

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2428/2011

ATAS/1285/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 octobre 2012

3ème Chambre

En la cause

Madame T_____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BUCHE Irène

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, rue des Gares 12, 1201 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michaël BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame T_____ (ci-après : l'assurée), née en 1964, a déposé en date du 11 mai 2010 une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI). Elle y indiquait être femme au foyer depuis 1997 et invoquait un trouble dépressif sévère, un trouble de la personnalité et une phobie sociale.
2. Le 23 août 2010, son médecin traitant depuis juillet 2009, le Dr A_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à l'OAI que l'assurée l'avait consulté pour une anxiété importante. Il avait alors conclu à un état dépressif de degré moyen à sévère, probablement présent depuis de nombreuses années. Le médecin a également évoqué un certain isolement social et des difficultés dans les interactions. Selon lui, il y avait eu amélioration progressive depuis 2009 : le score de l'échelle MADRS s'élevait alors à 28/60 (ce qui correspond à un état dépressif de degré moyen à sévère); il ne s'élevait plus en juin 2010 qu'à 6/60. Il n'y avait pas de trouble de personnalité borderline selon les critères du DSM IV et de la CIM 10 mais le sentiment d'insécurité et de vide évoqué par l'assurée lui faisait penser à un état limite avec des traits immatures. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail du 9 juillet 2009 au 31 août 2010, précisant qu'à son avis, la capacité de travail ne pourrait jamais dépasser 50 % et qu'il faudrait éviter un stress trop important.
3. Le 15 octobre 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'il ne lui octroyait aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel.
4. Dans un rapport du 11 mars 2011, le Dr A_____ a précisé que l'état de santé de sa patiente s'était stabilisé. Une reprise du travail était envisageable - dans une blanchisserie par exemple - dont il a répété qu'elle ne pourrait à son avis dépasser 50%.
5. Une enquête économique sur le ménage a été mise sur pied.

Dans son rapport du 9 mai 2011, l'enquêtrice a précisé que l'entretien avait eu lieu dans les locaux de l'Office, l'assurée ayant refusé qu'elle se rende à son domicile au motif qu'elle ne voulait pas qu'elle soit témoin des relations difficiles entre elle et son fils.

L'assurée a indiqué devoir souvent s'allonger en raison d'un manque de force. Elle a évoqué comme principales difficultés ses conflits permanents avec son fils de 14 ans. Concernant les tâches ménagères, elle a indiqué tout faire elle-même, à son rythme.

L'assurée a affirmé qu'en bonne santé, elle aurait exercé à 30% un travail léger et facile (buanderie ou vente). Elle a expliqué qu'un emploi lui permettrait de quitter la maison et d'oublier ses problèmes quotidiens. Elle a reconnu ne pas avoir fait de recherches d'emploi depuis longtemps malgré une situation financière difficile; les dernières remontaient à la période durant laquelle elle bénéficiait du revenu minimum cantonal d'aide social (RMCAS).

L'enquêtrice a conclu à un degré d'empêchement de 18,2 % dans la sphère ménagère, justifié principalement par les difficultés de l'assurée, certains jours, à se charger des repas, par son manque d'énergie pour les grands nettoyages et par les difficultés rencontrées dans la prise en charge de son fils. Les empêchements se concentraient ainsi essentiellement dans le poste « soins aux enfants ». L'enquêtrice a relevé que la problématique de santé de l'assurée semblait d'ailleurs directement liée aux dysfonctionnements familiaux (divorce, conflits avec l'ex-conjoint et relations difficiles avec le fils). Pour le reste, elle a relevé que, s'agissant des tâches purement ménagères, l'assurée, malgré ses difficultés, rencontrait peu d'empêchements puisqu'elle restait capable de faire tout elle-même, à son rythme, mais de manière régulière. L'enquêtrice a tenu compte d'une certaine aide exigible de la part du fils de l'assurée, à tout le moins pour participer à l'entretien de sa chambre.

Pour le reste, elle a relevé que l'assurée n'avait pas repris d'activité lucrative depuis la naissance de son fils, malgré la péjoration de sa situation financière à son divorce, en 2005. Elle en a tiré la conclusion que, malgré les dires de l'assurée, cette dernière serait restée au foyer.

