

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1734/2009

ATAS/553/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 19 mai 2010**

En la cause

Madame H\_\_\_\_\_, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Doris VATERLAUS

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame H \_\_\_\_\_, née en 1953, mariée et mère d'un enfant né en 1995, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en 1999. Elle y indiquait se trouver sans travail depuis plus de trois ans et avoir occupé un emploi temporaire cantonal de février à juillet 1994. Elle demandait alors d'être mise au bénéfice d'une rente.
2. A l'époque, le docteur L \_\_\_\_\_, médecin traitant, avait été sollicité par l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : OAI). Il avait déclaré que sa patiente présentait depuis l'enfance une dyslexie importante à la lecture et à l'écriture, ainsi qu'un état anxieux. Il mentionnait que l'intéressée était en recherche d'emploi et essayait de nombreux refus en raison de son handicap, qui pouvait être amélioré par des séances de logopédie (rapport du 20 septembre 1999).
3. La psychologue en charge du suivi de l'assurée, Madame I \_\_\_\_\_, s'est également prononcée. Elle a exposé que les troubles dyslexiques dont était atteinte la patiente étaient importants et la prétéraient tant dans sa vie privée que dans ses possibilités de trouver un emploi. Les troubles avaient une incidence sur la coordination, l'orientation spatiale, le rythme, la lecture et l'écriture. L'assurée n'avait jamais reçu d'aide adéquate étant enfant, ni à l'âge adulte (rapport du 21 septembre 1999).
4. X \_\_\_\_\_ a attesté (questionnaire employeur du 27 octobre 1999) que l'assurée avait travaillé pour son compte en qualité de téléphoniste à 90 % de mai 1983 à mars 1990. L'employée avait résilié son contrat de travail pour raisons de santé après avoir été en arrêt depuis le mois de septembre 1989.
5. Suite au projet de refus de prestations de l'OAI, l'intéressée avait été entendue par une collaboratrice de l'administration. Elle avait alors exposé avoir pu conserver pendant un certain temps les emplois obtenus grâce à la compréhension et au soutien de ses patrons. Elle avait travaillé avec des enfants, mais n'avait aucune charge administrative à effectuer, puis dans des réceptions où elle était chargée de répondre aux appels téléphoniques et d'accompagner les visiteurs. Lorsque X \_\_\_\_\_ avait fusionné avec une autre banque, elle avait donné sa démission, car la réception se restructurait, la bureautique arrivait et elle ne pouvait faire face à ces nouveautés avec ses handicaps. Ensuite, elle avait repris une blanchisserie à son nom, avec l'aide de sa sœur ; elle pensait s'en sortir, vu qu'elle n'aurait que de la manutention à faire, mais cela n'avait pas été le cas et elle avait dû déposer le bilan en décembre 2003. Puis elle avait occupé un emploi temporaire procuré par le chômage où elle avait aussi rencontré des difficultés lorsqu'on lui avait demandé d'effectuer des travaux de bureau. Depuis lors, elle n'avait plus retrouvé d'emploi et avait épuisé son droit aux indemnités de chômage.

6. Dans un questionnaire servant à déterminer le statut, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité professionnelle à plein temps dans un domaine difficile à préciser vu le handicap rencontré depuis toujours. Elle a encore ajouté, sous la plume de son mari, vu son incapacité à rédiger, avoir régulièrement tenté de trouver du travail, en vain à cause de son handicap.
7. Selon les informations fournies par l'assurance-chômage, l'assurée a perçu 170 indemnités journalières d'août 1994 à avril 1995. Elle s'était réinscrite à l'assurance-chômage en 1999, mais le droit à une indemnisation lui avait été refusé pour des motifs en relation avec la période éducative.
8. Le dossier a ensuite été transmis au service de la réadaptation et l'assurée s'est soumise à différents tests psychotechniques. Les psychologues ont relaté, dans leur rapport du 30 avril 2001, des résultats aux tests d'aptitude en dessous de la moyenne, quelle que soit la population de référence, sauf en ce qui concernait la mémoire. Le problème d'écriture et de lecture était finalement moins important que relaté par la psychologue en charge du suivi de l'intéressée. Car s'il existait effectivement des difficultés, elle était capable de lire, d'écrire et de se faire comprendre, mais avec de nombreuses fautes d'orthographe. Le diagnostic retenu ne semblait donc pas constituer un obstacle à la reprise d'une activité professionnelle non qualifiée. Toutefois, vu la médiocre dextérité fine, ainsi que le problème d'audition, une investigation complémentaire apparaissait nécessaire.

