

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1261/2010

ATAS/557/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 25 mai 2010**

En la cause

Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée à BERNEX, représentée par  
CARITAS GENEVE M. T \_\_\_\_\_

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI ET  
Patrick MONNEY, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame S\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1961, est arrivée en Suisse en 1984, originaire de Thaïlande. Elle est mariée et a deux enfants, nés en 1989 et en 1993. Elle travaille depuis 1986 en qualité de trieuse et codeuse auprès de X\_\_\_\_\_ à un taux d'activité de 53,57%.
2. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité pour adultes le 16 septembre 2008, faisant valoir qu'elle souffre d'une maladie hépatique depuis le 31 août 2007, date de découverte de la maladie. Elle est incapable de travailler à 100% depuis cette date, sauf une courte période où l'incapacité de travail était de 50%, entre le 3 et le 16 septembre 2008.
3. Selon les indications communiquées par l'employeur, le 25 septembre 2008, l'assurée travaille 22,5 heures par semaine depuis 1986. L'horaire normal de l'entreprise est de 42 heures par semaine. Le salaire brut de l'assuré est de 36'170 fr. par an en 2008. Les taux d'incapacité de travail mentionnés ci-dessus sont confirmés.
4. Selon le rapport médical du 1er octobre 2008 du Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie, l'assurée est incapable de travailler à 100% depuis le 31 août 2007, en raison d'une fatigabilité excessive due aux médicaments.
5. Selon le questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré du 21 octobre 2008, l'assurée a indiqué qu'elle n'a jamais travaillé à plein temps, qu'elle travaille à temps partiel depuis 1986, par obligation familiale et parce que cette réduction est imposée par l'employeur. Elle précise qu'elle a envisagé d'augmenter son taux d'activité, pour financer les études de son fils et aider son mari qui a une baisse de salaire, suite à la faillite de Swissair.
6. Selon le rapport d'évaluation de l'OAI du 17 novembre 2008, suite à un entretien avec l'assurée le 15 octobre 2008, la tentative de reprise de travail à 50% le 3 septembre 2008 a été un échec. L'assurée aime son travail chez X\_\_\_\_\_ et espère qu'elle pourra le reprendre dès qu'elle ira mieux. Depuis la maladie, l'assurée a besoin de beaucoup de repos, elle s'occupe comme elle peut de sa maison et pratique la marche lorsqu'elle n'est pas trop fatiguée. Compte tenu de son état de santé et de la fatigue extrême, l'assurée est incapable d'entreprendre une quelconque activité professionnelle ou un stage actuellement.
7. Selon le rapport médical du Dr A\_\_\_\_\_ du 16 janvier 2009, l'état de santé est stationnaire, la capacité de travail est nulle et une reprise du travail à 50% est prévue dès que possible. L'assurée présente un état dépressif réactionnel.

