

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3486/2008

ATAS/651/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 22 mai 2009**

En la cause

Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée à Aire, représentée par FORUM          recourante  
SANTÉ (Mme U \_\_\_\_\_)

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue          intimé  
de Lyon 97, 1203 Genève

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame S\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) née en 1956, de nationalité italienne, employée de commerce, a travaillé du 1<sup>er</sup> juin au 7 septembre 2004 pour l'entreprise X\_\_\_\_\_ SA en tant qu'employée administrative, à mi-temps (20,75 h./sem.) pour un salaire de 2'500 fr. par mois (cf. questionnaire de l'employeur du 8 juin 2005).
2. Le 28 février 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en invoquant une hernie discale et une angoisse obsessionnelle.
3. Le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué, dans un rapport daté du 13 mai 2005, que la patiente souffre de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) avec rituels (F42.1) depuis 2003 et d'un trouble dépressif d'intensité moyenne (F32.1) en décours. Il a expliqué que l'assurée a traversé un épisode dépressif important après la naissance de son fils, en 1980, un deuxième épisode dépressif en 1996, qui a été traité par médicaments, qu'une labilité émotionnelle et thymique a persisté, accentuée après une ovariectomie subie en 2004, et que les troubles obsessionnels compulsifs ont débuté en 2003, se traduisant par la crainte d'être salie, contaminée, avec mise en route de rituels de lavage. Le médecin a précisé que ces troubles ont joué un rôle dans la perte de l'emploi qu'occupait l'assurée chez Y\_\_\_\_\_, qu'ils perturbent sa vie quotidienne et rendraient certainement difficile la reprise d'une activité professionnelle. L'état dépressif a été qualifié de peu marqué et sans répercussion sur la capacité de travail. Le médecin a encore précisé que l'affection psychique n'était qu'une partie du problème.
4. Le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a également établi un rapport en date du 30 mai 2005, dans lequel il a posé le diagnostic de hernie discale L5-S1 et conclu à une incapacité totale de travail à compter du 1er mai 2005. Il a expliqué que la patiente a grand peine à se mouvoir, ne peut rester assise ou conserver une position statique ou en enclinaison du buste, qu'elle doit éviter le port de charges et ne peut rester debout qu'une demi-heure par jour. Le médecin a ajouté qu'il y avait peu de progrès malgré le traitement.
5. Par la suite, le Dr A\_\_\_\_\_, interrogé par l'OCAI, a informé ce dernier que la patiente n'avait pas poursuivi son traitement chez lui et qu'il ne l'avait plus revue depuis le mois de mai 2005.
6. Quant au Dr B\_\_\_\_\_, il a pris sa retraite. Il a cependant adressé à l'OCAI un certain nombre de documents :

- deux brefs rapports de consultation du Dr C\_\_\_\_\_, chef de clinique du service de neurochirurgie des HUG, datés des 9 février et 2 novembre 2005, concluant à une petite hernie médiane L5-S1 sans évidence de conflit radiculaire important, ni indication en raison de sa petite taille;
  - un rapport après CT-scan du Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, du 8 juin 2005, concluant à une petite hernie discale au niveau L5-S1, à une discopathie L3-L4 avec une protrusion postérieure harmonieuse et symétrique, et à une ébauche de discopathie L4-L5;
  - un bref rapport de consultation du 22 mars 2006, par le Dr E\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de neurochirurgie des HUG, indiquant que la patiente n'avait pas de hernie, mais une simple protrusion au niveau L5-S1 sans signe de compression radiculaire, et émettant l'opinion que le problème mental lui apparaît « énorme » et que tous les éléments restaient inexplicables par une imagerie quasi normale;
7. Le 27 novembre 2006, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision aux termes duquel il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.
  8. A sa demande, l'assurée a alors été entendue par un collaborateur de l'OCAI. A cette occasion, elle a précisé souffrir du dos depuis plusieurs années, certains jours au point de ne pouvoir bouger. Elle a produit deux certificats émanant l'un de son nouveau médecin traitant, le Dr F\_\_\_\_\_, le second du Dr A\_\_\_\_\_, qu'elle avait entre-temps recontacté.
  9. Interrogé par l'OCAI, le Dr F\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants : dorso-lombalgies chroniques et TOC depuis novembre 2004, état anxio-dépressif sévère depuis juin 2005. Le médecin a conclu à une incapacité totale de travail depuis le mois de novembre 2004.
  10. Quant au Dr A\_\_\_\_\_, il a confirmé les diagnostics de TOC graves avec rituels (F42.1) depuis début 2002 et de trouble dépressif concomitant, sans en préciser la gravité. Il a pour sa part conclu à une incapacité totale de travail depuis le 13 mai 2005. Il a expliqué que les premiers troubles obsessionnels s'étaient manifestés alors que la patiente travaillait chez Y\_\_\_\_\_. Alors qu'elle devait aller au guichet, elle avait commencé à développer une phobie du contact avec les clients. Elle a perdu son emploi en 2002 et est restée deux ans au chômage. Elle a ensuite été placée dans une entreprise mais a dû arrêter après trois mois en raison de douleurs dorsales. Après une demi-journée de travail déjà, elle devait procéder à des lavages personnels répétés. De 2004 à 2006, les troubles obsessionnels compulsifs se sont aggravés au point de perturber complètement sa vie et celle de sa famille. Les troubles décrits par la patiente et son mari, lesquels ont été vus conjointement, débutent dès le début de la journée et concernent surtout la propreté. Ils se traduisent par des nettoyages répétés, jamais suffisants, des vérifications et

