

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3526/2008

ATAS/1630/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 10 décembre 2009

En la cause

Madame Z _____, domiciliée à Onex, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA Mauro

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Patrick UDRY, Président suppléant; Teresa SOARES et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame Z_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1951 et ressortissante italienne, a travaillé dès le 1^{er} juillet 1975 à 100% en tant qu'aide-soignante pour le compte des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Dès 1991, elle a exercé cette activité à 80%.
2. Le 20 août 2003, alors que l'assurée était arrêtée au volant de sa voiture derrière une automobile voulant tourner à gauche, le véhicule qui la suivait a violemment heurté l'arrière de sa voiture qui a télescopé, à son tour, l'automobile immobilisée devant elle.
3. Le même jour, elle a consulté le Groupe médical d'Onex. Dans un rapport du 1^{er} septembre 2003, le Dr A_____ a diagnostiqué des cervico-dorso-lombalgies aiguës et a attesté une incapacité de travail de 100% pour une durée indéterminée.
4. Dans un rapport du 3 octobre 2003, le Dr B_____, rhumatologue, a diagnostiqué des maux de tête, une perturbation du caractère (agressivité), des troubles du sommeil, de la déprime et de la fatigue.
5. Dans un rapport du 5 novembre 2003, le Dr C_____, généraliste, a diagnostiqué un traumatisme crânio-cérébral, des cervico-dorso-lombalgies et des contusions multiples. Il a estimé que l'évolution était normale pour un traumatisme crânio-cérébral et a précisé que les discopathies C5-C6 étaient d'origine dégénérative. Enfin, il a indiqué que l'assurée avait repris le travail du 10 au 19 octobre 2003 et qu'elle était de nouveau à l'arrêt de travail à 100% dès le 20 octobre 2003.
6. Dans un rapport du 18 février 2004, le Dr D_____, neurologue, a diagnostiqué une distorsion cervicale traumatique et un syndrome cervical subaigu. Dans les suites de l'accident, il a mentionné des sentiments de malaise, sans perte de connaissance, ainsi que des céphalées parfois de type migraineux aggravées par rapport aux épisodes vécus avant l'accident.
7. Sur demande de l'assurance-accidents, le Dr E_____ chirurgien, a examiné l'assurée. Dans son rapport du 5 mars 2004, il a diagnostiqué un traumatisme d'accélération cranio-cervicale, une entorse cervicale bénigne grade I à II, une suspicion d'état anxio-dépressif réactionnel (syndrome de stress post-traumatique ?) et une cervicarthrose. Il a expliqué qu'en l'absence de traumatisme crânien significatif, on ne pouvait pas retenir le diagnostic de commotion cérébrale. Il a considéré que, malgré tout, le pronostic lui paraissait favorable en l'absence de la plupart des symptômes présents lors du syndrome d'accélération cranio-cervicale. Par contre, il a mis en évidence un état anxio-dépressif (tristesse, pleurs, troubles

du sommeil, peur de l'avenir, retrait social) qui s'était développé progressivement après l'accident et paraissait jouer un rôle défavorable dans l'évolution. Il a préconisé l'instauration d'un traitement médicamenteux antidépresseur ainsi qu'anxiolytique et a indiqué que si ce traitement devait s'avérer insuffisant, une prise en charge psychiatrique et une éventuelle thérapie cognitivo-comportementale pourraient s'avérer utiles. Il a estimé que l'incapacité de travail était encore justifiée en raison des nombreux efforts que l'activité habituelle impliquait pour aider des patients gériatriques et handicapés. Enfin, il a ajouté qu'il n'y avait pas d'autres activités exigibles actuellement.

8. Dans un rapport du 2 avril 2004, le Dr F_____, oto-rhino-laryngologue, a fait état de l'apparition rapide et progressive après l'accident de céphalées, de nalgies, de vertiges et de nausées. Il a également mentionné la présence d'acouphènes prenant la tête. Sur le plan vestibulaire, il a constaté une prédominance nystagmique à l'examen calorique qui pourrait correspondre à un tableau de céphalées et de vertiges.
9. Le 13 août 2004, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente. Elle a précisé qu'elle avait beaucoup de difficultés à faire son ménage et qu'elle devait être aidée pour passer l'aspirateur, repasser et exécuter les gros travaux.
10. Dans un rapport du 27 août 2004, le Dr D_____ a précisé qu'il suivait la patiente depuis le 12 décembre 2003. Il a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome de stress post-traumatique, un état dépressif réactionnel, une entorse cervicale présents depuis le 20 août 2003 et, sans répercussion sur la capacité de travail, une dysthyroïdie existant depuis 2003. Il a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 20 août 2003 et a considéré que l'état de santé était stationnaire. Il a estimé qu'un examen psychiatrique complémentaire était nécessaire. Il a constaté la présence de douleurs cervicales à la palpation ainsi qu'une baisse importante de la mobilité de la nuque. Il a considéré que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus réalisable et que plus tard, selon l'évaluation psychique à venir, on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité avec moins de pression professionnelle. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, il a mentionné une impossibilité à alterner les positions assises/debout/marche, à s'agenouiller, à incliner le buste, à s'accroupir, à lever, porter ou déplacer des charges, à se baisser, à effectuer des mouvements des membres ou du dos occasionnels/répétitifs, à exercer un horaire de travail irrégulier, à travailler en hauteur ou sur une échelle, enfin, à se déplacer sur sol irrégulier ou en pente.
11. Dans un rapport du 31 octobre 2004, la Dresse G_____, généraliste, a indiqué qu'elle traitait l'assurée depuis le 15 avril 2004 et a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome post-traumatique,