6. Appelée à remplir un questionnaire visant à déterminer son statut, l'assurée a répété qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 30 % « pour se sortir de ses problèmes quotidiens ». Elle a également précisé avoir entrepris des démarches concrètes pour rechercher une activité « il y a longtemps ».
7. Par décision du 6 juillet 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir droit aux prestations.
8. L'assurée a alors produit les recherches d'emploi effectuées alors qu'elle se trouvait au chômage - de janvier 2008 à janvier 2010 -, démontrant qu'elle avait alors recherché une activité à temps plein, principalement dans le secteur de la vente.
9. Le 8 juillet 2011, l'OAI a rendu une nouvelle décision, annulant et remplaçant implicitement la précédente et tenant compte des éléments produits par l'assurée s'agissant de son statut. Au vu de ces pièces, l'OAI a admis qu'en bonne santé, l'assurée aurait recherché un emploi. Se basant sur ses allégations dans le cadre de l'enquête ménagère, il lui a reconnu un statut d'active à 30 %.

Il a considéré que les empêchements rencontrés par l'intéressée dans l'accomplissement de ses tâches habituelles ne représentaient que 18 % ; quant à sa capacité de travail, elle atteignait 50% selon les indications du médecin-traitant.

L'OAI a conclu à un degré d'invalidité global de 12,6 % (18 % dans la sphère ménagère [70 %], 0% dans la sphère professionnelle [30%]), insuffisant pour ouvrir droit à des prestations.

10. Le 5 août 2011, l'assurée a adressé à l'OAI un courrier dans lequel elle déclarait vouloir "faire opposition" à cette décision au motif que, selon son médecin, elle ne pouvait travailler qu'à 50 %.
11. Ce courrier a été transmis à la Cour de céans comme objet de sa compétence par l'OAI le 11 août 2011.
12. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 12 septembre 2011, a conclu au rejet du recours.

Il fait remarquer qu'il a précisément retenu une capacité de travail de 50%. Il explique que cela permet à l'assurée d'exercer une activité lucrative à 30%, taux d'occupation pour lequel elle aurait opté si son état de santé le lui avait permis.

13. Une audience s'est tenue en date du 13 octobre 2011 à l'occasion de laquelle l'assurée a affirmé qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps.

La recourante a allégué être suivie désormais depuis septembre 2011 par un psychiatre en raison d'une aggravation de son état de santé.

Pour le reste, elle a expliqué avoir été placée en 1992 à la buanderie de Y_____ pour y avoir travaillé durant six mois à raison de 20 h./sem. - parce que c'était le taux d'occupation qui lui avait été proposé. Elle a affirmé qu'elle aurait travaillé plus si cela avait été possible.

En 1997, à la naissance de son fils, elle a cessé de travailler puis a repris une activité bénévole chez X_____ deux ou trois ans plus tard, à raison de 20 h./sem. et ce, durant environ deux ans.

Par la suite, elle a suivi durant une année et demi les cours d'une école de coiffure à raison de 20 h./sem. également.

Au bénéfice du revenu minimum cantonal d'aide sociale (RMCAS), elle dit avoir recherché activement un emploi à plein temps.

14. Dans une très brève attestation datée du 4 août 2011, le Dr A_____ a attesté d'une péjoration de l'état de santé de sa patiente et d'une incapacité de travail supérieure à 50 %.

15. Le 10 octobre 2011, le Dr B_____ a établi une attestation confirmant la péjoration de l'état de sa patiente et concluant à une incapacité de travail désormais supérieure à 70 %. Le médecin a brièvement expliqué que sa patiente rencontrait "une difficulté importante de gestion des relations interpersonnelles, de gestion émotionnelle", qui, ajoutée à sa désorganisation, conduisait à une chute de rendement importante.
16. Le Dr A_____, entendu en date du 24 novembre 2011, s'est déclaré dans l'incapacité de situer précisément dans le temps la péjoration de l'état de santé de sa patiente. Selon lui, cette incapacité était déjà de 60% en avril-mai 2011. Il a ajouté qu'en mars 2011, lorsqu'il indiquait que la capacité de travail de sa patiente « n'excédait pas 50 % », il entendait par là qu'elle n'atteignait probablement même pas 50 %.

Le diagnostic était toujours celui de trouble de la personnalité mixte. Les symptômes étaient les suivants : labilité émotionnelle, désorganisation, instabilité et difficultés dans les relations interpersonnelles, raison pour laquelle il faudrait impérativement éviter les postes mettant l'assurée en contact avec plusieurs personnes.