des re-nettoyages qui occupent presque toute la matinée. Souvent, l'assurée ne parvient pas même à faire le repas et c'est son mari qui doit s'en charger. Elle reste par moments prostrée, épuisée et angoissée, n'osant rien entreprendre. Elle a également mis en place une série d'interdits concernant les endroits et le mobilier qui peuvent être touchés par la famille. Le coucher demande un rituel de nettoyage compliqué auquel son mari est obligé de se soumettre. La vie sociale est nulle et la patiente ne sort plus de chez elle non accompagnée. C'est son mari qui fait les achats, elle-même ne pouvant plus se rendre dans les magasins. L'angoisse est constante et s'accompagne d'une idéation dépressive avec sentiment d'incompétence et d'impuissance devant ces troubles. L'assurée perçoit en effet avec acuité ce qu'elle inflige à son entourage. Le médecin a expliqué que sa patiente était demandeuse d'un traitement mais avait en même temps peur de toute médication. Des traitements antidépresseurs ont été tentés en 2004 mais n'ont pas été supportés, de sorte que l'assurée est désormais sans traitement. Vu l'intensité des TOC, le médecin a émis l'avis que la capacité de travail de sa patiente est manifestement nulle. Il précise qu'un traitement cognitivo-comportemental pourrait être envisagé, mais que la patiente ne peut se déplacer seule et que le moindre rendez-vous pose d'énormes problèmes. Dès lors, il n'est pas sûr que ce traitement puisse être entrepris.

11. Le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a établi en date du 13 août 2007 un rapport précisant que l'assurée était en traitement chez lui depuis le 4 mai 2007 mais que le traitement venait seulement de débiter car il ne l'avait vue qu'à deux occasions.

Le médecin a confirmé le diagnostic de TOC (obsessions de souillures, rituels de lavage et de vérifications, évitements), avec épisode dépressif moyen associé. Il a expliqué que le comportement d'évitement du monde et des lieux publics semblait lié à la pathologie obsessionnelle et que c'était la raison pour laquelle il n'avait pas retenu le diagnostic d'agoraphobie.

Le Dr G\_\_\_\_\_ se proposait de mettre sur pied une thérapie comportementale et cognitive classique mais précisait qu'il était trop tôt pour juger du résultat. Il aurait souhaité commencer en parallèle un traitement sous forme de médicaments sérotoninergiques, mais la patiente avait préféré d'abord essayer la thérapie comportementale et cognitive.

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, le médecin l'a évaluée, sur le plan des seuls troubles psychiques, à environ 50% dans une activité adaptée à l'état physique de la patiente. Il a expliqué que cette évaluation se basait sur le fait que les TOC occupaient l'assurée environ deux heures par jour mais étaient en réalité bien plus incapacitants car ce « résultat » était obtenu au prix d'un évitement important. Le médecin a ajouté que l'on pouvait penser que le TOC serait plus « lourd » en termes d'angoisse, de temps et d'énergie dépensée si l'expertisée était

exposée aux stimuli habituellement liés à une activité professionnelle. Il a estimé par ailleurs que la dépression n'était pas incapacitante, précisant toutefois n'avoir pas investigué ce point de manière approfondie.

