

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2031/2010

ATAS/381/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

5^{ème} Chambre

du 13 avril 2011

En la cause

Madame B_____, domiciliée au Petit-Lancy, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Van LOON J. Potter

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame B_____, née en 1965 au Kosovo, est mère de trois enfants nés en 1992 et 1995, les deux derniers étant jumeaux. Elle est sans formation professionnelle et n'a jamais exercé d'activité lucrative. Elle est arrivée en Suisse avec ses enfants en 1991.
2. Par demande reçue le 12 février 2004, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente.
3. Selon le rapport du 27 février 2004 de la Dresse L_____, médecin traitant, l'assurée souffre depuis 1994 de lombosciatalgies récidivantes et présente une hernie discale droite L1-L2, une hernie discale à gauche L5-S1 et une discopathie protrusive L4-L5. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, la Dresse L_____ mentionne une hypertension artérielle et une obésité. Elle atteste une incapacité de travail totale depuis le 24 janvier 2003. La patiente est en traitement chez ce médecin depuis octobre 1993. Du 26 septembre au 9 octobre 2003, elle a été hospitalisée en raison des lombosciatalgies. La thérapie consiste en un traitement antalgique en continu.
4. Dans le formulaire intitulé "Questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré", l'assurée indique le 8 mars 2004 qu'elle aurait exercé une activité lucrative en tant que couturière à 100 % si elle était en bonne santé, en raison de ses besoins financiers.
5. Selon l'avis de taxation des époux B_____, l'époux de l'intéressée a réalisé en 2002 un salaire annuel de 70'963 fr., auquel s'ajoutent des allocations familiales de 7'200 fr.
6. Dans un rapport du 29 mars 2004, le Dr M_____, chef de clinique adjoint du Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) mentionne une lombosciatique L5-S1 avec un syndrome radiculaire irritatif et un très discret déficit à la station sur la pointe du pied à gauche. La patiente est toujours traitée par des anti-inflammatoires et n'est pas motivée par une intervention chirurgicale qui pourrait être justifiée, selon ce médecin. La hernie est de petite taille.
7. Le 3 septembre 2004, l'assurée subit une ablation d'un schwannome vestibulaire par cranio-rétro-mastoïdienne. Dans le rapport du 4 octobre 2004 des Drs N_____ et O_____ de la Clinique de Joli-Mont est mentionné que l'opération s'est compliquée en post-opératoire d'une paralysie de l'hémiface droite, laquelle tend à diminuer. Toutefois, en fin de séjour en cette clinique, l'assurée présente une occlusion quasi complète de l'œil droit à la fermeture oculaire. La patiente porte une coque protectrice durant la nuit et elle doit hydrater sa

conjonctive régulièrement. A la sortie, il persiste des douleurs de type neurogène de l'hémiface droite mais qui tendent à s'estomper.

8. Le 19 octobre 2004, le Dr M_____ indique, dans son courrier à la Dresse L_____, que sa patiente a développé une kératite et conjonctivite à droite après son séjour à la Clinique de Joli-Mont et est traitée et suivie en ophtalmologie. La paralysie faciale périphérique droite est en régression et il a encouragé l'assurée à faire des exercices de mobilisation de la face. Quant à la marche, la patiente est actuellement capable de marcher seule, bien qu'elle se sente un peu instable. Les troubles de la marche sont globalement en amélioration, selon les déclarations de la patiente et de son mari. Les douleurs au niveau de la face à droite et de la langue à droite ont quasiment disparu. La patiente n'a plus d'audition à droite et présente encore une hypoesthésie de la face à droite. Depuis quelques jours, elle ressent de nouvelles lancées douloureuses au niveau de la gorge et l'oreille droite. Il pourrait s'agir de douleurs neurogènes séquellaires à la compression par la tumeur ou à l'intervention.
9. Dans son courrier du 30 novembre 2004 à la Dresse L_____, le Dr M_____ mentionne notamment que les progrès à la marche sont constants et que la patiente est actuellement capable de marcher assez rapidement sans aide. Le problème principal reste les douleurs faciales droites dans un contexte d'hypoesthésie de ce côté de la face.
10. Le 6 mars 2005, l'assurée fait l'objet d'une enquête économique sur le ménage. Dans le rapport y relatif est mentionné que l'assurée a des problèmes de santé depuis la naissance de ses jumeaux et qu'elle souffre du dos depuis 10 ans. Les empêchements dans sa vie quotidienne sont importants depuis l'opération en septembre 2004. Elle a des douleurs persistantes dans la bouche et au visage, n'entend plus de l'oreille droite, ne voit plus de l'œil droit et souffre d'une parésie faciale. Dépendante de médicaments antalgiques, elle somnole une grande partie de la journée. Elle a un mauvais équilibre à la marche et des vertiges. Enfin, elle porte une coque protectrice sur son œil droit et doit régulièrement l'hydrater, afin d'éviter le dessèchement. Quant à son époux, il est menuisier de profession. L'enquêtrice conclut à une incapacité dans le ménage de 42,7 %. Dans l'estimation des empêchements, elle tient compte de l'aide qui est exigible de la part du mari et des enfants, tout en mentionnant que les jumeaux sont encore petits, de sorte qu'ils ne peuvent être raisonnablement trop chargés de tâches ménagères, et que l'aîné des enfants est un écolier dont il ne faudrait pas non plus mettre en péril le parcours scolaire. Le mari est au chômage depuis le 1^{er} février 2006, mais a bon espoir de retrouver rapidement du travail. Son travail est lourd et fatiguant, de sorte qu'il ne peut pas non plus accomplir la totalité des tâches ménagères. Enfin, l'enquêtrice estime souhaitable de soumettre le dossier de l'assurée au Service médical régional de la Suisse romande (ci-après : SMR).