Un stage d'observation professionnelle a été organisé, mais l'assuré y a formellement renoncé, déclarant ne pas pouvoir s'organiser pour la garde de son fils en raison des horaires prévus et des vacances scolaires.

9. Vu l'attitude de son assurée, l'OAI a décidé de rejeter la demande pour refus de collaboration par décision du 18 septembre 2001.
10. Le 2 juillet 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations sous la forme d'une allocation pour impotent.
11. Le docteur M\_\_\_\_\_, médecin traitant, a indiqué suivre l'assurée pour un diabète non insulino-dépendant et une hypercholestérolémie traitée. Pour le surplus, à savoir pour d'éventuels diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, il a invité l'OAI à s'adresser au docteur N\_\_\_\_\_, psychiatre.
12. Dans son rapport du 30 novembre 2007, ce spécialiste a posé les diagnostics de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère sans syndrome somatique (F31.30) existant depuis avril 2007 sous la forme d'un épisode maniaque avec symptômes psychotiques et des traits de personnalité dépendante. Le 2 avril 2007, la patiente avait été hospitalisée en milieu psychiatrique suite à une décompensation maniaque, eu égard à un danger pour elle-même dû à l'incapacité de subvenir à ses besoins élémentaires. En raison d'une diminution – involontaire – de la posologie

médicamenteuse, elle avait derechef été prise en charge en milieu psychiatrique du 25 avril au 4 juin 2007, auprès du Centre de thérapie brève (CTB). Le traitement médicamenteux avait été adapté et un antidépresseur avait également été introduit en raison d'une légère tristesse. Les symptômes psychiatriques de la patiente l'empêchaient d'exercer une activité professionnelle ; une stabilité clinique sur plusieurs mois était nécessaire, de l'avis du médecin, avant de considérer une reprise d'activité professionnelle.

13. Le docteur O\_\_\_\_\_ a quant à lui mentionné que l'assurée souffrait d'hypoacousie de perception depuis 2000 et était appareillée depuis 2001. Pour le reste de la symptomatologie, il renvoyait au psychiatre (rapport du 28 janvier 2008).
14. La lettre de sortie – résumé de séjour du service de psychiatrie adulte des HUG - fait état d'une hospitalisation en entrée non volontaire le 2 avril 2007. Lors de son arrivée, la patiente, collaborante, présentait une agitation psychomotrice, un discours accéléré, désorganisé, des idées délirantes de persécution, mais ni idées suicidaires, ni hallucinations. Le traitement mis en place avait permis une amélioration nette de la symptomatologie constatée à l'admission, avec notamment le retour à un discours cohérent, un comportement approprié et une anxiété diminuée, autorisant la rentrée à domicile le 11 avril 2007. Le diagnostic principal retenu était une manie avec symptômes psychotiques (F30.2).
15. Dans un avis du 22 février 2008, la doctoresse P\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé que l'atteinte à la santé psychique justifiait certainement une incapacité de travail totale, mais la durée en était inconnue. Des mesures professionnelles ne pouvaient pas être envisagées actuellement. Le psychiatre traitant devait être interpellé à nouveau afin de répondre à des questions précises.
16. Le docteur N\_\_\_\_\_ y a répondu le 18 avril 2008. Il a confirmé le diagnostic principal de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère sans syndrome somatique. La prise de l'antidépresseur avait pu être interrompue après quelques mois et la posologie du neuroleptique diminuée. Au moment de la rédaction de son rapport, le médecin ne constatait pas de signes ou symptômes psychotiques, maniaques ou dépressifs. La patiente était parfois angoissée durant la journée et se plaignait de temps à autres d'une baisse de l'élan vital. Il y avait donc une phase de rémission partielle de l'état dépressif survenu en septembre 2007, après un épisode maniaque avec symptômes psychotiques en raison duquel il y avait eu deux hospitalisations en avril 2007. Durant les mois précédents, l'intéressée avait présenté des périodes de tristesse associée à des phases d'angoisse matinale. Les plaintes mettaient en avant des troubles de la concentration et de l'attention ainsi que des problèmes de mémoire récente, mais la patiente arrivait à gérer les tâches de la vie quotidienne malgré une certaine baisse de l'élan vital, ainsi qu'une fatigue intermittente. Le pronostic était moyen dans l'ensemble, vu le souhait de la patiente