un état dépressif réactionnel, une entorse cervicale, une hypothyroïdie substituée, présents depuis août 2003, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une entorse cervicale et une hypothyroïdie. Elle a attesté une incapacité de travail entière depuis le 20 août 2003 et a considéré que l'état de santé était stationnaire. Elle a expliqué qu'en dehors des plaintes ostéoarticulaires (surtout au niveau cervical) et des céphalées chroniques, le principal problème était le syndrome de stress post-traumatique. Elle a précisé que la patiente avait consulté récemment la Dresse H_____, psychiatre. Elle a estimé que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus réalisable et qu'on ne pouvait pas exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité en raison de son état psychologique. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, elle a fait état d'une impossibilité à tenir la même position du corps pendant longtemps, à alterner les positions assis et debout, à s'agenouiller, à incliner le buste, à s'accroupir, à lever, porter ou déplacer des charges, à se baisser, à exercer un horaire de travail irrégulier, à travailler en hauteur ou sur une échelle, enfin, à se déplacer sur sol irrégulier ou en pente.

12. Dans un rapport du 7 janvier 2005, la Dresse H_____ a précisé qu'elle suivait la patiente depuis le 5 octobre 2003 et a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome somatique persistant (F 45.4) et une dysthymie (F 34.1) existant depuis août 2003. En outre, elle a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 20 août 2003 pour une durée indéterminée. et a précisé que l'état de santé s'améliorait. Elle a indiqué que, rapidement après l'accident, la patiente avait développé un état dépressif réactionnel ainsi qu'une douleur intense et persistante accompagnée par un sentiment de détresse. Elle a constaté une humeur légèrement dépressive, une diminution d'intérêt, de plaisir et de confiance en soi, une grande inquiétude face à l'avenir, une exacerbation d'angoisse fluctuante, une fatigabilité augmentée, des plaintes somatiques très nombreuses et persistantes. Elle a exposé que la patiente déniait la cause psychologique de ses souffrances et qu'elle se sentait rapidement contrariée ainsi que peu comprise. Elle a estimé qu'au regard du manque de motivation de la patiente, le pronostic s'avérait imprévisible. Elle a expliqué que la maladie se manifestait également par une fatigue importante lors d'efforts minimes, une diminution d'activité, des troubles du sommeil ainsi que des douleurs diffuses et persistantes. Elle a ajouté que les troubles psychiques n'étaient pas réactionnels à des événements de vie adverses et que la capacité de travail n'était pas due à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles.
13. En raison d'une dyspnée d'effort de stade II nouvelle, l'assurée a séjourné aux HUG du 17 au 27 mars 2005, dans le service de médecine interne générale. Dans un rapport du 5 avril 2005, le Dr I_____, chef de clinique, a diagnostiqué une fibrillation auriculaire à réponse ventriculaire rapide due à une sténose mitrale rhumatismale calcifiée de degré sévère, une hypothyroïdie auto-immune substituée et un vitiligo. Il a précisé que l'indication à une valvuloplastie semblait être posée.

14. Du 19 au 22 avril 2005, l'assurée a séjourné dans le service de cardiologie des HUG. Dans un rapport du 25 avril 2005, le Prof. J_____ a diagnostiqué une cardiopathie rhumatismale, une sténose mitrale sévère, une sténose aortique discrète et une fibrillation auriculaire chronique accompagnée d'une hypothyroïdie substituée et de vitiligo. Il a précisé que, le 21 avril 2005, il avait procédé à une valvuloplastie mitrale qui avait provoqué une amélioration de la symptomatologie.
15. Dans un rapport du 12 mai 2005, le Dr K_____, cardiologue, a indiqué qu'il traitait la patiente depuis le 7 avril 2005 et a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, une cardiopathie rhumatismale diagnostiquée en mars 2005, une insuffisance cardiaque, une fibrillation auriculaire, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une hypothyroïdie substituée existant depuis 2001. Il a exposé que le pronostic cardiaque était réservé, malgré la valvuloplastie, en raison de la cardiopathie rhumatismale diagnostiquée tardivement à l'âge de 54 ans ce qui impliquait une faible probabilité de réversibilité de l'atteinte cardiaque. Il a considéré que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus réalisable et qu'on ne pouvait pas exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité en raison de l'insuffisance cardiaque. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, il a mentionné, d'une part, une durée limitée par jour du maintien de diverses positions, à savoir assis (quatre heures), debout (deux heures d'affilée), enfin position statique du corps (une heure), d'autre part, une impossibilité à s'agenouiller, à s'accroupir, à effectuer des parcours à pied, à lever, porter ou déplacer des charges, à effectuer des mouvements des membres ou du dos, à exercer un horaire de travail irrégulier, à travailler en hauteur ou sur une échelle, enfin, à se déplacer sur sol irrégulier ou en pente. Il a estimé que l'incapacité dans la profession était totale depuis mars 2005.
16. Dans un rapport du 13 juin 2005, la Dresse G_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé et de changements dans les diagnostics. Elle a précisé que la cardiopathie rhumatismale, la sténose mitrale sévère, la sténose aortique discrète avec régurgitation, la fatigue chronique et l'insuffisance cardiaque avaient également une influence sur la capacité de travail depuis mars 2005. Elle a également indiqué qu'une dyspnée et une asthénie provoquaient des limitations fonctionnelles.
17. Le 13 janvier 2006, l'assurée a été examinée par les Dr L_____ et Dr M_____, médecins du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) respectivement rhumatologue et psychiatre. Dans leur rapport du 24 mars 2006, les médecins du SMR ont diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, des rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs de la colonne cervicale avec hernie discale C4-C5 et status après entorse cervicale, une insuffisance cardiaque compensée dans le cadre d'une cardiopathie rhumatismale ainsi que d'un status après valvuloplastie pour sténose mitrale sévère et d'une sténose aortique discrète avec régurgitation