Depuis juillet 2009, l'assurée suit un traitement antidépresseur qui a été modifié à plusieurs reprises, la dernière fois durant l'été 2011. Depuis lors, l'état de l'assurée s'est légèrement amélioré, ce qui, selon le témoin, pourrait lui permettre d'envisager la reprise d'une activité lucrative en 2012, étant précisé qu'à son avis, la capacité de travail ne pourra jamais excéder 50% dans la mesure où les facultés de concentration diminuent après quelques heures.

17. La recourante, désormais assistée d'un conseil, a complété son recours par écriture du 31 janvier 2012 en concluant à ce que lui soit reconnu le statut d'active, à ce que soit mise sur pied une « expertise médicale concernant ses tâches habituelles » et à l'octroi d'une demi-rente au moins dès le 11 mai 2010.

La recourante allègue qu'à compter de 2008, elle aurait travaillé à plein temps si son état de santé le lui avait permis et en veut pour preuve le fait d'avoir recherché un poste à plein temps dès février 2008, lorsqu'elle s'est annoncée à l'assurance-chômage.

Subsidiairement, elle allègue que même si le statut d'active ne lui est pas reconnu à 100 %, elle a droit à une demi-rente au moins. Elle conteste en effet le résultat de l'enquête ménagère du 9 mai 2011 et soutient que ses empêchements représentent un degré d'invalidité de 50 % au moins. Elle ajoute que, puisqu'elle souffre de troubles psychiques, l'avis de son médecin traitant devrait primer sur celui de l'enquêtrice.

18. Par écriture du 28 février 2012, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

S'agissant du statut à reconnaître à l'assurée, il fait remarquer que celle-ci n'a plus exercé d'activité lucrative depuis 1992, soit bien des années avant sa maternité, et que ses déclarations se modifient au fil de la procédure. Ainsi, dans son formulaire de demande de prestations, l'assurée affirmait être femme au foyer depuis 1997 ; puis elle a déclaré à l'enquêtrice qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 30 % avant de soutenir devant la Cour qu'elle aurait exercé à plein temps. Or, bien que sa situation financière se fût péjorée au moment de son divorce, en 2005, et qu'elle ne souffrît alors d'aucune atteinte à sa santé, l'assurée n'a pas repris d'activité lucrative à ce moment-là.

Par ailleurs, s'agissant de l'enquête ménagère, l'intimé soutient qu'elle contient une description détaillée des conditions de vie de l'intéressée et de ses activités, ainsi qu'une analyse circonstanciée des tâches qu'elle peut ou ne peut plus réaliser. Il relève que le Dr A _____ n'a jamais allégué que les problèmes psychiques de sa patiente l'auraient empêchée de s'occuper de son ménage. Les difficultés de gestion des relations interpersonnelles et des émotions et la désorganisation évoquées par le médecin ne sont pas de nature à empêcher l'exécution des tâches ménagères habituelles, étant rappelé que si l'atteinte à la santé a pour résultat que certaines de ces tâches ne peuvent être accomplies qu'avec peine et plus lentement, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail en s'aménageant des pauses, en fractionnant les tâches, ou encore en repoussant les travaux peu urgents.

19. Le 27 avril 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle souligne avoir exercé différents emplois durant les années 1990 (vendeuse, serveuse ou employée de buanderie) et avoir effectué de nombreuses recherches d'emploi entre février 2008 et janvier 2010 - période durant laquelle elle était inscrite au chômage.

Quant à l'enquête ménagère, elle lui reproche de s'être déroulée dans les bureaux de l'Office et non chez elle. Elle estime que l'enquêtrice n'a pu prendre en compte son environnement à sa juste valeur.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
3. 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).

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA).

4. La question litigieuse est celle de savoir si l'assurée est invalide au point de se voir ouvrir droit aux prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement de savoir quel statut elle doit se voir reconnaître et à combien s'élève son degré d'invalidité.
5. a) Se pose en premier lieu la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée. L'intimé a considéré qu'elle devait être qualifiée de personne active à 30%, ce que l'intéressée conteste, alléguant désormais qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps.

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 trois 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.

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, ou s'il se consacrerait uniquement à ses 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 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 dispositions et des prédispositions. 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 faille 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 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées).

Il convient également de s'inspirer de la définition de la personne non active donnée à l'art. 28 al. 2 bis LAI, selon laquelle est considérée comme non active la personne qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger d'elle qu'elle en exerce une.

c) En l'espèce, il est constant que la recourante n'a plus exercé d'activité lucrative depuis de nombreuses années.