d'arrêter le traitement par stabilisateur de l'humeur, contrairement aux recommandations du médecin. Quant à la capacité de travail, il convenait, si l'on entendait faire reprendre une activité à l'intéressée, de lui fournir un poste calme et d'augmenter progressivement le temps de travail.

17. Sur la base de ces indications, le SMR a considéré que l'atteinte à la santé était en rémission, que l'incapacité de travail n'avait été que de durée limitée et que, par conséquent, il n'y avait pas d'incapacité de travail durable au sens de la LAI. En outre, le médecin du SMR déduisait du rapport du psychiatre qu'il n'y avait pas eu d'impotence de longue durée (avis du SMR du 15 mai 2008).
18. Un projet de refus d'allocation pour impotent a dès lors été envoyé à l'assurée le 9 juin 2008.
19. L'intéressée a exposé dans une lettre du 26 juin 2008 ne pas avoir voulu demander une allocation pour impotent, car elle était à même d'effectuer tous les actes de la vie quotidienne. Elle s'était en réalité trompée de formulaire de demande et requerrait une rente pour diverses raisons : un état dépressif, une hyperactivité, une dyslexie, un problème d'audition. Elle joignait un nouveau formulaire de demande, de rente cette fois-ci, visant à annuler et remplacer le formulaire précédent.
20. En date du 3 juillet 2008, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision refusant la demande, eu égard à l'absence de pathologie invalidante.
21. La demande d'allocation pour impotent a été définitivement rejetée par décision formelle du 14 juillet 2008.
22. En ce qui concerne la demande de rente, l'assurée s'est opposée au projet de décision y relatif, faisant valoir que ses divers handicaps la prêteraient dans une multitude de tâches. Elle a complété sa contestation en joignant le rapport de 1999 de la psychologue I\_\_\_\_\_ et un nouveau rapport de son psychiatre traitant (courriers des 4 août et 1<sup>er</sup> septembre 2008).

Le docteur N\_\_\_\_\_ s'y exprime en ces termes : « Ces deux derniers mois, la patiente présente à nouveau des symptômes dépressifs et anxieux qui la perturbent dans ses tâches à domicile, la rendent psychologiquement fragile, plus particulièrement dans sa relation avec son époux, et l'obligent à dépendre de sa famille (sa sœur, l'oncle de son époux) car elle a beaucoup de difficultés à prendre des décisions et à organiser ses activités quotidiennes. De plus, elle souffre de troubles importants de la concentration et de la mémoire récente. Malgré une meilleure compliance aux traitements prescrits, Mme H\_\_\_\_\_ a du mal à s'améliorer sur le plan clinique. Elle pleure fréquemment durant la journée et n'arrive pas à se projeter dans l'avenir. Son état clinique est aggravé par un conflit majeur de couple, la patiente ne se sentant pas soutenue par son époux et devant souvent s'occuper de son fils qui souffre d'un trouble de l'hyperactivité et de l'attention. D'autre part, j'ai récem-

ment reçu copie d'un rapport rédigé en 1999 par sa psychothérapeute de l'époque, Mme I \_\_\_\_\_ (...), qui avait évoqué des troubles de la coordination, de l'écriture, de la lecture ainsi que de l'attention chez cette patiente. Je suis d'avis que Mme H \_\_\_\_\_ souffre d'un trouble de l'humeur qui est difficile à stabiliser à long terme et qui est aggravé par des troubles de l'attention, du fonctionnement exécutif et de la lecture. De ce fait, je considère qu'elle est inapte au travail et qu'elle devrait pouvoir obtenir une rente invalidité. Mme H \_\_\_\_\_ est d'accord de se soumettre à un examen complémentaire ou même à une expertise médicale qui pourrait, je le souhaite, confirmer mes observations cliniques de ces deux derniers mois ».