8. Par décision du 29 janvier 2009, X\_\_\_\_\_ Suisse a résilié les rapports de travail de l'assurée avec effet au 31 août 2009.
9. Selon l'avis médical du Service médical régional (SMR) du 24 février 2009, le Dr A\_\_\_\_\_ aurait indiqué par téléphone qu'il y a un léger mieux, malgré la fatigue. Une reprise à 50% sera possible prochainement.
10. Par communication du 3 mars 2009, l'OAI indique à l'assurée qu'il n'y a pas de mesures professionnelles possibles actuellement.
11. Selon le rapport médical du Dr A\_\_\_\_\_ du 29 avril 2009, l'état est stationnaire, la capacité de travail est nulle, la reprise du travail n'est pas envisageable car il n'y a pas d'évolution favorable pour l'instant.
12. L'assurée a été soumise à un examen médical interdisciplinaire (médecine interne et psychiatrique) auprès du Centre d'expertise médicale (Cemed). Selon le rapport d'expertise du 23 septembre 2009, le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail est une hépatite B chronique traitée par Baraclude. L'assurée souffre d'hypertension artérielle sans répercussion sur la capacité de travail et aucun diagnostic psychiatrique n'est posé. Le rapport résume les documents médicaux mis à disposition, procède à une anamnèse détaillée, prend note des indications de l'assurée. En particulier, l'anamnèse professionnelle précise que le travail était effectué en position assise. La tentative de reprise a échoué en raison de la fatigue. Auparavant, elle s'occupait de tout le ménage elle-même et des enfants. Le ménage se répartit maintenant sur toute la famille. L'assurée ne repasse plus du tout, passe rarement l'aspirateur et ne fait que de petites courses. Un examen clinique a été fait le 24 juin 2009, ainsi que des examens sanguins. Les experts ont procédé à une appréciation du cas. Ils concluent que tant l'hépatite B chronique que le traitement antiviral sont susceptibles de causer de la fatigue. Dans l'état actuel des connaissances, l'assurée est susceptible de devoir prendre un médicament antiviral à vie. La situation médicale est améliorée par rapport à 2007, avec une normalisation, l'absence de syndrome inflammatoire et une virémie indétectable. L'assurée présente une fatigabilité augmentée dans toute activité. La durée et l'intensité de la symptomatologie présentée ne parlent pas en faveur d'un diagnostic de dépression et la fatigue importante décrite est liée à l'hépatite. Les experts concluent que la capacité de travail était de 0% en 2007 et de 50% dès 2009. La situation devra être réévaluée dans deux ans.
13. Un rapport médical du 6 juillet 2009 du Dr A\_\_\_\_\_ est annexé au rapport d'expertise. Selon ce médecin, l'assurée présente une hépatite virale qualifiée de sauvage. Malgré des facteurs de mauvais pronostic, un traitement d'Interféron est mis en place. Il prend fin en janvier 2008, en raison de la persistance de la virémie après six mois de traitement. Un traitement de Sebivo est décidé. En juillet 2008, malgré la bonne réponse virologique au Sebivo, les divers médecins consultés

optent pour un traitement de Baraclude, en raison de l'asthénie intense attribuée au Sebivo. De plus le taux d'échappement au traitement est de 17% à deux ans déjà, avec le Sebivo. Le Baraclude, commencé en octobre 2008, permet une disparition de la virémie, au prix d'une très grande fatigue dont la nature exacte est difficile à déterminer. Le traitement est donné aussi longtemps que nécessaire, voire à vie. Le seul élément susceptible de modifier l'attitude serait la négativation de l'antigène, très peu probable. Si une séroconversion est obtenue, le traitement sera continué 6 à 12 mois, avant de tenter un sevrage médicamenteux. Les éléments médicaux objectifs permettant d'expliquer la fatigue sont nombreux, à savoir la présence d'une fibrose avancée et possiblement la prise de Baraclude, mais celui-ci n'est pas connu pour occasionner plus de fatigue que les autres nucléosides.

14. Le rapport du 14 janvier 2010 de la doctoresse B\_\_\_\_\_, du SMR reprend les conclusions des experts. Elle retient une incapacité de travail à 100% du 31 août 2007 au 31 décembre 2008, puis de 50% dès le 1er janvier 2009. Sur cette base, par projet de décision du 15 janvier 2010, l'OAI envisage de refuser des mesures professionnelles et une rente. L'assurée fait valoir, le 21 janvier 2010, qu'elle n'est pas satisfaite du projet négatif.
15. Par décision du 25 février 2010, l'OAI rejette la demande d'octroi d'une mesure professionnelle et d'une rente.
16. Par acte du 12 avril 2010, l'assurée recourt contre la décision, reçue le 5 mars 2010. Elle fait valoir qu'elle travaille à 53%, non par choix personnel mais parce que son employeur ne pouvait pas lui proposer autre chose. Elle a souvent requis la possibilité d'augmenter les heures de travail, pour les études de son fils et compenser la baisse de salaire de son mari, suite à la faillite de Swissair. D'une part, l'OAI aurait dû analyser son taux d'invalidité domestique. D'autre part, l'incapacité de travail est de 100%. Elle conclut ainsi à l'octroi de prestations d'invalidité.
17. Par pli du 10 mai 2010, l'OAI conclut au rejet du recours. Le statut de l'assurée est mixte, sur la base de sa situation concrète. Compte tenu du fait que l'assurée présente une capacité de travail de 50% dans toute activité à plein temps et du statut mixte avec une part de 53% dans la sphère lucrative, il n'en résulte aucune perte de gain. Au vu du statut retenu, une enquête ménagère ne s'avère pas nécessaire. De plus, même en effectuant une enquête ménagère qui tiendrait compte de l'aide des proches, le degré d'invalidité globale obtenue serait insuffisant pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité.
18. La cause a été gardée à juger le 17 mai 2010.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales

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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 19 septembre 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

3. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 15 janvier 2010, qui a été confirmé par la décision du 25 février 2010, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 12 avril 2010.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

4. a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes(al. 1) :

a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins.

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40% au moins donne droit à un quart de rente; 50% au moins à une demie rente; 60% au moins à un trois quarts de rente et 70% au moins à une rente entière.

c) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

5. a) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al.1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA], méthode spécifique [art. 28 a al.2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. 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 (ATF 117 V 195 consid. 3b; VSI 1996 p. 209 consid. 1c). 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 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas

contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

c) L'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. Par travaux habituels d'une personne travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA; ATFA du 20 avril 2007, I 288/06).

La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier.

En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé, l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assuré (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine (sur les exigences relatives à la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, voir arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (arrêts 8C\_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137). Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant. Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (consid. 2.3.2 arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002), puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports

---

médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (arrêt I 733/03 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3; arrêt 9C 108/2009 du 29 octobre 2009).

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts D. du 14 janvier 2005 [I 308/04 et I 309/04] et S. du 11 août 2003 [I 681/02]). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurich 1997, p. 222; ATFA du 17 mars 2005, I 257/04).

d) Selon l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPG. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité.

De jurisprudence constante le Tribunal fédéral des assurances a considéré que cette méthode était conforme à la loi et à la volonté du législateur (ATF 125 V 146).

6. a) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique

(ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

7. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son

origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

e) 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e

---

éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

8. En l'espèce, il convient d'admettre en premier lieu que le statut de l'assurée est mixte, en ce sens qu'elle a toujours travaillé à temps partiel, soit à 53,57% (22,5 heures sur un temps plein de 42 heures) depuis 1986 et qu'elle ne rend pas vraisemblable qu'elle a tenté d'obtenir, mais en vain, une augmentation de son taux d'activité. Il ne suffit pas d'affirmer vouloir travailler plus, même si la motivation paraît plausible (études des enfants et baisse de revenu du mari due à la faillite de Swissair), encore faut-il tenter de le rendre vraisemblable notamment par l'apport de pièces. A défaut d'un courrier de son employeur lui refusant une augmentation de son taux d'activité ou de recherches infructueuses d'emploi auprès d'autres employeurs, il faut se fonder sur la situation concrète de l'assurée lors du début de sa maladie (août 2007), de la demande (septembre 2008) et de la décision (mars 2010), à savoir un taux d'activité professionnelle inchangé depuis plus de 20 ans à 53,57%.