Certes, la recourante a affirmé en audience et dans ses écritures, qu'elle aurait travaillé à plein temps si son état de santé le lui avait permis et ce, depuis 2008. Elle en veut pour preuve le fait d'avoir recherché un poste à plein temps dès février 2008, lorsqu'elle s'est annoncée à l'assurance-chômage.

Ainsi que le fait remarquer l'intimé, la recourante n'a plus exercé d'activité rémunérée depuis 1992. Du rassemblement des extraits de compte individuel AVS de l'intéressée, il ressort qu'elle a réalisé des revenus de 9'300 fr. en 1988, de 19'940 fr. (8'336 +11'604) en 1989 et de 24'148 fr. en 1990, qu'elle a été au chômage de 1991 à 1993 - période durant laquelle elle a recherché un emploi à plein temps dans la vente, ainsi que le démontrent les feuilles de recherches produites et qu'en dehors de ces périodes, elle a toujours été sans activité lucrative.

En 1992, c'est-à-dire avant la naissance de son fils, l'assurée a travaillé durant six mois à raison de 20 h./sem. à la buanderie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Elle affirme qu'elle aurait travaillé plus si on le lui avait offert.

En 1997, à la naissance de son fils, la recourante a cessé de travailler puis a repris une activité bénévole chez X_____ deux ou trois ans plus tard, à raison de 20 h./sem. toujours, et ce, durant environ deux ans.

Par la suite, elle a suivi durant une année et demie les cours d'une école de coiffure à raison de 20 h./sem. également.

S'il est ainsi établi que l'assurée a recherché une activité à plein temps au début des années 90, force est de constater qu'elle n'a sans doute jamais travaillé à ce taux (si l'on en croit la modicité des revenus réalisés entre 1988 et 1990). Qui plus est, ses déclarations se sont modifiées au cours de la procédure puisqu'après avoir affirmé dans son formulaire de demande de prestations qu'elle était femme au foyer, la recourante a déclaré lors de l'enquête ménagère qu'en bonne santé, elle aurait

travaillé à 30% avant de soutenir devant la Cour de céans qu'elle aurait exercé à plein temps.

Or, bien que la situation financière de la recourante se fût péjorée au moment de son divorce, en 2005, et qu'elle ne souffrît alors d'aucune atteinte à sa santé, force est de constater qu'elle n'a pas repris d'activité lucrative à ce moment-là. Son train de vie depuis lors a toujours été modeste. Eu égard à ces circonstances, le statut de personne active à 30% seulement reconnu à la recourante par l'intimé apparaît justifié dans la mesure où il correspond aux affirmations de la recourante durant l'enquête ménagère. Les considérations contraires émises par l'intéressée uniquement après que l'intimé a rendu son projet de décision ne sauraient remettre en cause ces conclusions, dans la mesure où elles semblent être le fruit de réflexions ultérieures. En effet, il convient de donner la préférence aux premières déclarations faites par la recourante, alors qu'elle en ignorait vraisemblablement les conséquences juridiques (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c).

En conclusion, les griefs de la recourante relatifs à la qualification de son statut par l'intimé sont rejetés. Elle doit être considérée comme une personne active à 30% seulement.

6. a) Il convient à présent d'examiner si la recourante peut se voir reconnaître un degré d'invalidité suffisant pour lui ouvrir droit aux prestations de l'assurance.
- b) 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 travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), l'objet de l'assurance n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi mais plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non-actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui

ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207ss.; 106 V 88; 110 V 275; RCC 1981 p. 124 consid. 1a).

c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

Le nouveau droit n'a pas modifié l'échelonnement des rentes (art. 28 al. 1 LAI) en tant qu'il se rapporte au quart et à la demi-rente, mais il permet d'octroyer trois-quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60 %, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 2/3 à 70 %.

d) 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).

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.).

S'agissant 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

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

e) Pour établir la capacité de travail de la recourante, l'OAI s'est fondé sur l'évaluation du propre médecin traitant de l'intéressée, qui affirmait, au moment de la décision litigieuse, que sa patiente était capable d'exercer une activité

professionnelle à 50%. Certes, ce médecin a ensuite expliqué qu'il entendait par là « à 50% au maximum », mais il n'a pas allégué que cette capacité était alors inférieure à celle de 30% nécessaire à la recourante pour exercer au taux d'occupation retenu.