11. Le 8 mars 2005, le Dr M_____ écrit à la Dresse L_____ que la motricité faciale à l'examen clinique est nettement améliorée. Il en va de même de la marche et de l'équilibre. Les douleurs faciales droites sont les plus handicapantes.
12. Du 19 au 28 avril 2005, l'assurée est hospitalisée au Service d'ophtalmologie des HUG. Le 27 avril 2005, elle subit une intervention consistant dans la pose d'un implant en or dans la paupière droite, dans le but d'alourdir cette dernière et de permettre ainsi une meilleure occlusion et une meilleure protection de la cornée. Les suites opératoires sont simples et la patiente peut rentrer à domicile le lendemain avec une protection de l'œil, selon le résumé de l'observation du 11 mai 2005 de ce service.
13. Le 8 juin 2005, le Dr M_____ confirme à la Dresse L_____ l'amélioration constatée précédemment. Toutefois, la patiente décrit une certaine perte de l'équilibre et une tendance à dévier du côté gauche. Les douleurs faciales restent handicapantes mais sont significativement améliorées sous traitement médicamenteux.
14. Dans son courrier du 12 septembre 2005 à la Dresse L_____, le Dr M_____ fait état d'une aggravation des douleurs faciales et de la langue à droite, selon les plaintes de la patiente. Une IRM effectuée le 7 septembre 2005 montre l'absence de résidu tumoral et une probable sinusite maxillaire droite qui pourrait expliquer la recrudescence de ces douleurs.
15. Par décision du 13 octobre 2005, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, aujourd'hui Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) refuse à l'assurée le droit à une rente.
16. Par décision du 17 novembre 2005, l'OAI admet partiellement l'opposition de l'assurée, annule sa décision et reprend l'instruction du dossier.
17. Le 6 février 2006, le Dr M_____ informe la Dresse P_____ de la Consultation de la douleur du Service de pharmacologie et toxicologie cliniques des HUG qu'il persiste toujours des douleurs faciales et de l'hémilangue à droite, permanentes nuit et jour avec des lancées douloureuses de type de brûlure et des déchirement, sous traitement médicamenteux. La patiente présente également une hypoesthésie cornéenne et des trois bronches du nerf trijumeau droit ainsi que des érosions de l'hémilangue et de la face interne de la joue à droite, compatibles avec des troubles trophiques dans le territoire du trijumeau. Le traitement médicamenteux semble occasionner des troubles de l'équilibre et une certaine somnolence. La patiente juge les douleurs intolérables. Le Dr M_____ évoque à cet égard la possibilité de pratiquer une stimulation épidurale du cortex moteur primaire, si les douleurs ne s'amendent pas.

18. Le 5 mai 2006, une greffe de membrane amniotique est pratiquée. Les suites opératoires sont marquées rapidement par un déplacement du greffon, selon le résumé de l'observation du Service d'ophtalmologie des HUG du 22 mai 2006. L'assurée est réopérée le 15 mai 2006 pour mettre deux membranes amniotiques.
19. Selon l'avis médical du 19 juillet 2006 du Dr Q _____ du SMR, l'état de santé de l'assurée n'est pas stabilisé. La stimulation épidurale du cortex primaire proposée n'est pas exigible. L'incapacité de travail est totale depuis juin 2004 en raison de la tumeur vestibulaire et de ses séquelles douloureuses non fonctionnelles.
20. Le 31 août 2006, l'OAI envoie à l'assurée un projet d'octroi d'un quart de rente dès le 1^{er} juin 2005 que celle-ci conteste.
21. Le 14 septembre 2006, le Dr M _____ écrit à la Dresse L _____ que sa patiente souffre toujours d'algies de la face de type neuropathique, sur lésion du nerf trijumeau. En dépit du traitement instauré par la Consultation multidisciplinaire du traitement de la douleur des HUG, ces douleurs semblaient inchangées. La patiente est de plus en plus handicapée et déprimée par celles-ci. Le traitement de Neurontin semble occasionner une certaine somnolence. Le Dr M _____ a l'intention de contacter le Centre de la douleur pour savoir si on peut aller plus loin sur le plan médicamenteux ou s'il faut commencer à discuter avec la patiente et son mari d'un traitement chirurgical de la douleur sous forme de stimulation épidurale du cortex moteur primaire, ce à quoi la patiente semble encore réticente.
22. Selon le rapport du 21 septembre 2006 de la Dresse R _____ du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, le traitement médicamenteux est modifié.
23. Le 28 septembre 2006, la Dresse L _____ demande à l'OAI de réévaluer le pourcentage de l'invalidité de sa patiente, dès lors que ce médecin estime que l'état de santé de celle-ci se dégrade et l'handicape de plus en plus dans son quotidien. Elle ressent des douleurs importantes malgré un traitement antidouleur maximal prescrit par le centre précité. Elle devra probablement subir prochainement une intervention chirurgicale consistant en une stimulation épidurale du cortex moteur primaire, ce qui ne garantit cependant pas que les douleurs disparaîtront. Les atteintes à la santé ont provoqué enfin une dépression qui s'accroît.
24. Par décision du 7 décembre 2006, l'OAI confirme son projet de décision et octroie un quart de rente à l'assurée dès le 1^{er} juin 2005. Ce faisant, l'OAI relève que les médecins du SMR ont retenu une incapacité de travail totale dans n'importe quelle activité. Cependant, étant donné le statut de l'assurée, l'évaluation du degré d'invalidité se fait sur la base des empêchements dans les activités quotidiennes, empêchements qui ont été évalués à 43 %.