23. L'assurée a alors été soumise à une expertise confiée au professeur Q \_\_\_\_\_, chef du service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV. Dans son rapport du 4 décembre 2008, l'expert, après avoir effectué divers tests et examiné la patiente, a conclu à une dyspraxie développementale associée à des troubles mnésiques (en modalité verbale et non verbale), un ralentissement et des ressources intellectuelles disharmonieuses (discrédance entre des ressources verbales suffisantes et des ressources en performance insuffisantes). Selon le spécialiste, la maladie psychique paraît avoir eu des répercussions particulièrement sévères chez une patiente présentant des troubles développementaux et des ressources intellectuelles dans les limites inférieures de la norme. Sur le plan strictement neuropsychologique, il n'existe plus de capacité de travail dans une activité telle qu'exercée précédemment (référence est faite à la profession de réceptionniste). La diminution de rendement très significative est incompatible avec une capacité de travail résiduelle. L'expert a précisé que la pathologie, partiellement développementale, a engendré une incapacité de travail partielle de 20 % au moins dès l'entrée dans la vie active et que cette incapacité a évolué défavorablement à la faveur de l'aggravation des troubles psychiques, probablement existants de longue date. En ce qui concerne l'adaptabilité à un environnement professionnel, l'expert a estimé que d'un point de vue strictement neuropsychologique, l'assurée était en mesure de s'adapter à un environnement professionnel de manière limitée, c'est-à-dire en diminuant au maximum les interférences et les relations interpersonnelles. Les possibilités de réadaptation ont été qualifiées de très réduites, mais définitivement compromises compte tenu de la pathologie psychiatrique associée. En conclusion, seule une activité occupationnelle semblait envisageable.
24. Le SMR a modifié ses conclusions au regard à celles de l'expertise neuropsychologique. Il a considéré que les seules difficultés neuropsychologiques suffisaient à motiver une incapacité de travail totale dès avril 2007. Un complément d'instruction sur le plan psychiatrique n'était dès lors pas nécessaire.
25. L'OAI a effectué une enquête économique sur le ménage en date du 10 mars 2009. Dans son rapport, l'enquêtrice a notamment consigné les médicaments pris par l'assurée, à savoir un neuroleptique, un antidépresseur, un somnifère, un antidiabé-

---

tique et un médicament contre l'hypercholestérolémie. Après avoir repris le parcours professionnel de l'intéressée (interrompu en 1996 à la fin des indemnités de chômage), l'enquêtrice a noté que cette dernière, sans atteinte à la santé, aurait souhaité exercer une activité lucrative pour des motifs financiers et pour sortir de chez elle à hauteur de 80-100 %, mais elle n'avait pas fait de recherches d'emploi récentes et n'était pas sûre de pouvoir l'assumer. En ce qui concerne la situation financière, celle-ci a été considérée comme difficile (l'unique revenu était le salaire du mari, le couple connaissait des retards de paiements depuis plusieurs années, le mobilier de la salle-à-manger était cassé...). En conclusion, au niveau du statut, l'enquêtrice a estimé, au vu de l'absence de changement de situation depuis 1995 (mariage et naissance de l'enfant à cette période ; famille vivant avec un seul salaire depuis ; plus de travail pour l'assurée depuis 1993 et plus de revenus depuis la fin des indemnités de chômage en 1996), que l'assurée devait être considérée comme ménagère à plein temps. L'évaluation des différentes tâches ménagères a conduit l'enquêtrice à fixer le taux d'invalidité dans cette sphère à 10.2 % globalement.