aortique modérée, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, un vitiligo, une évolution anxio-dépressive réactionnelle après traumatisme cervical (trouble anxieux et dépressif mixte; F 41.2). Ils ont exposé que, sur le plan psychiatrique, la patiente souffrait d'un trouble réactionnel à un accident et que les critères selon la classification internationale n'existaient ni pour un état de stress post-traumatique, ni pour une maladie dépressive majeure. Quant aux limitations fonctionnelles, ils ont retenu la nécessité d'alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, l'absence de soulèvement régulier de charges excédant cinq kilos, l'absence de port régulier de charges d'un point excédant douze kilos, l'absence de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, l'absence de travail lourd nécessitant notamment le lever de charges, enfin, la montée répétitive d'escaliers ou des marches de plus de cinq minutes. Au vu des pathologies rhumatologiques et ostéoarticulaires, ils ont admis une incapacité de travail de 100% dans l'activité d'aide hospitalière et une capacité de travail complète dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles.

18. Le 17 mai 2006, l'assurée a été reçue par un technicien en réadaptation professionnelle de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) auquel elle a déclaré se sentir incapable d'entreprendre des démarches allant dans le sens d'un stage et qu'elle n'était plus en mesure de travailler. À la suite de cet entretien, le collaborateur de l'OAI a estimé que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées puisque l'assurée était convaincue que son état de santé l'empêchait de reprendre toute activité lucrative.
19. Le 9 juin 2006, l'OAI a procédé à une enquête économique sur le ménage. Dans son rapport du même jour, l'enquêteur de l'OAI a exposé que l'assurée avait un taux d'activité de 80% depuis 1991 et que, sans problème de santé, elle aurait poursuivi son activité professionnelle dans cette mesure. Il a admis un empêchement de 35% dans l'alimentation représentant une invalidité de 14%, un empêchement de 50% dans l'entretien du logement représentant une invalidité de 10%, un empêchement de 10% dans les emplettes et courses diverses représentant une invalidité de 0.5%, un empêchement de 25% dans la lessive et l'entretien des vêtements représentant une invalidité de 5%, un empêchement de 40% dans les soins aux enfants représentant une invalidité de 2.8%, enfin, un empêchement de 90% concernant l'entretien de la terrasse et la taille de la haie représentant une invalidité de 2.7%. Il a conclu à une invalidité totale de 35% dans les tâches ménagères.
20. Par projet de décision du 29 juin 2006, l'OAI a admis que l'empêchement global était de 35% dans les travaux habituels (ménage) qui étaient exercés à raison de 20%, ce qui représentait un degré d'invalidité dans l'activité ménagère de 7%. Il a considéré que l'incapacité de travail était de 100% dans l'activité d'aide-hospitalière dès janvier 2006 au plus tard, mais que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Après avoir déterminé le revenu d'invalidité sur la base statistique à 33'038 fr. (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004,

TA1, niveau 4, pour un femme, ligne «total», pour un 80% avec une baisse de rendement de 15%) et l'avoir comparé à un revenu sans invalidité de 68'489 fr., il a fixé à 41% le degré d'invalidité dans l'activité lucrative et à 48% dans l'invalidité totale. En conséquence, il a alloué une rente entière d'invalidité du 20 août 2004 au 31 janvier 2006 et un quart de rente dès le 1^{er} février 2006.