En deuxième lieu, le rapport d'expertise du Cemed a pleine valeur probante. Il relève notamment une amélioration de l'état de santé entre 2007 et 2009. Le troisième traitement au Baraclude introduit en 2009 est efficace et permet une normalisation des examens sanguins, alors que le premier, tenté en 2007, n'avait pas permis d'obtenir une baisse de la virémie. Ainsi, si la fatigue liée aux médicaments est reconnue et demeure, celle due à l'affection elle-même devrait avoir diminué. Cela n'est d'ailleurs pas contredit par le Dr. A\_\_\_\_\_, qui indique certes que la capacité de travail de sa patiente reste nulle, mais admet d'une part une amélioration de la maladie, et n'exclut pas la possibilité d'une reprise à 50%. Il précise d'autre part que le Sebivo est remplacé par le Baraclude en raison de la forte asthénie provoquée par le premier médicament, que le Baraclude permet également une disparition de la virémie au prix d'une grande fatigue, dont la nature exacte est toutefois difficile à déterminer. De plus, les divers avis médicaux et pharmaceutiques concernant les effets secondaires de ce médicament sont convergents en ce sens que la fatigue est admise, mais n'est pas au premier plan des effets secondaires connus. Il est certes difficile d'évaluer l'ampleur de la fatigue d'un patient, son lien avec la médication et ses effets sur la capacité de travail résiduelle, mais il paraît vraisemblable qu'en cas d'amélioration notable du taux de virus grâce aux médicaments, la fatigue liée diminue. Ainsi, l'amélioration de l'état de santé dès janvier 2009 et l'évaluation de la capacité de travail de 50%, malgré la fatigue, doivent être admises. Compte tenu du fait que l'assurée travaillait à 53,57% pour un salaire brut de 36'170 fr., qu'elle est capable de travailler à 50%, le taux d'invalidité sur le plan professionnel est de l'ordre de 6,6% après l'amélioration. [(36'170 x 50 /. 53,57 = 33'760)], puis [(36'170 - 33'760) x 100 /. 36'170 = 6,6%].

En troisième lieu, s'agissant des activités ménagères, l'assurée a déclaré lors de son entretien avec l'OAI et aux experts, qu'elle faisait une partie du ménage, la famille prenant en charge le surplus. Il est inutile de procéder à une enquête ménagère, car pour atteindre un degré d'invalidité global de 40%, ouvrant le droit à un quart de rente, il faudrait un empêchement de près de 80% dans la sphère ménagère, ce qui est impossible dans le cas d'espèce et dans la plupart des situations d'ailleurs.  $[(46,43\%(\text{part ménagère}) \times 80\% = 37,1\%) + (50\%(\text{part active}) \times 6,6\% = 3,3\%) = 40,4\%]$ . La fatigue retenue n'empêche pas l'assurée de se promener, de sorte que les activités ménagères les moins fatigantes peuvent être effectuées de manière fractionnée dans la journée. Les membres de la famille peuvent s'occuper de la lessive, des courses et des travaux ménagers plus lourds. Sans examiner de façon détaillée chaque poste des activités ménagères, on doit retenir que le taux d'empêchement global n'atteindra pas 80 %.

Pour finir, malgré le fait que les experts mandatés et le SMR admettent que l'assurée était en incapacité de travail totale jusqu'au 31 décembre 2008, l'OAI peut refuser toute rente du 1<sup>er</sup> septembre 2008 au 31 mars 2009, soit 3 mois après l'amélioration de l'état de santé, en raison de délai légal de six mois depuis le dépôt de la demande prévu par l'article 29 al. 1 LAI pour ouvrir le droit à la rente. Le dépôt de la demande de prestation date du 18 septembre 2008 et le délai échoit le 18 mars 2009, alors que l'état de santé s'est amélioré dès fin décembre 2008.

9. Ainsi, l'OAI est fondé à refuser une rente d'invalidité à l'assurée, dont l'état de santé au-delà du 18 mars 2009 a certes une incidence sur sa capacité de travail et sur celle d'effectuer ses tâches ménagères, mais qui implique un taux d'invalidité nettement inférieur à 40%, qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. Les divers médecins, y compris les experts mandatés, précisent toutefois à juste titre que le pronostic reste réservé et que la situation devra être revue dans deux ans.

Mal fondé, le recours est rejeté.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'assurée.
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

La Présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le