26. L'OAI a rendu sa décision le 7 avril 2009. Vu le statut de personne sans activité lucrative et les conclusions de l'enquête économique sur le ménage, l'administration a nié le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, et ce malgré l'incapacité totale de travail reconnue dans la sphère professionnelle.
27. Agissant par l'intermédiaire de son mandataire en date du 18 mai 2009, Monique H\_\_\_\_\_ interjette recours à l'encontre de cette décision, dont elle requiert l'annulation, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2006. En substance, elle fait valoir que l'instruction médicale de son dossier est claire et qu'il en ressort l'évolution négative de son état de santé. Le rapport d'expertise du professeur Q\_\_\_\_\_ étant probant, elle s'étonne que l'office n'en ait pas tenu compte. Elle estime donc qu'un taux d'incapacité de travail de 100 % doit lui être reconnu. Quant à la détermination du statut, elle est en totale contradiction avec les pièces du dossier et en particulier ses déclarations (en 1999 déjà, elle disait souhaiter travailler à plein temps). Etant donné que la demande a été déposée en 2007 (cf. formulaire de demande d'allocation pour impotent utilisé par mégarde selon explications fournies ultérieurement), l'ancien droit trouve application et la demande doit être considérée comme tardive. Les prestations lui sont par conséquent dues dès juillet 2006.
28. Dans sa réponse du 16 juin 2009, l'intimé conclut au rejet du recours. S'agissant du choix de la méthode d'évaluation, l'administration relate que la situation de la recourante est demeurée stable depuis 1995. Elle est en effet mariée depuis cette période et a eu un fils en octobre 1995. Cela fait ainsi une dizaine d'années que la famille vit et se contente d'un salaire. En outre, la recourante est sans activité professionnelle depuis 1993, date à laquelle elle s'est inscrite au chômage et a bénéficié d'indemnités durant deux ans sans retrouver de travail. Il y a lieu, dans ces circonstances, de la considérer comme femme au foyer dès cette époque en l'absence

d'éléments permettant de rendre vraisemblable qu'elle aurait repris une activité lucrative sans atteinte à la santé. Enfin, l'enquête économique sur les empêchements dans le ménage remplissant tous les critères pour que lui soit accordée pleine valeur probante, ses conclusions relatives au taux d'invalidité ne peuvent qu'être confirmées.

29. La recourante a requis l'ouverture d'enquêtes afin de démontrer que sa situation financière l'oblige de travailler et qu'elle a activement cherché – en vain – un travail.
30. Le 14 octobre 2009, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties lors de laquelle la recourante a déclaré avoir toujours cherché du travail à plein temps pour raisons financières et pour être active hors du ménage. Elle ne pouvait pas faire les démarches de recherches par écrit, eu égard à ses difficultés d'écriture et l'utilisation de l'ordinateur lui était également impossible. Elle n'avait pas reçu de réponse des employeurs contactés et n'était jamais convoquée vu son parcours. Elle a encore confirmé que le revenu de son époux n'était pas très élevé et qu'ils accusaient des retards dans le paiements des factures.

Quant à la représentante de l'intimé, elle a confirmé le statut de ménagère et a précisé qu'une incapacité totale de travail était reconnue d'un point de vue médical.

31. Le 13 janvier 2010, le Tribunal a entendu trois personnes à la demande de la recourante.

Madame A \_\_\_\_\_ a déclaré connaître l'assurée depuis 1981 ; elle travaillait à l'époque dans le service des ressources humaines de l'entreprise qui employait également cette dernière en qualité de réceptionniste. Elle a précisé que l'intéressée travaillait alors à 100 %, mais avait quitté son emploi car elle ne pouvait pas assumer toutes les tâches qui lui étaient confiées. Elle avait des difficultés importantes avec la rédaction. Elle avait ensuite repris un emploi dans une autre société, à nouveau comme réceptionniste, et avait rencontré les mêmes problèmes. Vers l'année 1994, alors que l'assurée se trouvait au chômage, le témoin a exposé l'avoir aidée dans ses recherches d'emplois. De nouvelles recherches avaient été effectuées sans succès en 1999, pour des postes de réceptionniste ou de gardienne d'enfants à plein temps, voire à 80 %. Le témoin a ajouté que selon elle, la recourante avait toujours cherché du travail, mais elle ne l'avait pas sollicitée récemment à ce propos.

Madame B \_\_\_\_\_ a également déclaré que la recourante avait requis son aide pour rédiger des offres d'emploi entre 1994 et 2007. Au début, les recherches étaient nombreuses, puis, vu les réponses négatives, l'assurée s'était découragée. Elle s'intéressait à des emplois de garde d'enfants, de dame de compagnie pour personnes âgées ou comme réceptionniste-téléphoniste à plein temps.