21. Dans sa détermination du 11 juillet 2006, l'assurée a contesté posséder une capacité de travail totale dans une activité adaptée et a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 20 août 2004. À l'appui de sa position, elle a joint divers avis de ses médecins traitants relatifs aux conclusions des médecins du SMR. Dans un rapport du 29 mai 2006, la Dresse G _____ s'est étonnée que les médecins du SMR n'aient pas retenu le diagnostic de stress post-traumatique chronique. Dans un rapport du 6 juin 2006, le Dr K _____ a noté, entre le mois de décembre 2005 et le printemps 2006, une très importante détérioration de l'état de santé psychologique de la patiente qui semblait extrêmement dépressive. Il a estimé que l'examen effectué par le SMR était adéquat mais ne tenait pas compte de l'aggravation de l'étape psychiatrique de la patiente. Dans un rapport du 16 juin 2006, le Dr D _____ s'est déclaré d'accord avec les conclusions rhumatologiques et neurologiques du SMR. Concernant les constatations cardiaques, il a estimé ne pas pouvoir se prononcer. Sur le plan psychiatrique, il a exposé que des symptômes de la lignée dépressive étaient présents et que l'affection somatique cardiaque jouait certainement un rôle limitant dans l'amélioration psychique de la patiente. Dans son rapport du 26 juin 2006, le Dr N _____ a indiqué qu'il soignait la patiente depuis le 29 avril 2005 à raison d'une consultation par mois. Il a diagnostiqué un état dépressif moyen et a considéré que la capacité de travail dans une profession adaptée était nulle.
22. Dans le rapport d'expertise du 10 juillet 2006 requise par l'assureur-accidents, les Dr O _____ et Dr P _____, internistes auprès de la Polyclinique médicale universitaire (ci-après : PMU), après avoir soumis la patiente, le 2 mai 2006, à une consultation de psychiatrie auprès des Dr Q _____ et Dr R _____, ont diagnostiqué, d'une part avec incidence sur la capacité de travail, un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F. 32.2), des cervicalgies chroniques persistantes après distorsion cervicale simple de degré un à deux, d'autre part sans influence sur la capacité de travail, un excès pondéral léger. Ils ont précisé qu'il s'agissait de cervicalgies s'accompagnant d'une limitation active des amplitudes cervicales avec des points douloureux à la palpation, mais sans signes neurologiques déficitaires, ni lésions ostéoarticulaires graves. Quant aux limitations fonctionnelles, ils ont mentionné les mouvements de flexion extension répétitive de la colonne cervicale, les flexions latérales et les rotations, le maintien de la position statique au-delà de 60 minutes d'affilée sans possibilité de varier ou de bouger la colonne cervicale, enfin les travaux de force. Ils ont relevé que l'épisode dépressif s'était chronifié malgré le traitement entrepris et qu'à l'heure actuelle, pour ces raisons essentiellement psychiques, la patiente était dans l'incapacité totale de

travailler. Ils ont exposé qu'ils n'avaient pas retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique en l'absence des critères stricts de la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'Organisation mondiale de la santé (ci-après : CIM-10). Ils ont ajouté que, sur le plan somatique, la capacité de travail était complète dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, à savoir dans une activité légère avec possibilité de varier les positions, mais qu'en raison de l'atteinte à la santé psychique la capacité de travail était nulle.

23. Le 20 juillet 2006, l'assurée a transmis ce rapport d'expertise à l'OAI et a estimé que sa teneur confirmait que sa capacité de travail était nulle dans une activité adaptée.
24. Dans un avis médical du 31 juillet 2006, le Dr S_____, médecin du SMR, a estimé que les avis des divers médecins traitants permettaient de maintenir les conclusions de l'examen pluridisciplinaire du SMR. Il a relevé que les Drs K_____ et G_____ n'avaient pas la qualité pour se prononcer sur l'aspect psychiatrique, que les diagnostics retenus par le Dr N_____ n'étaient pas conformes à la CM-10 et que ce spécialiste ne présentait aucun argument objectif justifiant une incapacité de travail totale dans une activité adaptée, qu'enfin le Dr D_____ émettait des diagnostics psychiatriques erronés et ne fournissait aucun argument crédible légitimant une incapacité de travail totale dans une activité adaptée bien que l'état cardiologique n'était clairement pas limitant dans une activité légère.
25. Dans un avis médical du 15 septembre 2006, le Dr S_____ s'est prononcé sur l'expertise de la PMU réalisée trois mois après l'examen du SMR. Il a contesté le diagnostic d'épisode dépressif sévère retenu par les experts dès lors que, selon le statut psychiatrique des experts, on ne trouvait pas le total de huit symptômes requis par la CIM-10 pour poser ce diagnostic et que la composante anxieuse n'était pas du tout prise en compte dans le diagnostic de la PMU. Il a estimé que ces différents éléments jetaient un doute sur le caractère probant du volet psychiatrique de cette expertise de sorte que l'estimation de la capacité de travail n'était pas valide.
26. Par décision du 7 décembre 2006, l'OAI a confirmé sa position et a repris les termes de son projet de décision. À l'appui de celle-ci, il a soutenu que l'examen du SMR remplissait les conditions jurisprudentielles pour qu'une pleine force probante lui soit accordée et a repris les arguments du Dr S_____ concernant les remarques formulées par les divers médecins traitants.
27. Par mémoire du 23 janvier 2007, l'assurée a recouru contre ladite décision, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 20 août 2004 et de toute autre prestation prévue par la loi sur l'assurance-invalidité, avec suite de frais et dépens. Elle a produit un rapport du Dr K_____ du 17 janvier 2007 faisant état d'une nette dégradation de la capacité fonctionnelle par rapport à octobre 2005 sur la base des tests d'effort. Il a également diagnostiqué une insuffisance

cardiaque de stade NYHA 3 et a considéré que la capacité de travail était de 50% au maximum dans une profession adaptée, à savoir sans activité physique autre que des déplacements à plat sur de courtes distances et sans effort ni port de charge.