25. Dans le cadre du recours de l'assurée contre cette décision, la Dresse L_____ informe le Tribunal de céans le 26 mars 2007 que l'état de santé de sa patiente s'est péjoré. Elle présente une nouvelle maladie qui a nécessité une hospitalisation du 23 octobre au 22 novembre 2006 et qui implique des contrôles ambulatoires au Service de dermatologie des HUG. De ce fait, sa patiente n'a pas pu suivre les divers traitements proposés par la Consultation de la douleur. Ce médecin évalue sa capacité de travail ménager à 20 %. La Dresse L_____ joint à son courrier un rapport "provisoire" et non daté de la Clinique et Polyclinique de dermatologie et de vénéréologie qui fait état de l'apparition soudaine, il y a trois semaines, d'une lésion livedoïde au niveau du pouce droit. Le bilan biologique et paraclinique met en évidence une obstruction longue de l'artère radiale droite du coude jusqu'au poignet qui motive l'introduction d'une anticoagulation.
26. Entendue en comparution personnelle en date du 25 avril 2007 avec l'aide d'un interprète, la recourante déclare n'avoir pas été opérée une nouvelle fois depuis octobre 2006. Elle a environ un rendez-vous médical par semaine. Quant à son mari, il est au chômage depuis une année. En ce qui concerne le déroulement de sa journée, elle se lève une première fois vers 6h00 du matin pour prendre des médicaments, puis se recouche. Elle se lève définitivement entre 10 et 11h et se repose à nouveau jusqu'à midi. Ses enfants et son mari, s'il est là, préparent un repas et elle se met à table avec eux. Dans l'après-midi, elle sort parfois, lorsqu'elle se sent un peu mieux, pour boire un café avec des copines. Elle regarde aussi la télévision. Son mari prépare le repas du soir. Elle ne s'occupe par ailleurs d'aucune tâche ménagère. Les enfants effectuent le nettoyage et son mari prépare les repas.
27. Par jugement du 4 juillet 2007, le Tribunal de céans rejette le recours.
28. Le 2 novembre 2007, l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations et produit notamment le rapport du 23 octobre 2007 du Dr M_____. Selon ce médecin, les douleurs faciales droites se sont accrues, malgré l'augmentation de la médication antalgique qui cause en outre des effets secondaires, sous forme de somnolence. Les douleurs commencent à avoir une répercussion sur le moral de l'assurée et celui de la famille. L'assurée et son mari souhaitent discuter d'une simulation épidurale du cortex moteur primaire. Après que le médecin a donné des explications relatives à cette technique, le couple déclare vouloir encore réfléchir.
29. Selon l'avis médical de la Dresse S_____ du SMR, le rapport du Dr M_____ n'apporte pas d'élément nouveau, de sorte qu'il n'y a pas de motif médical à une nouvelle instruction.
30. En réponse à un projet de décision de refus d'augmentation de la rente invalidité du 21 janvier 2008, l'assurée fait savoir à l'OAI que son état s'est aggravé. Elle a des problèmes de thrombose, elle est fatiguée tout le temps, ne peut pas se mouvoir et ne voit pas d'un œil. Le Dr M_____ lui a conseillé une opération. Compte

tenu de sa situation, elle est très angoissée, pleure tout le temps et a peur de laisser ses trois enfants seuls. Elle a des douleurs permanentes dans tout son corps, surtout à la tête, elle prend un arsenal de médicaments qui lui donnent souvent des douleurs insupportables à l'estomac. Si elle ne les prend pas, les douleurs s'accroissent et elle pense souvent que c'est mieux de mourir que de vivre. L'état dépressif est permanent. A cela s'ajoute une hypertension permanente.

31. Par courrier du 4 mars 2008, le Dr M_____ communique à l'OAI que sa patiente est actuellement très angoissée à l'idée d'une intervention neurochirurgicale et l'a pour l'instant refusée.
32. Par décision du 14 mars 2008, l'OAI refuse l'augmentation de la rente d'invalidité au motif que l'assurée n'a pas apporté d'éléments probants attestant d'autres diagnostics. Par ailleurs, elle a refusé le traitement qui lui a été proposé.
33. Du 11 au 28 novembre 2008, l'assurée est hospitalisée au Service de dermatologie des HUG, en raison d'une neurofibromatose et d'une dermatophytie plantaire. A titre de diagnostic secondaire est notamment mentionné un syndrome douloureux chronique. Dans le rapport du 22 janvier 2009, les médecins des HUG mentionnent également que l'assurée souffre de douleurs faciales névralgie-formes droites et qu'elle se plaint de douleurs articulaires musculaires diffuses évoluant depuis un an. Tous les points de fibromyalgie sont positifs. Le diagnostic le plus probable est un syndrome douloureux chronique, raison pour laquelle les doses de l'antidépresseur ont été augmentées.
34. Le 17 février 2009, l'assurée saisit l'OAI d'une nouvelle demande de prestations.
35. Le 6 mars 2009, la Dresse L_____ fait savoir à l'OAI que l'état de santé physique et psychique de sa patiente se péjore.
36. Dans son attestation médicale du 11 mars 2009, le Dr M_____ atteste que sa patiente souffre toujours intensément de douleurs neuropathiques faciales, ce qui l'empêche de faire face à ses tâches de femme au foyer. Il serait ainsi opportun de considérer la possibilité de la subventionner pour avoir une aide ménagère.
37. Par courrier du même jour, le Dr M_____ fait savoir à la Dresse L_____ qu'il a vu en consultation ambulatoire l'assurée et qu'elle lui a dit souffrir de plus en plus de ses douleurs faciales avec l'impression d'une crampe à la mâchoire du côté droit. Elle se plaint aussi de douleurs diffuses, notamment de cervicalgies, ainsi que d'une faiblesse généralisée. Elle n'est toujours pas encline à se faire opérer pour une stimulation du goretex moteur primaire.
38. Le 18 mars 2009, le Service d'ophtalmologie des HUG informe l'OAI que l'assurée est traitée actuellement pour un ulcère neurotrophique à l'œil droit consécutif à

l'ablation d'un schwannome en 2004. L'acuité visuelle à l'œil droit est actuellement limitée à la perception lumineuse.