Le Dr G \_\_\_\_\_ a émis un pronostic défavorable en raison de la comorbidité dépressive et somatique et du surinvestissement des pensées obsédantes. Il a toutefois relevé comme élément positif le fait que la décompensation du TOC soit relativement récente et que le traitement venait de commencer et n'était probablement pas optimal - puisqu'un appoint médicamenteux serait vraisemblablement nécessaire.

Le médecin a précisé qu'il lui faudrait encore au moins six mois avant de pouvoir se faire une idée plus précise.

12. L'assurée a été adressée par l'OCAI au Centre d'expertise médicale (CEMED), pour être soumise à une expertise pluri-disciplinaire. Le CEMED a rendu son rapport en date du 31 octobre 2007 sur la base du dossier médical complété par ses soins et d'entretiens et examens cliniques, psychiatrique et rhumatologique. Il a été précisé que la quantification finale des limitations de la capacité de travail en termes de présence et de rendement avait été évaluée lors d'une conférence de consensus ayant réuni les médecins qui avaient participé à l'élaboration de l'expertise.

Le Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a décrit la patiente comme extrêmement craintive et angoissée, mais sans labilité émotionnelle marquée, ni ralentissement psychomoteur manifeste, ni augmentation de la fatigabilité au cours de l'entretien. Elle lui paraissait quelque peu désespérée. L'anxiété était le symptôme prédominant, mais sans signe neurovégétatif d'anxiété s'exprimant sous forme de tremors ou de sudations. Le médecin n'a noté ni troubles du cours ou du contenu de la pensée, ni bizarreries dans le comportement de la patiente, ni éléments psychotiques.

La plainte principale tournait autour de la préoccupation excessive de l'assurée pour la propreté. Ce trouble s'était installé progressivement à compter de 1996, au cours du deuxième épisode dépressif et s'était exacerbé en 1999, avec l'apparition d'importantes angoisses concernant l'hygiène corporelle, de craintes lors de contacts physiques avec les proches et de compulsions qui ont eu des répercussions dans le fonctionnement de l'assurée au quotidien (refus de laisser entrer des visiteurs). Ce trouble s'est aggravé durant l'hiver 2004. L'assurée a alors consulté le Dr A \_\_\_\_\_ mais a rapidement mis fin à son suivi pour des raisons financières. La situation ayant continué à s'aggraver, elle a repris contact avec le Dr A \_\_\_\_\_ en 2006 pour un suivi qui a duré jusqu'en février 2007, date à laquelle elle a été adressée au Dr G \_\_\_\_\_. Le TOC a des répercussions professionnelles depuis 2001. Travaillant au guichet dans une administration,

l'assurée craignait le contact avec les clients et se sentait continuellement exposée à des salissures, ce qui ralentissait considérablement l'exécution de son travail (attention particulière pour éviter de se salir, fréquents lavages des mains). Après une sortie en ville, de retour chez elle, la toilette lui prenait environ une heure et demie.

L'évaluation rhumatologique a été faite par le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique, qui a constaté une mobilité du rachis lombaire globalement conservée, si ce n'est une légère restriction en flexion, sans contractures para-vertébrales nettes, ni déviation du rachis, ni irradiation dans les jambes. L'examen neurologique n'a montré ni signes irritatifs, ni signes déficitaires. En résumé, le rhumatologue a retenu le diagnostic principal de lombalgies chroniques sans signes irritatifs ou déficitaires sensitivo-moteurs sur une vraisemblable protrusion discale L5-S1 médiane paramédiane gauche sans évidence de conflits discaux radiculaires. Les radiographies pratiquées ont confirmé la présence d'une discopathie L5-S1 sans montrer de signes d'instabilité. Le rhumatologue a admis que les lumbagos à répétition étaient probablement à mettre en relation avec une importante arthrose inter-apophysaire postérieure mais a émis l'avis que le caractère invalidant des plaintes ne s'expliquait ni par l'examen clinique, ni par l'examen radiologique. En l'absence de signes nets d'instabilité sur les radiographies, le rhumatologue a jugé que l'on ne pouvait retenir de limitation des capacités professionnelles par la simple présence de deux protrusions discales modérées, d'autant moins dans une activité de bureau à 50 % ne nécessitant pas le port de lourdes charges.