28. Dans sa réponse du 6 mars 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours.
29. Par décision du 22 mai 2007, devenue exécutoire dans l'intervalle, le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis le recours, a annulé la décision de l'OAI du 7 décembre 2006 au sens des considérants et a dit que la recourante avait droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} février 2006, avec suite de frais et dépens. Il a considéré qu'il y avait lieu de préférer les conclusions des experts du PMU, concordantes avec les avis des médecins traitants de la recourante, aux conclusions des médecins du SMR. Sur cette base, le Tribunal de céans a retenu que l'incapacité de gain de la recourante était totale dès le 20 août 2004 et qu'en février 2006, il ne s'était produit aucune amélioration notable tant de l'état de santé de la recourante que de sa capacité de gain, de sorte que l'OAI n'était pas en droit de modifier la rente entière versée dès le 1^{er} août 2004. Il a ajouté que, dans le cadre de la révision du droit à la rente de la recourante, il appartiendrait à l'OAI de mettre en œuvre une expertise externe auprès d'un psychiatre.
30. En septembre 2007, l'OAI a mandaté le Dr T_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour procéder à une expertise psychiatrique de la recourante dans le cadre de la révision de son droit à la rente
31. Dans un rapport du 21 janvier 2008, après avoir exposé l'anamnèse familiale, personnelle, socioprofessionnelle et affective, les plaintes subjectives de la recourante, ainsi que le résumé du dossier médical, le Dr T_____, n'a rien diagnostiqué sur le plan psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail, en relevant que les tendances dysthymiques (bien compensées avec la médication) et les tendances anxieuses ne dépassaient pas le seuil critique.

Dans les observations cliniques, il a exposé qu'en résumé, il avait vu une femme qui vivait dans un monde subjectif d'appréhension et d'anxiété, qui l'argumentait très activement, mais dont l'impact clinique était plutôt mineur. Il n'avait pas d'élément en faveur d'un état dépressif; si un tel état avait existé auparavant, il était à considérer comme suffisamment compensé.

Dans la discussion du cas, l'expert a relevé que les quatre expertises précédentes étaient très variables et passaient de dépression réactionnelle à dysthymie, à dépression moyenne et ensuite dépression sévère. Les plaintes évoquées par l'assurée lors des différents examens étaient à la fois neurovégétatives, à la fois anxieuses et, en dernier lieu (PMU), étoffées avec une multitude d'énoncés dépressifs. Il a dès lors paru important à l'expert de souligner que les approches diagnostiques étaient très différentes entre les examinateurs et qu'il était frappant

de constater, surtout dans la dernière expertise, l'important décalage entre les constats objectifs d'observations (modestes) et les éléments évoqués par l'assurée (très nombreux et très intenses). De ce fait, il est paru utile à l'expert de souligner l'importance d'une telle différenciation et d'un regard plus objectif sur la situation. A cet égard, l'examen effectuée par l'expert a montré une femme qui se disait toujours dans d'importantes inhibitions du quotidien mais qui se contredisait en même temps : contrairement aux notions du passé, il n'y avait pas d'isolement social, car l'assurée avait de nombreux contacts, même extra-familiaux; contrairement aux notions d'avant, l'assurée n'était pas inapte de principe pour la conduite; elle a évoqué différents plaisirs dans la vie; et de nombreuses activités du quotidien ressemblaient à la normalité. L'expert a indiqué que, dans l'observation proprement dite, il avait retenu avec ses différents moyens un état thymique de quasi normalité. L'assurée avait tenu un discours quasi ininterrompu pendant 70 minutes, elle a présenté une tonicité et des aptitudes d'expression qui invalidaient toute notion de «dépressivité». A la suite de l'examen relatif à l'existence d'un trouble dépressif, selon les critères CIM-10, l'expert est parvenu à la conclusion qu'il existaient des critères mineurs et que les critères retenus permettaient pas de diagnostiquer une dépression. Il a ajouté qu'il ressort de cette réflexion systématique et des tests supplémentaires mis en œuvre que l'on ne pouvait en aucun cas retenir un état dépressif dans le sens clinique du terme, seules quelques tendances dysthymiques pouvaient à la limite être retenues. Malgré le fait que l'assurée a évoqué une forte anxiété et s'est montrée un peu désécurisée en examen, d'une manière un peu hystérisante, l'expert a indiqué qu'à ce sujet non plus, rien ne permettait de retenir une pathologie dans le sens clinique du terme, tout au plus une tendance anxieuse non spécifique pouvait être retenue. Pour l'expert, l'essentiel de la problématique de l'assurée résidait dans le déconditionnement qui était multiple. Comme les médecins somaticiens l'avaient souligné sur le plan corporel, l'assurée était aussi déshabituée à l'idée d'une reprise d'activité, ceci dans n'importe quel domaine. En quelque sorte, après l'accident et le léger syndrome cervical, la conviction s'était créée et ancrée qu'elle ne pourrait plus retourner à sa place ni ailleurs. A part le changement de climat évoqué sur son lieu de travail, l'expert n'a pas envisagé d'autres hypothèses mais il lui a semblé que le rôle de grand-mère de l'assurée était déjà passablement investi, de même que les différents liens avec sa famille. Il était également possible que, parallèlement, il y ait eu un phénomène de cumul entre les atteintes du côté cardiaque, neurologique, psychique, etc. provoquant un « effet global » pour une conviction d'insuffisance professionnelle totale. L'expert a constaté que le décalage entre cette conviction personnelle et l'objectivité restait important. De nombreux facteurs extramédicaux et surtout la conviction de l'assurée d'être invalide jouait un rôle prépondérant. D'un point de vue purement médico-psychiatrique, l'assurée n'était pas à considérer comme malade.