39. Dans un rapport du 20 avril 2009, le Dr T_____ atteste que sa patiente n'arrive pas à se déplacer seule, présente des maux de tête très importants et permanents qui ne sont pas soulagés par des médicaments. Elle souffre aussi de multiples douleurs somatiques, d'une hernie discale et d'un problème cardio-vasculaire. A cela s'ajoute une symptomatologie anxio-dépressive. Elle ne sort pas de chez elle et est souvent alitée. Elle est totalement incapable de faire les tâches quotidiennes. Ce médecin pose les diagnostics d'état dépressif sévère sans symptôme psychotique et d'anxiété généralisée. La patiente est suivie d'une manière régulière pour une psychothérapie et un traitement médicamenteux. L'évolution est défavorable et le pronostic mauvais. Sa capacité de travail est nulle.
40. Selon le rapport du 9 juin 2009 du Centre d'imagerie Rive droite SA, l'assurée présente une discarthrose inflammatoire prédominant à droite L4-L5 avec image de canal étroit décompensé sur canal étroit congénital avec hypertrophie facettaire et ligamentaire et protrusion discale globale en conflit modéré avec les racines L4-L5 à droite. Il y a aussi une hernie discale L5-S1 et L1-L2. Tous ces éléments étaient déjà présents sur l'examen antérieur de 2003 avec une légère péjoration du status en L4-L5 actuellement.
41. Le 25 septembre 2009, l'assurée est soumise à une expertise par le Dr U_____, neurologue. Après une anamnèse très détaillée, il fait état des atteintes à la santé, à savoir la perte définitive de l'audition et l'aggravation de l'atteinte du nerf trijumeau. Il explique à cet égard que la douleur est à ce point subite et violente, qu'elle s'accompagne d'une grimace réflexe du sujet, raison pour laquelle cette atteinte est aussi appelée kick douloureux. L'atteinte du nerf trijumeau entraîne aussi une diminution de la sensibilité dans tous les territoires du nerf avec une sensation désagréable de dysesthésie comme lors de la résolution d'une anesthésie dentaire. Il y a aussi une perte de la fonction du nerf vestibulaire à droite, laquelle est responsable de la transmission des informations sur la position et les mouvements de la tête vers le cerveau. Cela provoque une sensation de perte d'équilibre et de vertiges. L'intervention chirurgicale de la tumeur cérébrale a eu pour conséquence également la perte de la vue de l'œil droit. De surcroît l'assurée doit l'entretenir avec un traitement complexe. Il y a aussi une atteinte ischémique de l'hémisphère cérébelleux responsable de troubles de l'équilibre. Le schwannome vestibulaire s'inscrit très vraisemblablement dans une neurofibromatose qui est une maladie évolutive et peut porter atteinte à différents organes, notamment vasculaires, ce qui explique la peur de l'assurée pour l'avenir. Quant à l'intervention consistant en une stimulation épidurale du cortex moteur, elle n'est pas toujours efficace et ses résultats sont parfois mitigés. Il est compréhensible que la patiente ne puisse pas accepter ce traitement pour lequel il faudrait rouvrir la boîte crânienne, d'autant plus qu'il y a un risque de problème vasculaire lié à une anti-coagulation. Elle souffre

aussi de douleurs lombaires chroniques avec blocage épisodique. Le traitement médicamenteux consiste en 20 médicaments différents. Les effets secondaires ne sont pas anodins en terme de fonction neurovégétative, de sédation et de trouble de l'équilibre. Enfin, cette situation a engendré un état dépressif et un syndrome douloureux chronique. Pour l'expert il est évident que l'assurée présente une incapacité de travail totale dans le ménage, tout en ajoutant "quand (l'assurée) affirme qu'elle ne participe pas au ménage, on doit la croire, et quand son amie le confirme et décrit la réalité de ses journées, on doit la croire aussi". Il ne peut qu'imaginer "qu'elle n'ait ni la force ni le courage ni la possibilité de participer à l'activité ménagère chez elle, sinon assise sur un tabouret devant la cuisinière pour essayer encore de faire un repas à midi à ses enfants".