En définitive, le principal diagnostic retenu était celui de TOC de forme mixte avec pensées obsédantes et comportement compulsif depuis 1996 (F42.2). Ont également été mentionnés, en précisant toutefois qu'ils étaient sans répercussions sur la capacité de travail : un trouble dépressif récurrent épisode actuel léger sans syndrome somatique depuis 1980 (F33.00) et des lombalgies chroniques sur trouble dégénératif lombaire.

Les experts du CEMED ont expliqué que le TOC est responsable de limitations fonctionnelles et de troubles du comportement avec d'importantes compulsions qui prennent au minimum deux heures par jour à l'assurée. Selon eux, ce trouble est responsable d'une incapacité de travail de 50% depuis le 1er décembre 2006 et même à ce taux, le rendement est diminué de 20%. Les médecins ont expliqué que l'anxiété liée au TOC n'était pas permanente, que les obsessions et compulsions de l'assurée étaient gérables sur de courtes périodes, qu'il n'y avait ni fatigue, ni ralentissement psychomoteur, et que par ailleurs les fonctions cognitives étaient préservées, raison pour laquelle ils ont estimé que l'activité exercée jusqu'alors était encore exigible à raison de quatre heures par jour avec une diminution de rendement de 20%, et ce à compter du 1er décembre 2006.

Ce trouble est aussi responsable de limitations sociales, l'assurée devant souvent être accompagnée à l'extérieur de chez elle. Quant au trouble dépressif, il a été jugé qu'il n'était pas responsable d'une incapacité de travail.

S'agissant des dorsalgies, il a été relevé qu'elles avaient débuté en novembre 2004. Les médecins ont relevé que les douleurs étaient plus importantes que ne les laissaient supposer l'examen clinique et radiologique et qu'elles étaient apparues dans un contexte de problèmes professionnels, ce qui suggérait le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant. Mais vu le fait que ces douleurs étaient apparues de façon concomitante à un épisode dépressif, ils ont conclu plutôt dans le sens d'une douleur psychogène. D'ailleurs, l'absence de comportement algique durant l'entretien et l'absence de rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs infirment également l'hypothèse d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques a également été écarté en raison de l'absence de comportement démonstratif.

13. Une enquête économique sur le ménage a été diligentée par Madame T\_\_\_\_\_, laquelle a établi son rapport en date du 21 février 2008. Il a été précisé d'emblée que l'enquêtrice n'a pu se rendre au domicile de l'assurée en raison du TOC dont souffre cette dernière. L'entretien a donc eu lieu dans les locaux de l'OCAI. Il a été précisé qu'outre ses problèmes de TOC, l'assurée souffre de douleurs dorsales très importantes qui l'empêchent de se baisser et de se plier vers l'avant, qu'elle ne peut donc plus porter de charges, ni exécuter les tâches ménagères qui ne se trouvent pas à sa hauteur, de sorte qu'elle est très limitée dans ses actions quotidiennes.

Interrogée sur son statut, l'assurée a expliqué que sans atteinte à la santé, elle aurait continué à exercer son travail à 50% et aurait même cherché à augmenter ce taux d'occupation à 80% car le couple a acheté une maison. Leur situation financière est difficile car ils ne disposent que du salaire du mari, lequel s'élève à 4'200 fr. par mois. Comme ils sont propriétaires, ils n'ont pas droit aux aides sociales et les charges de la maison sont très lourdes.

L'enquêtrice a ensuite rempli le questionnaire en précisant que l'exigibilité de l'aide du conjoint avait déjà été prise en compte dans le degré d'empêchement retenu et qu'avant ses problèmes de santé, l'assurée menait une vie parfaitement normale et s'occupait de tout dans sa maison. Elle a abouti à un degré d'empêchement de 50 %.

14. Le 28 mars 2008, le Dr G\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il lui paraissait raisonnable d'estimer la capacité de travail de l'assurée à 50 % dans toute activité, en tenant compte d'une certaine baisse de rendement.

15. Le 18 avril 2008, un projet de décision a été communiqué par l'OCAI à l'assurée, aux termes duquel il lui indiquait qu'il se proposait de lui accorder une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 30 novembre 2006, remplacée par la suite par un quart de rente.
16. Par décisions du 29 août 2008, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière du 1er juin 2006 au 28 février 2007, date à partir de laquelle cette rente a été remplacée par un quart de rente.

L'OCAI a admis que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, la capacité de travail de l'intéressée avait été considérablement restreinte et qu'à l'issue du délai de carence, son incapacité de travail était totale, en raison de dorso-lombalgies chroniques, de troubles obsessionnels compulsifs et d'un état anxio-dépressif sévère.