Par rapport à l'amélioration de l'état de santé de la recourante, l'expert a indiqué que, par rapport à la capacité de travail, il était dans l'impossibilité de se prononcer sur l'état antérieur, en précisant que, bien que son appréciation était plus proche de celle des médecins du SMR, suite à la conflictualité des conclusions, le Tribunal de céans avait décidé de reconnaître une incapacité de travail totale. Il a dès lors indiqué qu'il ne pouvait que constater que l'état de santé de l'assurée était désormais bien amélioré et que son état dépressif était bien compensé.

Il a ajouté que les tendances dysthymiques de l'assurée n'empêchaient nullement une insertion professionnelle, que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables vu l'absence de motivation de l'assurée, et que d'un point de vue psychiatrique, l'assurée pouvait faire toutes les activités professionnelles accessibles avec sa formation et son expérience. Comme postulé sur le plan somatique, des activités légères étaient exigibles.

32. Dans un avis du 6 février 2008, le Dr S_____ du SMR a relevé que l'expert a conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique et donc à l'absence d'incapacité de travail pour des raisons psychiatrique, qu'il rejoignait en cela l'appréciation du Dr M_____, psychiatre consultant du SMR, qu'exposé différemment, l'assurée ne présentait pas de pathologie psychiatrique invalidante en janvier 2006 lors de l'examen au SMR, qu'elle n'en présentait pas davantage en janvier 2008 et qu'il était donc difficile de parler d'amélioration de l'état de santé.
33. Dans un projet de décision du 5 mars 2008, l'OAI a informé l'assurée que, sur la base de l'avis du SMR, la diminution de rente d'un degré d'invalidité de 87% à 48% dès janvier 2006 était justifiée, et qu'il reprenait la même évaluation que celle contenue dans son projet de décision du 29 juin 2006 pour déterminer son degré d'invalidité puisqu'elle ne souffrait d'aucune atteinte psychique l'empêchant de travailler à 100% dans une activité adaptée. Ainsi, il a admis que l'empêchement global était de 35% dans les travaux habituels (ménage) qui étaient exercés à raison de 20%, ce qui représentait un degré d'invalidité dans l'activité ménagère de 7%. Il a considéré que l'incapacité de travail était de 100% dans l'activité d'aide-hospitalière dès janvier 2006 au plus tard, mais que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Après avoir retenu un revenu d'invalidé de 33'038 fr. et l'avoir comparé à un revenu sans invalidité de 68'489 fr., il a fixé à 41% le degré d'invalidité dans l'activité lucrative et à 48% dans l'invalidité totale. En conséquence, il envisageait de remplacer la rente entière par un quart de rente dès le premier jour du 2^{ème} mois suivant la notification de sa décision.
34. Par courrier de son avocat du 3 avril 2008, la recourante a conclu au maintien de sa rente entière d'invalidité, en exposant d'une part qu'en raison de son évolution cardiaque défavorable, elle n'était capable de travailler qu'à 50% (ce qui

impliquerait au final une invalidité de 60.7%) et d'autre part, que l'invalidité de 35% retenue pour la tenue du mélange ne tenait pas compte de cette évolution cardiaque défavorable, de sorte qu'elle devrait être désormais fixée à 50% (ce qui impliquerait au final une invalidité de 10%). A l'appui de ses observations, la recourante a produit les réponses de ses médecins traitants à un questionnaire que son avocat leur avait adressé suite à la réception de l'expertise du Dr T_____ et du projet de décision de l'OAI.

Le 26 mars 2008, le Dr D_____, neurologue, a diagnostiqué un syndrome de stress post-traumatique d'un accident du 20 août 2003 résolutif, une entorse cervicale résolutive, un état dépressif (à préciser avec le psychiatre), une cardiopathie rhumatismale (à préciser avec le cardiologue). Il a indiqué que l'affection neurologique post-traumatique s'était progressivement améliorée et qu'on pouvait considérer que de ce point de vue, l'incapacité de travail s'était complètement amendée. Il a précisé que du point de vue neurologique, il n'y avait plus d'influence sur la capacité de travail de la recourante.

Le 30 mars 2008, le Dr N_____, psychiatre, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen en rémission partielle. Il a indiqué que l'incapacité de travail avait été totale pendant longtemps depuis le 20 août 2003. Depuis quelques mois, suite à un changement médicamenteux et à un suivi régulier, il y avait eu une petite amélioration clinique, ce qui l'amenait à estimer l'incapacité de travail à 50% du point de vue psychique. Par rapport à l'expertise du Dr T_____, le Dr N_____ a relevé qu'il constatait que les différents experts psychiatriques avaient décrit des états cliniques très différents. Il s'interrogeait sur l'origine de ces différentes appréciations, en les expliquant soit par la subjectivité des experts soit par le changement important d'état d'une période à l'autre. Dans son suivi psychiatrique, il n'avait pas constaté de grosses différences dans le status clinique, à part une légère amélioration les derniers mois.