42. Le 12 janvier 2010, une nouvelle enquête économique sur le ménage est effectuée. L'enquêtrice arrive à une invalidité dans le ménage de 47 %, en tenant compte de l'aide du mari et des enfants. Elle mentionne par ailleurs que la situation a changé par rapport à 2006, dans le sens que la famille a déménagé dans un appartement plus grand, que le mari de l'assurée est aussi en mauvaise santé et en attente d'une réponse à une demande de rente d'invalidité. L'état de santé de l'assurée est pratiquement superposable à celui de 2006 et elle va toujours aussi mal. Elle est très démonstrative, mais, selon l'enquêtrice, cela ne joue en rien en sa défaveur. Sa souffrance est palpable et elle est très diminuée dans sa vie quotidienne. Compte tenu du fait que ses enfants ont grandi, la pondération des différentes activités dans le ménage a été faite de façon différente (fils de 18 ans et les jumeaux de 14 ans).
43. Selon l'avis médical du 12 février 2010 de la Dresse V_____, l'état de santé de l'assurée ne s'est pas aggravé, sur le plan médical, depuis la première enquête ménagère. Le Dr U_____ ne mentionne pas non plus une aggravation. Les empêchements sont légèrement plus importants du fait du déménagement.
44. Le 22 février 2010, l'OAI communique à l'assurée un projet de refus de l'augmentation de la rente d'invalidité en niant une aggravation de l'état de santé sur le plan médical et en constatant que les empêchements dans le ménage sont légèrement plus importants en raison du changement de domicile pour un appartement plus grand et du fait que son époux est en mauvaise santé.
45. Le 12 avril 2010, l'assurée s'oppose à ce projet, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité en fonction d'un taux d'invalidité de 80 %, sur la base de l'expertise du Dr U_____ et du rapport du Dr T_____. Elle critique que, dans le cadre de l'enquête ménagère, une participation de 10 % pour le conjoint et les fils de l'assurée est prise en compte pour quasiment chaque poste de l'enquête, alors même que l'état de santé du conjoint s'est détérioré. Elle se prévaut par ailleurs de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle, en cas de divergence entre les résultats d'une enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatif à la capacité

d'accomplir les travaux habituels, ces dernières ont en règle générale plus de poids que l'enquête de ménage.

46. Dans la note de travail du 27 avril 2010, la gestionnaire du dossier à l'OAI mentionne que la première enquête sur le ménage prenait en compte une aide minimale de la part des enfants de l'assurée, les jumeaux étant petits, et une exigibilité plus conséquente de la part du mari. L'enquête du 19 janvier 2010 tient compte d'une aide plus importante des enfants et d'une exigibilité de la part du mari de 10 %, soit moins que dans la précédente enquête. Il n'y a pas de nouveaux éléments permettant de modifier les conclusions de cette enquête.
47. Par décision du 7 mai 2010, l'OAI confirme son projet de décision précité.
48. Par acte du 10 juin 2010, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Elle fait valoir que son état de santé psychologique s'est manifestement aggravé, puisqu'elle a commencé à consulter le Dr T_____. Sur le plan somatique les pièces médicales mentionnent également une aggravation des douleurs névralgiques faciales, nécessitant une augmentation du traitement antalgique et ainsi des effets secondaires liés à celui-ci. Selon la recourante, jusqu'à l'expertise médicale du Dr U_____, ses problèmes de santé et leur impact sur la capacité ménagère ont été minimisés. Par ailleurs, tous les médecins-traitants et l'expert estiment à 20 % au maximum l'exigibilité dans l'activité ménagère. Sur le plan psychologique, le Dr T_____ considère qu'elle est même totalement nulle. La recourante conteste par ailleurs que l'exigibilité de la part du mari dans la participation aux tâches ménagères ait été revue à la baisse. Compte tenu de la divergence entre les constatations d'ordre médical et l'enquête économique sur le ménage, elle persiste à considérer qu'il y a la priorité à donner aux avis médicaux.
49. Le 8 juillet 2010, l'intimé conclut au rejet du recours en se fondant sur les avis du SMR et la seconde enquête économique sur le ménage. A cet égard, il persiste à considérer qu'une exigibilité moindre dans la participation aux tâches du ménage a été retenue pour le mari.
50. Par ordonnance du 7 octobre 2010, le Tribunal met en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique et la confie au Dr W_____, psychiatre.
51. Dans son rapport du 5 février 2011, l'expert pose le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Il estime que « l'épisode dépressif sévère, l'anxiété généralisée, la fatigabilité, l'anémone (sic), les douleurs ainsi que la perte de perspectives dans l'avenir réduisent considérablement la capacité de travail dans le ménage ». Selon l'expert, la capacité de travail de l'expertisée dans la conduite du ménage est réduite de plus de 50%, pour la préparation/cuisson/service/travaux de nettoyage de la cuisine supérieure à 80 % et pour la lessive et l'entretien des

vêtements également supérieure à 80 %. La symptomatologie dépressive légère au début s'est considérablement aggravée au moment où l'expertisée a commencé à perdre l'espoir de toute rémission. La symptomatologie dépressive est au premier plan de tous les problèmes de santé de l'assurée. Selon l'expert judiciaire, la capacité de travail de la recourante est nulle. Il ressort par ailleurs de cette expertise que l'aîné de la recourante vient de commencer la Haute Ecole d'ingénieurs et que les jumeaux fréquentent le cycle. La famille vit de l'aide sociale et est au bénéfice d'une aide ménagère. La cuisine est assurée par le fils aîné et parfois par des voisins membres de leur communauté. Depuis octobre 2009, la recourante est suivie deux fois par mois en moyenne par le Dr T_____. Elle suit un lourd traitement médicamenteux. Dans les plaintes et dans les données subjectives de la recourante, l'expert mentionne notamment qu'elle se déplace avec une canne en raison de lombalgies et qu'elle souffre très souvent de douleurs diffuses généralisées dans les jambes, accompagnées d'importants troubles d'équilibre à la marche. Les douleurs chroniques, par moment insupportables, se répercutent sur son humeur. Ayant perdu l'espoir d'aller mieux, elle est découragée, déprimée et angoissée. Elle dit vivre au jour le jour, sans projet, et que sa vie n'a plus de sens. Elle déclare aussi beaucoup pleurer ces derniers jours, se sentir inutile et avoir honte d'elle-même. Elle a l'impression de mourir à petit feu. La maladie de son mari n'arrange pas les choses. Toutefois, la famille peut compter sur sa communauté qui l'aide beaucoup. Le climat est cependant très tendu avec les enfants qui deviennent de moins en moins respectueux avec l'adolescence. Au status clinique, l'expert constate une importante fatigabilité, une baisse de la concentration nécessitant à deux reprises une pause de 10 minutes lors des entretiens. La recourante affiche aussi beaucoup de grimaces traduisant sa souffrance. Toutefois, il n'y a pas de troubles cognitifs patents, à part une faible capacité de concentration et de légers troubles de mémoire. Le discours est cohérent, précis et informatif. Il est centré essentiellement sur les douleurs, les angoisses et les symptômes dépressifs. L'expert observe par ailleurs un ralentissement psychomoteur avec une importante asthénie. Enfin, l'expert estime que l'épisode dépressif est consécutif au syndrome douloureux chronique.