Se référant au rapport d'expertise du Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI), l'OCAI a considéré que si l'incapacité de travail de l'assurée avait d'abord été totale, à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2006, elle n'avait plus été que de 50%, avec une diminution de rendement de l'ordre de 20%.

Constatant qu'avant d'être atteinte dans sa santé, l'assurée travaillait à temps partiel (50%), l'OCAI a dès lors cherché à procéder à une enquête ménagère au domicile de l'intéressée. Cela n'a cependant pas été possible en raison des problèmes de santé de l'intéressée (troubles obsessionnels compulsifs), de sorte que cette dernière a finalement été reçue dans les bureaux de l'OCAI ; les empêchements rencontrés dans son ménage ont été évalués à 50%.

L'OCAI a conclu à une capacité de travail de 30% (50% - 20% de diminution de rendement), entraînant une perte de gain de 40% correspondant à un degré d'invalidité de 20% dans la sphère professionnelle. Quant aux empêchements dans la sphère ménagère, ils ont été évalués à 50%, soit un degré d'invalidité de 25% dans le ménage, ce qui a conduit à un degré d'invalidité global de 45%, n'ouvrant plus droit, à compter du 1er décembre 2006, qu'à un quart de rente. La diminution de rente n'a cependant pris effet qu'en date du 1er mars 2007, soit trois mois après l'amélioration constatée.

17. Par écriture du 25 septembre 2008, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à ce que le droit à une rente entière lui soit reconnu au-delà du 28 février 2007.

S'agissant de la sphère ménagère, la recourante soutient que l'empêchement a été sous-évalué. Elle explique être en effet complètement absorbée par ses TOC, lesquels l'empêchent d'assumer les travaux ménagers courants. Elle consacre toute son énergie à des tâches inutiles et ne parvient pas à assumer le nécessaire. A cet égard, elle se réfère au rapport du Dr A \_\_\_\_\_, son psychiatre traitant, qui explique que les nettoyages sont répétés mais jamais suffisants, qu'elle ne parvient

souvent même pas à faire le repas, de sorte que c'est son mari qui doit s'en charger, qu'elle reste de longs moments prostrée, épuisée et angoissée, sans rien oser entreprendre, qu'elle a également mis en place une série d'interdits concernant les endroits et le mobilier qui peuvent être touchés par la famille, que le coucher demande un rituel de nettoyage compliqué auquel son mari est obligé de se soumettre, que c'est ce dernier qui fait les achats, elle-même ne pouvant plus se rendre dans les magasins.

S'agissant de son statut, la recourante allègue qu'en bonne santé, elle aurait travaillé non pas à 50 mais à 80%.

La recourante soutient par ailleurs que le législateur a considéré qu'à partir du moment où la capacité résiduelle de travail est inférieure à 30%, on ne peut exiger de l'assuré qu'il continue à chercher un travail (puisque un degré d'invalidité de 70% suffit pour obtenir une rente entière). Elle fait valoir que sa capacité de travail résiduelle est si atteinte – puisque l'OCAI a admis qu'elle n'avait plus qu'une capacité de travail de 30% - qu'on ne devrait plus exiger d'elle qu'elle trouve un emploi.

Concernant le calcul du revenu d'invalidité, la recourante demande qu'une réduction supplémentaire de 20% soit appliquée pour tenir compte des nombreuses limitations induites par ses TOC et du fait qu'elle est déjà âgée de 52 ans.

Enfin, l'assurée conteste le calcul de son degré d'invalidité sur le plan professionnel, alléguant que puisque son rendement est réduit de 20 % dans sa capacité de travail résiduelle de 50 %, cela devrait conduire à 30 % d'invalidité, soit à un empêchement de 70 % divisé par deux en raison du mi-temps, ce qui, ajouté au 25 % de la partie ménagère, conduirait à un degré d'invalidité de 60 %.

18. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 13 novembre 2008, a conclu au rejet du recours.