Le 31 mars 2008, la Dresse G_____, généraliste, a diagnostiqué une insuffisance cardiaque de stade NYHA 3 en relation avec une cardiopathie valvulaire mitrale et une fibrillation auriculaire chronique, une hypothyroïdie auto-immune substituée, un vitiligo, une situation après accident de voiture en 2003 et un état dépressif chronique. Elle a indiqué que l'évolution de la recourante depuis son accident en 2003 était globalement plutôt favorable, en précisant qu'il n'y avait pas d'aggravation notable après la découverte du défaut cardiaque et suite au traitement cardiologique. Elle a estimé la capacité hypothétique de travail de la recourante à 25 ou 30%, voire 50%, en précisant qu'un travail de ce genre n'existait pas.

35. Par courrier de son avocat du 3 avril 2008, la recourante a persisté dans les conclusions de ses précédentes observations, en produisant les réponses du Dr U_____, spécialiste FMH en cardiologie, à un questionnaire que son avocat lui

avait adressé suite à la réception de l'expertise du Dr T_____ et du projet de décision de l'OAI.

Le 9 avril 2008, le Dr U_____ a diagnostiqué une insuffisance cardiaque stade NYHA 3 sur une maladie mitrale avec sténose modérée et insuffisance modérée au repos avec sténose devenant sévère à l'effort, une maladie aortique avec sténose et insuffisances modérées, une fibrillation auriculaire chronique, une hypothyroïdie et un état dépressif chronique. Il a indiqué que, selon lui, la patiente était incapable de travailler dans toute profession impliquant une activité physique. Dans un courrier subséquent du 21 avril 2008, le Dr U_____ a estimé à 50% la capacité de travail de la recourante dans une activité simple et répétitive sans activité physique.

36. Dans un rapport destiné au au Dr D_____ du 9 avril 2008, le Dr DE U_____ a exposé que la recourant était une patiente de 56 ans qui avait bénéficié en 2005 d'une valvuloplastie percutanée aux HUG pour une sténose mitrale sévère. L'évolution avait été dans un premier temps favorable, mais, depuis une année, la patiente se plaignait d'une récurrence d'une dyspnée qui était invalidante au moindre effort. Un bilan cardiologique extensif pratiqué en avril 2007 aux HUG avait montré une stabilité de l'atteinte mitrale et la poursuite du traitement médicamenteux avait été proposée. Depuis lors, l'évolution était marquée par la persistance voire une aggravation d'une dyspnée au moindre effort, de stade NYHA III sans douleur thoracique associée, avec présence d'œdèmes des membres inférieurs des deux côtés vespéraux ainsi qu'une nycturie à deux fois. Elle présentait des palpitations aux efforts, mais elle n'avait jamais présenté de malaise ou de perte de connaissance. L'examen clinique mettait en évidence une auscultation compatible avec une sténose mitrale sans signe de décompensation cardiaque et l'électrocardiogramme confirmait la présence d'une fibrillation auriculaire chronique. Le bilan avait été complété par une échocardiographique qui confirmait la présence d'une maladie mitrale avec une sténose et une insuffisance modérées au repos, une dilatation importante de l'oreillette gauche et une hypertension artérielle pulmonaire modérée. Lorsque la patiente fournissait un faible effort, on constatait une nette aggravation du gradient mitral avec une augmentation de l'hypertension pulmonaire à l'effort. Seul un remplacement valvulaire mitral lui paraissait pouvoir améliorer les symptômes invalidants. Ce geste devait être complété par une procédure de MAZE ainsi que d'une exclusion de l'oreillette gauche.
37. Dans un avis du 30 mai 2008, le Dr V_____ du SMR a indiqué que les rapports médicaux fournis dans la cadre de la procédure de révision étaient convaincants, concordants et permettaient de retenir le diagnostic d'insuffisance cardiaque de stade 3 (selon NYHA) dans un contexte de cardiopathie mixte valvulaire et rythmique. Une incapacité de travail entière dans l'activité habituelle pouvait être retenue. Dans une activité adoptée respectant les limitations

fonctionnelles, soit la limitation stricte de l'activité physique, la capacité de travail de la recourante était de 50%, depuis janvier 2007.