En audience, la recourante a annoncé être suivie depuis septembre 2011 par un psychiatre, suite à une aggravation de son état de santé qu'elle a fait remonter à l'été 2011. Le Dr A_____ a confirmé cette péjoration, qu'il s'est cependant déclaré dans l'incapacité de situer précisément dans le temps. De ses déclarations, il ressort toutefois que l'incapacité de la recourante était de 60% en avril-mai 2011 - ce qui correspond à une capacité de travail de 40%, suffisante pour lui permettre de travailler à 30%.

Dans la mesure où la dernière modification du traitement antidépresseur remonte à l'été 2011 selon l'assurée et son médecin, il faut en conclure que l'aggravation alléguée est postérieure à la décision litigieuse, laquelle a été rendue le 8 juillet 2011. Elle sort donc du cadre du litige.

Il suit de ce qui précède qu'au moment de la décision litigieuse, la recourante était apte à travailler à 30% au moins, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a retenu un degré d'invalidité de 0% dans la sphère professionnelle.

7. a) La recourante conteste également l'empêchement retenu dans la sphère ménagère.

b) En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels, l'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine. Pour déterminer la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin le contenu doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). De plus, le total des activités ménagères doit toujours se monter à 100% (VSI 1997 p. 298).

Comme lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 28 al. 2 LAI, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel ne peut être déterminé que compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur

les résultats de l'enquête ménagère (arrêt du 28 février 2003 en la cause S.-P., I 685/02, déjà cité). Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il faut faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c).

Cela étant, on ne saurait confirmer la pratique aux termes de laquelle, en présence de troubles d'ordre psychique, l'enquête sur les activités ménagères ne constitue pas un moyen de preuve approprié pour évaluer le degré d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage. Il faut bien plutôt s'en tenir à la jurisprudence inaugurée dans l'arrêt non publié du 9 novembre 1987 dans la cause I 277/87, et la préciser, en ce sens qu'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 (ATFA I 311/03 du 22 décembre 2003, consid. 5.3).

c) En l'espèce, il n'existe aucun élément permettant de mettre en doute la valeur probante et les conclusions de l'enquête ménagère.

Certes, l'enquête n'a pas été réalisée au domicile de la recourante, mais à la demande expresse de celle-ci, qui a invoqué les tensions existant entre elle et son fils.

Il apparaît cependant au vu du diagnostic retenu par le psychiatre traitant que non seulement l'intéressée était apte à répondre aux questions de l'enquêtrice mais également qu'elle ne rencontre aucun empêchement dans l'accomplissement des tâches ménagères. En effet, les seules limitations évoquées par le médecin se réfèrent aux difficultés relationnelles de sa patiente et confirment ainsi le sentiment exprimé par l'enquêtrice, laquelle a rappelé qu'il est exigible d'un assuré qu'il fractionne ses tâches ou les répartisse autrement dans le temps.

Force est de constater que ni la recourante ni son médecin n'amènent d'éléments objectifs permettant de contester les empêchements retenus par l'enquêtrice dans les différents postes.

En conséquence, le Tribunal constate qu'en l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter du degré d'invalidité retenu dans la sphère ménagère.

8. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La

comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance de l'éventuel droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b) Aux termes de l'art. 27bis RAI, lorsque l'assuré n'exerce une activité lucrative qu'à temps partiel, l'invalidité pour cette part est évaluée selon la méthode générale qui vient d'être décrite. Quant à l'invalidité dans la part réservée aux travaux habituels au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA - on entend par là l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que l'engagement caritatif non rémunéré -, elle est évaluée selon l'art. 27 RAI. Il faut donc en premier lieu déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). On évaluera ainsi le degré d'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle par comparaison des revenus (art. 16 LPGA); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (ATF 104 V 136 = RCC 1979 p. 28 consid. 2a; RCC 1980 p. 565; RCC 1992 p. 136 et VSI 1999 p. 231 et ss.).

c) En l'espèce, il a été établi que l'assurée, sans atteinte à la santé, aurait travaillé à 30%.

La comparaison des revenus pour la part consacrée à l'activité lucrative se révèle ainsi inutile puisqu'il a été admis que l'assurée conservait une capacité supérieure au taux d'occupation de 30% qui aurait été le sien et qu'elle serait capable d'assumer une activité semblable à celles précédemment exercées. Le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle est ainsi de 0%.

C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu un degré d'invalidité global de 12,6 % (18 % dans la sphère ménagère [70 %], 0% dans la sphère professionnelle [30%]), insuffisant pour ouvrir droit à des prestations.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir l'émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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