S'agissant de la sphère ménagère, il a rappelé qu'en cas d'atteinte à la santé psychique, l'enquête sur les activités ménagères est un moyen de preuve approprié pour évaluer l'invalidité, à moins que les résultats de cette enquête ne divergent des constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels; dans ce cas, ces dernières ont en règle générale plus de poids que l'enquête à domicile. En l'espèce, l'OCAI soutient que le degré d'incapacité de la recourante à exercer ses travaux habituels a été estimé sur la base d'une enquête effectuée par une infirmière de santé publique qui établit une description détaillée des conditions de vie de la recourante et de ses activités et analyse de manière circonstanciée les tâches que cette dernière ne peut plus accomplir, de sorte que les constatations de l'infirmière ont été dûment motivées et fondées sur un examen attentif et précis de la situation familiale et qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. L'OCAI ajoute que les conclusions de l'infirmière sont corroborées par le

psychiatre traitant de la recourante dans la mesure où ce dernier, dans son rapport du 27 mars 2008, a attesté d'une capacité de travail de 50% englobant l'activité ménagère.

S'agissant de la sphère professionnelle, l'OCAI explique qu'il a abouti à un degré de 40% en comparant le revenu de 2'500 fr. que la recourante réalisait à mi-temps à celui de 1'500 fr. qu'elle obtiendrait compte tenu d'un rendement diminué de 20%. Il en résulte ainsi un degré d'invalidité de 20 % qui doit être confirmé.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal 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). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à celle, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Le présent litige porte sur la question de savoir si la recourante devrait se voir accorder une rente entière au-delà du 28 février 2007, plus particulièrement sur son statut, le revenu d'invalidé retenu, le degré d'empêchement dans l'exercice des tâches ménagères et le degré d'invalidité global.
5. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

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 %.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet 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.

e) 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).

6. a) Pour établir la capacité de travail de la recourante, l'OCAI s'est fondé sur une expertise conduite par les docteurs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, qui ont conclu à une capacité de travail de 50% dans l'activité précédemment exercée, avec une diminution de rendement supplémentaire de 20%.

La recourante ne conteste pas véritablement cette évaluation. Au demeurant, les conclusions des experts apparaissent convaincantes. Bien motivées et rendues au terme d'un rapport d'examen fouillé, détaillé et bien argumenté, elles sont qui plus est corroborées par les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_, sur le plan psychiatrique, et celles du Dr E\_\_\_\_\_, sur le plan physique. C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail de 50%, avec une diminution de rendement de 20% dans l'activité exercée jusqu'alors, qui apparaît adaptée aux limitations de la recourante.

En réalité, la recourante soutient que la capacité de travail résiduelle qui lui est ainsi reconnue est si amoindrie qu'on ne devrait plus exiger d'elle qu'elle exerce la moindre activité lucrative. C'est oublier l'obligation de réduire le dommage qui incombe à tout assuré. Selon ce principe, un assuré doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité. L'argumentation de la recourante – qui fait d'ailleurs la confusion entre degré d'invalidité et capacité de travail – ne saurait être suivie.

On retiendra donc une capacité résiduelle de travail de 50%, avec diminution de rendement de 20% dans la sphère professionnelle.

7. a) La recourante conteste également le degré d'invalidité retenu dans la sphère ménagère. Elle explique être en effet complètement absorbée par ses TOC, lesquels l'empêchent d'assumer les travaux ménagers courants. Elle consacre toute son énergie à des tâches inutiles et ne parvient pas à assumer le nécessaire. A cet égard, elle se réfère au rapport du Dr A\_\_\_\_\_.

Ainsi que l'a rappelé l'intimé, en cas d'atteinte à la santé psychique, l'enquête sur les activités ménagères est un moyen de preuve approprié pour évaluer l'invalidité, à moins que les résultats de cette enquête ne divergent des constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels; dans ce cas, ces dernières ont en règle générale plus de poids que l'enquête à domicile.