Enfin, Madame C \_\_\_\_\_, entendue à titre de renseignements vu son lien de parenté avec la recourante (cousine), a dit savoir que cette dernière avait effectué des recherches d'emploi (notamment dans la garde d'enfants) après la naissance de son fils, selon ce que lui avait rapporté l'intéressée à l'époque. Elle ne lui avait pas apporté son aide, mais avait écouté ses doléances et son désespoir face à l'absence de succès de ses démarches.

32. Par écriture du 29 janvier 2010, l'intimé a fait savoir que, de son point de vue, les témoignages recueillis n'étaient pas de nature à modifier son appréciation relative à la question du statut. En particulier, la recourante n'avait produit aucune pièce attestant d'une recherche d'emploi.
33. La recourante a fait connaître ses observations finales le 22 février 2010. Elle considère que la position de l'intimé, qui de fait relègue les preuves orales à un rang inférieur à celui des pièces écrites, n'est pas soutenable. Par ailleurs, elle n'avait aucune raison de conserver, surtout pendant de nombreuses années, les rares réponses négatives reçues. Et les exigences relatives à la production de recherches d'emploi écrites sont, de l'avis de la recourante, disproportionnées vu son état de santé et les troubles rencontrés en particulier dans le domaine des tâches administratives et organisationnelles. Quant à la détermination du statut, elle relève que l'OAI n'a pas tenu compte d'une invalidité précoce. Or, l'extrait de son compte individuel ne reflète en rien le parcours qui aurait été le sien si elle n'avait pas souffert des divers handicaps attestés par l'expertise neuropsychologique. Quatre ans après la naissance de son fils, soit en 1999, elle s'était réinscrite à l'assurance-chômage et avait déclaré rechercher un poste à plein temps. Lorsqu'elle avait sollicité l'assurance-invalidité en 2001, l'administration avait à l'époque organisé un stage d'observation professionnelle et était donc partie de l'idée que l'assurée pouvait et voulait reprendre une activité lucrative. L'intimé n'expliquait pas en quoi la situation avait changé aujourd'hui. Enfin, elle mettait en exergue le fait que son fils avait, au moment de la décision litigieuse, 13 ans, âge qui permettait à la mère la reprise d'une activité professionnelle.

A son écriture étaient joints les documents de l'assurance-chômage en relation avec ses deux demandes d'indemnisation et une attestation du docteur M \_\_\_\_\_ du 11 janvier 2010. Ce médecin y déclare que sa patiente était à la recherche d'un emploi depuis qu'il la connaît et que le fait de ne pas en trouver l'affectait passablement.

34. Copie de ces documents ont été transmis à l'intimé, sur quoi la cause a été gardée à juger.

## **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. Déposé dans les forme et délai - tenant compte des fêtes pascales - légaux, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité. En particulier, il convient de se déterminer sur le statut et le taux d'invalidité de l'intéressée.
4. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Le 1<sup>er</sup> janvier 2008 est entrée en force la nouvelle du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision AI). Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références).

En ce qui a trait plus particulièrement à l'application des dispositions nouvelles de la LAI, la lettre-circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 de l'OFFICE FEDERAL DES ASSURANCES SOCIALES reprend le principe ci-dessus évoqué. En effet, elle expose clairement que si le cas d'assurance survient avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008, c'est l'ancien droit qui est applicable. Si la survenance du cas d'assurance a lieu par contre ultérieurement, c'est le nouveau droit qui trouve application, des facteurs externes aléatoires telle la date de dépôt de la demande ou de la décision se révélant sans influence. Toutefois, lorsque le délai d'attente a commencé à courir avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et est parvenu à échéance dans l'année 2008, l'ancien droit demeure applicable pour autant que la demande ait été déposée le 31 décembre 2008 au plus tard.

