En retenant ainsi un empêchement de 35 % qui, compte tenu de l'exigibilité de 30 % aboutit à un taux de 5 % avec exigibilité, et compte tenu de la pondération du champ d'activité de 20 %, à un taux d'invalidité de 1 %, la chambre de céans estime que l'enquêtrice n'a pas excédé dans son pouvoir d'appréciation, le rapport d'enquête étant cohérent sur ce point également. Au vu de ce qui précède, le texte du rapport d'enquête ménagère apparaît plausible ; il est motivé et rédigé de manière

suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, et correspond aux indications relevées sur place. Il n'y a pas de divergences entre les résultats de l'enquête sur le ménage et les constatations d'ordre médical, contrairement à ce que soutient la recourante. Les empêchements retenus dans l'enquête ménagère tiennent compte, dans une mesure adéquate, de l'atteinte à la santé de l'assurée, eu égard à l'aide apportée par son mari. Il peut ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante. En tous points mal fondé, le recours est rejeté. 21. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, prévoyant que la procédure devant la chambre de céans est gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA), l'art. 69 al. 1 bis LAI prévoit que la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances [soit, dans le canton de Genève, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ)] est soumise à des frais de justice, dont le montant doit se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (cf. aussi art. 89H al. 4 LPA).

En l'espèce, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante. 22. Il n'y a pas lieu d'allouer d'indemnité de procédure à la recourante, dès lors que cette dernière n'obtient pas gain de cause (art. 89H LPA).

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.**

La greffière Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le