b) En l'espèce, s'il est vrai que l'enquêtrice n'a pu se rendre au domicile de l'assurée, elle a toutefois rempli le questionnaire sur la base des indications données par cette dernière. L'enquêtrice, sur la base de ces informations, a établi une description détaillée des conditions de vie de la recourante et de ses activités et analysé de manière circonstanciée les tâches que cette dernière ne peut plus accomplir. Qui plus est, ses conclusions apparaissent corroborées par les indications du Dr A\_\_\_\_\_. Il est admis que le TOC de la recourante perturbe sa vie et celle de sa famille. Le Dr A\_\_\_\_\_ a expliqué que les troubles décrits par la patiente et son mari, vus conjointement, débutent dès le début de la journée et concernent surtout la propreté, qu'ils se traduisent par des nettoyages répétés, jamais suffisants, des vérifications et des re-nettoyages qui occupent presque toute la matinée, que l'assurée ne parvient parfois pas même à faire le repas et c'est son mari qui doit s'en charger, tout comme des achats. Tant le Dr K\_\_\_\_\_ que le Dr H\_\_\_\_\_ ont cependant précisé que le TOC de la recourante occupait cette dernière environ deux heures par jour. Etant rappelé que l'entourage de l'assurée est tenu de lui apporter son aide, le taux d'empêchement de 50% retenu par l'enquêtrice dans la sphère ménagère apparaît ainsi cohérent au vu des avis des médecins. Qui plus est, les descriptions de chacun des moments de l'activité ménagère par l'enquêtrice correspondent aux limitations décrites tant par les médecins que par la recourante et son époux. Il n'y a donc pas lieu de s'en écarter.

8. a) Se pose à présent 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 mi-temps, ce que l'intéressée conteste dans son mémoire de recours. Elle fait valoir 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 a exercé son activité lucrative à mi-temps depuis plusieurs années. Il ressort en effet de l'extrait du rassemblement de ses comptes individuels AVS que son revenu annuel ne s'est jamais élevé à plus de 20'500 fr. Or, selon les documents médicaux versés au dossier, il apparaît que le TOC dont souffre la recourante n'a eu des répercussions sur son activité professionnelle qu'à compter de 2001 (cf. expertise CEMED). Si le trouble en question a donc pu jouer un rôle dans la perte de l'emploi exercé alors par la recourante chez Y\_\_\_\_\_, il n'explique pas son temps de travail partiel, puisqu'elle exerçait alors déjà son activité à mi-temps - voire moins vu la modicité des revenus réalisés plus tôt - depuis plusieurs années. Il convient d'ailleurs de relever qu'interrogée dans le cadre de l'enquête ménagère, la recourante a admis qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 50%. Elle a nuancé sa position en indiquant qu'en raison de l'achat d'une maison, elle aurait cherché à augmenter son taux d'occupation à 80%. Cependant, cette simple allégation ne saurait suffire à reconnaître à la recourante un statut de personne active à plus de 50%, eu égard au fait qu'elle a exercé son activité à temps partiel depuis de nombreuses années et qu'en dehors du fait que le couple a choisi de devenir propriétaire, aucun élément ne vient corroborer les dires de la recourante.

c) 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 50% seulement.

9. a) Reste donc à calculer le taux d'invalidité présenté par la recourante.

b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; 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).

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

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant, au degré de la vraisemblance prépondérante, ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

10. a) En l'espèce, le revenu sans invalidité a été évalué à 2'500 fr. C'est en effet le dernier revenu réalisé par la recourante (cf. questionnaire rempli par le dernier employeur en juin 2005). Ce revenu n'est pas contesté, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

Quant au revenu après invalidité, étant rappelé que la recourante pourrait théoriquement exercer à mi-temps son activité précédente, avec une diminution de rendement de 20%, il doit être fixé à 2'000 fr. (et non à 1'500 fr., comme l'a retenu l'intimé). La diminution de rendement porte en effet sur le mi-temps et non sur un temps complet. Il en résulte un degré d'invalidité de 20% dans la sphère professionnelle, de 40% si l'on admet une réduction supplémentaire de 20% pour tenir compte du fait que l'assurée a du mal à se déplacer seule, que son comportement pourrait diminuer ses chances de trouver un poste, et de son âge. Il y a lieu de constater que l'intimé a, de fait, appliqué cette réduction supplémentaire de 20% en retenant un revenu d'invalidé de 1'500 fr.

Il s'agit à présent de procéder à l'évaluation du taux d'invalidité global au moyen de la méthode mixte d'évaluation ; ce taux se détermine à l'aide de la formule suivante :

$$\frac{E \times IE + ([EZ - E] \times H)}{EZ}$$

- E = travail fourni par l'assuré avant invalidité (activité lucrative en heures par semaine)  
IE = handicap rencontré en tant que personne exerçant une activité lucrative en pourcent  
EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée, en heures par semaine  
H = handicap rencontré dans le ménage en pour cent.

Le calcul à effectuer est donc le suivant :  $[20.75 \times 40 + ([41.7 - 20.75] \times 20)] : 41.7 = 45.02\%$ , taux correspondant à celui retenu par l'intimé.

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

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 500 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

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