En l'espèce, la recourante a déposé deux demandes de prestations. La première en date du 30 juin 2007 en utilisant un formulaire spécifique à l'allocation pour impotent, la seconde le 2 juillet 2008 par le biais du formulaire relatif aux prestations générales, y inclus la rente. Ce dernier document, qui n'a été que très succinctement rempli, était joint à la prise de position de l'assurée faisant suite au projet de décision de l'intimé préavisant le refus d'une allocation pour impotent. Au vu des explications fournies par l'intéressée, d'une part, et du devoir de l'administration d'instruire d'office toutes les prestations entrant en considération au vu des faits et

des pièces au dossier (cf. ATF 121 V 195 consid. 2 et les arrêts cités), d'autre part (à noter que l'instruction a d'ailleurs porté sur l'éventualité d'une rente ; voir à ce sujet en particulier l'avis du SMR du 15 mai 2008), il se justifie de considérer que la demande a été déposée le 30 juin 2007. Cela étant, la survenance du cas d'assurance - soit la naissance éventuelle du droit à la rente - se situe présentement en avril 2008, le délai de carence ayant commencé à courir en avril de l'année précédente (cf. *infra*, consid. 8). Il s'agit donc d'un cas d'application de l'exception reconnue par la circulaire susmentionnée et la version applicable de la LAI est celle en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

5. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 consid. 4 et les références).

c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour

---

la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

6. *In casu*, il ressort de l'expertise confiée au professeur Q\_\_\_\_\_ qu'il n'est plus exigible de la recourante qu'elle exerce une activité professionnelle dans le marché primaire de l'emploi. Cette conclusion procède d'une analyse complète de la situation de l'intéressée, qui a été soumise à divers examens spécialisés par l'expert. Ce dernier a motivé de façon convaincante ses conclusions et son rapport remplit tous les critères jurisprudentiels posés à la reconnaissance de la force probante des documents médicaux, de sorte qu'on ne saurait s'en écarter. L'intimé ne s'y est pas trompé d'ailleurs, puisque tant son service médical que sa représentante lors des audiences tenues par le Tribunal de céans ont considéré la recourante inapte à l'exercice d'une activité professionnelle. Il est vrai que l'expert n'a pas précisément daté le moment à partir duquel l'incapacité de travail - réduite de tout temps selon lui à hauteur de 20 % au moins - est devenue totale. Toutefois, dans la mesure où il se réfère clairement à l'aggravation des troubles psychiques pour expliquer l'exacerbation des troubles neuropsychologiques, il y a lieu de considérer que l'incapacité de travail est totale dès le mois d'avril 2007, soit au moment de l'hospitalisation en milieu psychiatrique pour décompensation d'un trouble bipolaire.

L'intimé n'a toutefois pas fait usage des conclusions du professeur Q\_\_\_\_\_, puisqu'il a considéré que son assurée, si elle n'avait pas présenté d'atteinte à la santé, n'aurait pas été professionnellement active.

7. a) Il s'agit-là d'ailleurs du principal grief adressé par la recourante à l'office intimé.
- b) 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, 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 catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante.

Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut ainsi tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références citées).

c) En l'espèce, il est constant que la recourante a été active à plein temps ou à 90 % durant plusieurs années avant la naissance de son fils, en 1995. Son dernier emploi en qualité de salariée était un poste auprès du Crédit Lyonnais, qu'elle a quitté pour raisons de santé en mars 1990 après un arrêt de travail de 6 mois. Elle a par la suite exercé une activité indépendante, mais a été contrainte au dépôt de bilan en 1993. Puis elle a été mise au bénéfice d'une occupation temporaire à plein temps par les organes de l'assurance-chômage, avant de percevoir les indemnités de cette même assurance jusqu'à sa maternité. Quatre ans plus tard, elle s'est réinscrite à l'assurance-chômage, alléguant être à la recherche d'un emploi à plein temps, mais n'a pu toucher d'indemnités pour des motifs liés à la période cotisation. Il n'a jamais été question de lui nier une éventuelle aptitude au placement, notamment en regard de son statut de mère d'un enfant en bas âge. Depuis lors, la recourante n'a plus jamais travaillé, faute, selon ses dires, d'avoir pu trouver un employeur désireux de l'engager. L'administration des preuves ne permet pas de remettre en cause les affirmations de l'intéressée, au contraire. Premièrement, il ne faut pas perdre de vue les difficultés dont elle souffre en lien avec sa pathologie neuropsychologique en partie développementale. En conséquence, ses allégations relatives à la recherche d'emploi en grande partie par voie téléphonique apparaissent hautement vraisemblables, ce d'autant que ces deux médecins traitant (docteur L. \_\_\_\_\_ en 1999 et docteur M. \_\_\_\_\_ en 2009), ainsi que trois personnes entendues par le Tribunal ont confirmé la volonté et les recherches infructueuses de travail de la recourante. L'absence de preuve écrite des recherches est dans le cas présent irrelevante, vu d'une part les années écoulées (il n'est pour le moins pas usuel de conserver des lettres de postulation auxquelles aucune suite positive n'a été donnée si l'on ne doit pas justifier de ses recherches d'emplois) et, d'autre part, en raison des troubles de l'écriture et de l'organisation rencontrés par la recourante. Ensuite, lors de l'instruction de la première demande de prestations AI, la recourante avait déclaré sans ambiguïté qu'elle exercerait une activité à plein temps si elle n'était pas at-