52. Dans un avis médical du 3 mars 2011, la Dresse V_____ du SMR constate que l'expert judiciaire ne se prononce pas sur la date d'aggravation de l'état de santé depuis la décision d'octroi d'un quart de rente en juin 2005. Par ailleurs, selon cette praticienne, des facteurs externes semblent prépondérants comme la maladie du mari, l'adolescence des enfants et l'aide moins importante. Sur la base de cette expertise, ce médecin ne peut pas reconnaître une aggravation de l'état de santé. Elle suggère de requestionner l'expert judiciaire sur ce point.
53. Dans sa détermination du 8 mars 2011, l'intimé fait sien l'avis médical précité.
54. Par écritures du 8 mars 2011, la recourante persiste en substance dans ses conclusions, en se fondant sur l'expertise judiciaire. Elle rappelle que, selon la

jurisprudence, en présence de troubles psychiques et en cas de divergences entre les résultats d'une 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.

55. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend les procédures pendantes devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA, 38 al. 3 LPGA p.a. et 9 de la loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; E 5 10).
3. Le recours porte sur le point de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision de l'intimé entrée en force et si cette aggravation justifie l'octroi d'une rente d'invalidité supérieure à un quart.
4. a) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. D'après la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais

que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

b) Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). A cet égard, le Tribunal fédéral des assurances a récemment précisé qu'il convenait de comparer l'état de santé avec celui tel qu'il se présentait lors de la dernière décision entrée en force, pour autant que celle-ci reposât sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 page 110 ss consid. 5). En modifiant sa jurisprudence antérieure, notre Haute Cour a admis que cela était également valable pour une décision faisant suite à une révision d'office du droit à la rente, qui se bornait de constater que le droit aux prestations ne s'était pas modifié.

c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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 l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie (al. 2).

5. Aux termes de l'art. 8 al. 3 LPGA, les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. L'art. 7 al. 2 LPGA s'applique par analogie. Selon cette disposition, 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.
6. L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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 261 consid. 4).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

c) 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).

Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire

sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

d) 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).

d) 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 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). 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).

8. En l'espèce, l'intimé a rejeté la dernière fois la demande de révision de la recourante par décision du 14 mars 2008. Il était entré en matière sur cette demande et avait soumis de nouveau le dossier au SMR, lequel a notamment examiné le rapport du 23 octobre 2009 du Dr M_____ . Cela étant, la Cour considère qu'il convient de comparer l'état de santé de la recourante entre mars 2008 et le 7 mai 2010, date de la nouvelle décision de l'intimé présentement contestée.
9. En premier lieu, il y a lieu d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est aggravé.

Selon l'expert judiciaire, la symptomatologie dépressive s'est développée depuis 2004, étant donné que l'expertisée n'avait pas d'antécédent psychiatrique avant cette date (p. 7 de l'expertise). Elle était légère au début et s'est considérablement

aggravée au moment où l'expertisée a commencé à perdre l'espoir de toute rémission (p. 9 s. de l'expertise). L'épisode dépressif est consécutif au syndrome douloureux chronique, selon l'expert judiciaire.

Cette aggravation de l'état de santé sur le plan psychique et psychosomatique ressort également d'autres rapports médicaux. Ainsi, les médecins des HUG ont mentionné, dans leur rapport du 22 janvier 2009, que tous les points de fibromyalgie étaient positifs. Ils ont par ailleurs émis le diagnostic de syndrome douloureux chronique et augmenté les doses de l'antidépresseur. Ces diagnostics n'avaient pas été évoqués précédemment par les médecins consultés par la recourante. Le 6 mars 2009, la Dresse L_____ a également fait part à l'intimé que l'état physique et psychique de sa patiente s'était péjoré. Il ressort du courrier du 11 mars 2009 du Dr M_____ à la Dresse L_____ que l'assurée se plaignait aussi de douleurs diffuses, notamment de cervicalgies, ainsi que d'une faiblesse généralisée. Enfin, en raison de ses troubles psychiques, l'assurée s'est fait suivre par un psychiatre, le Dr T_____, depuis au moins avril 2009, lequel a également attesté qu'elle souffrait notamment de multiples douleurs somatiques auxquelles s'ajoutait une symptomatologie anxio-dépressive, ne sortait pas de chez elle, était souvent alitée et complètement incapable de faire les tâches quotidiennes. Selon ce dernier médecin, elle présentait un état dépressif sévère et une anxiété généralisée.

Sur la base de ces rapports, il convient d'admettre une aggravation sous forme d'un épisode dépressif sévère et d'un trouble somatoforme douloureux.