teinte dans sa santé. Ici également, elle avait fait part des problèmes rencontrés dans la recherche d'un emploi. Or, à cette époque, l'OAI avait considéré son assurée comme une personne active (ce fait ressort implicitement de l'instruction et des mesures mises en place). La motivation actuelle de l'administration est manifestement en contradiction avec les pièces au dossier : on ne peut en effet affirmer que la situation de l'assurée n'a pas évolué depuis 1995 en ce sens qu'elle est femme au foyer depuis lors, alors qu'entre-temps, elle a été dûment considérée comme active. Troisièmement, l'analyse de l'ensemble des circonstances plaide sans équivoque pour la reconnaissance d'un statut de personne active : l'enfant de la recourante avait, au moment de la décision litigieuse, 14 ans. Il ne constitue donc pas un « obstacle » à la reprise d'une activité lucrative (étant au surplus précisé que le fait d'avoir des enfants en bas âge ne saurait être à lui seul déterminant dans l'appréciation du statut d'un assuré). En outre, les finances précaires du couple, qui connaît des retards de paiement depuis plusieurs années, viennent corroborer la nécessité d'un deuxième revenu pour subvenir aux besoins de la famille. L'état du mobilier de l'appartement de la recourante, constaté par l'enquêtrice de l'OAI, ne fait que confirmer cette situation difficile. Enfin, on peut encore citer les difficultés conjugales majeures en tant qu'élément de motivation supplémentaire pour la recourante : le fait d'exercer une activité à l'extérieur et d'accéder à une certaine indépendance financière ne pourrait être ressenti que comme un soulagement dans ce contexte. Elle a d'ailleurs mentionné qu'outre les motifs financiers, elle souhaitait travailler également pour « sortir de chez elle ».

Au vu de tout ce qui précède, il n'est nullement possible de retenir un autre statut que celui de personne active à plein temps. La remarque de la recourante en relation avec son taux d'activité désiré, à savoir « 100 %, voire 80 % », ne permet pas de revenir sur cette conclusion. La mention d'un 80 % est subsidiaire ; elle ne procède pas du choix premier et idéal, mais démontre la volonté d'accepter ce qui se présente, si un poste à plein temps n'est pas disponible.

8. Eu égard au statut tel que fixé ci-dessus et à l'incapacité totale de travail médicalement attestée à compter d'avril 2007, le taux d'invalidité de la recourante est de 100 % dès avril 2008, à l'échéance du délai de carence d'une année (art. 29 al. 1 let. b aLAI). Le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité doit dès lors lui être reconnu dès ce moment (art. 28 aLAI).
9. En conséquence, et quand bien même l'enquête économique réalisée par l'intimé est critiquable à plusieurs égards (prise en compte de l'aide de la sœur qui ne vit pas dans le ménage de la recourante, taux d'empêchements manifestement sous-évalués dans plusieurs postes, pondération du champ d'activité relatif aux enfants trop faible en raison du temps nécessaire à l'éducation d'un fils atteint dans sa santé notamment), il n'est pas nécessaire de revenir sur ce point.

10. Le recours doit par conséquent être admis. L'intéressée, qui est assistée d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens fixée à 2'500 fr. et mise à charge de l'intimé. Celui-ci s'acquittera en outre des frais de la procédure, qui n'est pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 7 avril 2009.
4. Dit que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière, fondée sur un taux d'invalidité de 100 %, dès avril 2008.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de dépens de 2'500 fr.
6. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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