Il est vrai que l'expert judiciaire n'indique pas à partir de quelle date la recourante présente un épisode dépressif sévère. Cependant, dans son rapport d'expertise, il mentionne que la recourante se fait suivre par le Dr T_____ depuis le 27 octobre 2009. Toutefois, selon toute vraisemblance, le Dr W_____ s'est trompé dans la date et la recourante a dû consulter le Dr T_____ depuis octobre 2008 déjà, dans la mesure où le rapport médical du Dr T_____ figurant dans le dossier est daté du 20 avril 2009. Partant, il y a lieu de retenir que l'aggravation s'est produite en octobre 2008, moment où la souffrance psychique semble avoir atteint un degré de gravité tel que la recourante a cherché le secours d'un spécialiste en psychiatrie.

Cette aggravation doit être prise en compte à partir d'une durée de trois mois, à savoir dès décembre 2008. Cependant, la recourante n'a déposé une demande de révision qu'en février 2009 et, selon l'art. 17 LPGA, les rentes ne peuvent être révisées que pour l'avenir. Ainsi, l'aggravation ne peut prendre effet qu'à partir de février 2009.

10. Cela étant, il convient de déterminer dans quelle mesure cette aggravation a modifié le degré d'invalidité dans la sphère du ménage.

a) L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se regroupent en partie, doivent être différenciées. Aux termes de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou dans 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. Pour une nettoyeuse professionnelle, par exemple, elle s'évalue, dans son activité lucrative, au regard de son inaptitude à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites (passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, épousseter, etc.). En revanche, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) s'évalue différemment. Elle 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, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité - CIIAI - p. 65, ch. 3084 ss). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (ATF non publié du 13 avril 2005, I 593/03, consid. 5.3). À ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1er LAI), la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées). Cette aide, 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).

b) 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 le domaine des travaux habituels (sur les exigences relatives à la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, voir consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 218 de l'ATF 129 V 67 [arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002]; ATF 128 V 93). 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 (ATF non publiés 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) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 218 de l'ATF 129 V 67 [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 (ATF non publié 9C_108/2009 du 29 octobre 2009).

11. a) En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une nouvelle enquête sur le ménage, selon laquelle l'empêchement dans le ménage est de 47 %. Cependant, selon l'expert judiciaire, elle présente une incapacité de travail totale pour les travaux habituels. Cet avis est partagé par le Dr T_____ et le Dr U_____.

Il ne fait pas de doute que si la recourante avait exercé une activité professionnelle, une incapacité de travail totale aurait dû lui être reconnue et, partant, une rente d'invalidité entière. Tel aurait déjà dû être le cas au moment de la décision de l'intimé en décembre 2006 qui a fait l'objet de l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 4 juillet 2007. Toutefois, la détermination des empêchements dans la sphère du ménage suit d'autres critères, comme relevé ci-dessus. Ainsi, même en admettant par hypothèse un empêchement de 100 % dans le ménage, une invalidité à 100% ne pourrait être retenue, lorsque la personne assurée ne vit pas seule, dès lors que l'appréciation des empêchements dans les activités habituelles tient également compte de l'aide de la famille. Partant, l'enquête sur le ménage garde une certaine valeur aussi lorsqu'il s'agit d'établir les empêchements dans le ménage d'une personne atteinte de troubles psychiques, notamment pour la pondération des champs d'activité dans le ménage et l'aide exigible de la famille.

- b) Cela étant, il y a lieu d'examiner en premier lieu si l'enquêtrice a évalué à sa juste valeur l'aide exigible de la part de la famille, à savoir 10% pour le mari et le fils aîné, ainsi que 5% pour chacun des jumeaux, soit 30% au total.

En ce qui concerne le mari, la recourante conteste qu'il soit capable de participer à ce pourcentage aux tâches du ménage, dès lors qu'il est également malade et dans l'attente d'une rente d'invalidité. Toutefois, elle ne précise pas en quoi consiste sa maladie et quelles limitations l'empêcheraient de participer à ces tâches. Il ressort en outre de l'enquête sur le ménage que le mari fait les courses, avec l'aide des enfants, ainsi que la lessive. Il sort par ailleurs avec les enfants. Enfin, le fait qu'une personne soit en incapacité totale d'exercer une activité lucrative ne signifie pas qu'elle soit également incapable de s'occuper de son ménage. Cela est même exceptionnel. Partant, une participation du mari à raison de 10% des tâches du ménage ne paraît non seulement pas exagérée, mais modeste, étant relevé que cela ne représente, sur une semaine de 60 heures, que six heures par semaine, soit moins d'une heure par jour.

Il en va de même pour le fils aîné, né en 1992, d'autant plus que ce dernier devrait également s'occuper de son ménage, s'il vivait seul.

Quant aux jumeaux, nés en 1995, une participation aux tâches du ménage à raison de trois heures par semaine pour chacun ne dépasse pas non plus, de l'avis de Cour, la mesure exigible.

Par conséquent, en ce que l'enquêtrice a retenu une aide de la famille pour certains domaines du ménage de 30%, son appréciation doit être confirmée.

c) S'agissant de la capacité de la recourante d'accomplir les tâches du ménage, les médecins ont retenus une incapacité totale. Cependant, pour les raisons exposées dans ce qui suit, cela ne paraît pas totalement convaincant.

Selon l'enquête sur le ménage, la recourante présente dans la conduite du ménage, représentant 5 % du temps consacré au ménage, un empêchement de 50 %, de sorte que l'invalidité est de 2,5 % (50% de 5%). A cet égard, l'enquêtrice a noté que la recourante n'avait pas perdu ses facultés intellectuelles, qu'elle pouvait diriger l'aide ménagère qui passait une fois par semaine, ainsi que dire à ses enfants et à son mari ce qu'il fallait faire. L'enquêtrice a toutefois admis une diminution importante en raison de la somnolence et du manque de motivation liée à la dépression de la recourante. Pour l'expert judiciaire, l'empêchement est supérieur à 50% à cause de la démotivation, de la culpabilité, le manque d'intérêt et de plaisir. De l'avis de la Cour de céans, il n'y a néanmoins pas lieu de retenir un empêchement total. En effet, il ressort également de l'expertise judiciaire que la recourante est vigilante et qu'elle ne présente pas de troubles cognitifs patents, à part une faible capacité de concentration et de légers troubles de mémoire. Il y est en outre mentionné qu'elle "s'est présentée aux trois entretiens dans une tenue vestimentaire correcte, bien soignée" (p. 6 de l'expertise), ce qui démontre qu'elle a encore la motivation et l'énergie nécessaires pour prendre soin d'elle-même. La

Cour évalue ainsi l'empêchement à au maximum 80%, de sorte que l'invalidité dans ce domaine d'activité est de 4% (80% de 5%).

Pour le poste de l'alimentation, correspondant à 30% du temps consacré au ménage, l'enquêtrice a admis un empêchement de 80 %, estimant que la recourante peut, en prenant son temps et en restant assise à table, peler les légumes et donner des directives pour le repas. Il est par ailleurs tenu compte d'une aide des membres de la famille de 30%, de sorte que l'empêchement retenu est de 50%. Ce faisant, l'enquêtrice arrive à un taux d'invalidité dans ce domaine d'activité de 15 % (30 % de 50 %). Dès lors que selon l'expert judiciaire, l'empêchement dans le ménage est de 100 %, il ne paraît pas adéquat d'admettre une capacité de travail de 20 % pour la préparation, cuisson, service/travaux de nettoyage de la cuisine et provisions de 20 %. Cependant, même le Dr U_____ avait admis que la recourante préparait parfois le repas pour ses enfants à midi. Partant, il convient de retenir un empêchement de 90 %. Par conséquent, l'empêchement dans le ménage est de 60% (90% - 30%) et le taux d'invalidité de 18% (60% de 30 %).

Pour le poste entretien du logement, représentant 20% du temps consacré au ménage, l'enquêtrice a admis une incapacité totale de la recourante et une aide de la famille de 30 %, de sorte que, pour cette activité, le degré d'invalidité est de 14 % (70% de 20%). Cette appréciation n'est pas critiquable.

En ce qui concerne le poste emplettes, courses diverses et poste/assurances/services officiels, représentant 10% des tâches du ménage, il est constaté dans l'enquête sur le ménage que les papiers ont toujours été réglés par le mari de la recourante, de sorte qu'il n'y a aucune invalidité. Quant aux courses, il est de règle, selon l'enquêtrice, de ne pas retenir plus de 10 % d'exigibilité (recte empêchement) lorsque des personnes valides vivent sous le même toit. Ainsi, seule une invalidité de 1 % a été retenue (10 % de 10 %). Cette évaluation convainc également la Cour de céans, d'autant plus qu'en 2006, le mari faisait déjà les courses. Il est vrai qu'il a aujourd'hui des difficultés pour porter des sacs, selon ses dires, et qu'il doit se faire aider par ses enfants. Cependant, il convient également de relever que les courses ne doivent pas forcément être portées, dès lors qu'il est possible de se munir d'un caddie.

Quant au poste lessive et entretien des vêtements, 20% des tâches ménagères, un empêchement de 80 % est retenu dans l'enquête sur le ménage, l'enquêtrice considérant que la recourante est en mesure de trier et plier le linge en position assise. Elle a par ailleurs pris en compte une aide de la famille de 30 % et déterminé de la sorte une invalidité de 10 % pour ce poste. Compte tenu de ce que l'expert judiciaire a admis, tout en évaluant l'incapacité dans ce domaine à plus de 80%, que la recourante peut par moment faire la lessive et entretenir le vêtements, il y a lieu de retenir pour ce poste, de l'avis de la Cour, un empêchement de 90 %, soit 60%

avec l'aide de la famille, de sorte que le degré d'invalidité s'établit à 12 % (60 % de 20 %).

Pour le dernier poste, soins aux enfants ou aux autres membres de la famille, correspondant à 15% des tâches ménagères, l'enquêtrice a indiqué que c'est essentiellement le père qui sortait avec les enfants et que ceux-ci avaient par ailleurs grandis depuis la dernière enquête. Le fils aîné n'avait ainsi théoriquement plus besoin de soins et les deux jumeaux étaient adolescents. Dans la pondération, elle a retenu 10 % de moins pour ce domaine que dans la précédente enquête sur le ménage. En raison de la dépression et de la somnolence, l'enquêtrice a admis, pour la disponibilité avec les enfants, un empêchement de 30 %. Cependant, cet empêchement paraît sous-évalué, la recourante ne pouvant plus sortir et soutenir ses enfants du tout et étant peu disponible au vu de l'épisode dépressif majeur et la somnolence. Partant, en tenant compte de l'aide du mari pour ce poste, un empêchement de 50 % doit être reconnu, ce qui établit le taux d'invalidité à 7,5 % (50% de 15%).

Le total des taux d'invalidité retenus dans les différents domaines du ménage s'élève ainsi à 56,5 %, ce qui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la recourante mise au bénéfice d'une demi-rente à partir du 1^{er} février 2009.
13. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens.
14. Compte tenu de l'issue du litige, l'émolument de justice de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 7 mai 2010.
4. Octroie à la recourante demi-rente à compter de février 2009.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de justice de 200 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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