38. Selon les HUG, la recourante aurait perçu en 2006 un salaire annuel de 60'566 fr. 80 (y compris un salaire de base de 53'986 fr., une indemnité EPM de 2'092 fr. et une prime de fidélité de 4'490 fr.) si elle avait pu poursuivre son activité auprès d'eux. Ce revenu ne prend toutefois pas en compte les indemnités qui seraient venues s'ajouter à ce revenu, sachant qu'en 2002 et 2003, la recourante avait réalisé un salaire brut de respectivement 68'489 fr. (y compris un salaire de base de 52'048 fr., une indemnité EPM de 2'030 fr. et une prime de fidélité de 4'348 fr.) et 68'323 fr. (y compris un salaire de base de 53'224 fr., une indemnité EPM de 2'062 fr. et une prime de fidélité de 4'418 fr.).
39. Le 25 août 2008, l'OAI a procédé à une nouvelle enquête économique sur le ménage. Dans son rapport du lendemain, l'enquêtrice de l'OAI a exposé que l'assurée avait un taux d'activité de 80% depuis 1991 et que, sans problème de santé, elle aurait souhaité augmenter à 100% en 2009; elle a toutefois retenu un taux de 80%. Elle a admis un empêchement de 40% dans l'alimentation représentant une invalidité de 14%, un empêchement de 60% dans l'entretien du logement représentant une invalidité de 12%, un empêchement de 10% dans les emplettes et courses diverses représentant une invalidité de 1%, un empêchement de 60% dans la lessive et l'entretien des vêtements représentant une invalidité de 12%, un empêchement de 10% dans les soins aux enfants représentant une invalidité de 1%. Elle a conclu à une invalidité totale de 40% dans les tâches ménagères.
40. Par décision du 28 août 2008, adressée par pli simple, l'OAI a admis que la capacité de travail de la recourante était de 50% dans une activité adaptée, en ajoutant un abattement de 15% compte tenu des limitations fonctionnelles. Après avoir déterminé le revenu d'invalidé sur la base statistique à 21'368 fr. (mais sans expliciter la base sur laquelle il s'était fondé) et l'avoir comparé à un revenu sans invalidité de 68'489 fr., il a fixé à 69% le degré d'invalidité dans l'activité lucrative exercée à 80%, ce qui représentait un degré d'invalidité de 55,2%. Il a par ailleurs considéré que l'empêchement global était de 40% dans les travaux habituels (ménage) qui étaient exercés à raison de 20%, ce qui représentait un degré d'invalidité dans l'activité ménagère de 8%. Ainsi, l'invalidité totale a été estimée à 63.2%. En conséquence, l'OAI a remplacé la rente entière par un trois quarts de rente dès le premier jour du 2^{ème} mois suivant la notification de sa décision.
41. Par mémoire de son nouvel avocat du 1^{er} octobre 2008, l'assurée a recouru contre la décision de l'OAI du 28 août 2008, en concluant à l'annulation de celle-ci et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2006, avec suite de dépens. Elle expose que son revenu d'invalidé dans une activité adaptée serait pour un

100% de 33'038 fr. En retenant une incapacité de travail de 50%, ce revenu correspond à la moitié, soit à 16'519 fr. Comparé au revenu sans invalidité de 68'489 fr., le revenu d'invalidité représente 24%. Inversement, l'invalidité est de 76%. Ajoutée à l'invalidité ménagère de 8%, l'invalidité total est de 84%, ce qui correspond à une rente entière.

42. Dans sa réponse du 10 novembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.
43. Dans sa réplique du 16 décembre 2008, la recourante relève que la décision de l'OAI du 28 août 2008 revient sur l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 22 mai 2007 en retenant une invalidité de 48% alors que le Tribunal de céans a retenu un taux de 87%. Elle estime qu'ainsi, l'OAI a violé le principe de l'autorité de la chose jugée. Enfin, elle considère qu'en raison de la détérioration de son état de santé (cardiopathie mixte valvulaire), le taux d'incapacité devrait être augmenté ou au moins maintenu à 87%.
44. Dans sa duplique du 11 février 2009, l'OAI a maintenu ses conclusions de rejet du recours. Il indique qu'il s'est conformé à l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 22 mai 2007 en ordonnant une expertise psychiatrique, qui a conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique. Il estime qu'ainsi, un motif de révision existe et qu'il se fonde sur un rapport d'expertise qui remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a par ailleurs estimé que la critique de la recourante au sujet du gain d'invalidité de 21'368 fr. pris en compte n'était pas motivée, de sorte qu'il maintenait son propre calcul.
45. Par courrier de son avocat du 12 mars 2009, la recourante a contesté les conclusions de l'expert T_____ et, pour le surplus, a repris les arguments développés dans son recours.
46. Interrogé par le Tribunal de céans sur le motif de révision, eu égard au fait que le SMR était d'avis que la recourante ne présentait pas de pathologies psychiatriques invalidantes en janvier 2006, qu'elle n'en présentait pas davantage en janvier 2008, de sorte qu'il était difficile de parler d'amélioration de l'état de santé, l'OAI a répondu, dans une lettre du 16 avril 2009, qu'à la date de l'examen, l'expert avait retenu une absence d'affection psychiatrique, alors que dans son arrêt du 22 mai 2007, le Tribunal cantonal des assurances sociales avait retenu un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique ou un état dépressif moyen, et qu'il existait donc bien une amélioration.

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

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

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à réduire, par voie de révision, la rente entière d'invalidité de la recourante à un trois quarts de rente à partir de novembre 2008. Plus particulièrement, il s'agit de déterminer si l'état physique et psychique de la recourante s'est amélioré depuis le mois de février 2006, date prise en compte dans la décision de l'OAI qui a été annulée par l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 22 mai 2007 et dans lequel une amélioration de l'état de santé de la recourante à cette date avait été niée, et, plus particulièrement, en août 2008, date de la décision attaquée.
3. Selon l'art. 17 al. 1^{er} 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un

fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et les références).

4. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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.
5. a) Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPG); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée 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 pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

b) En l'espèce, bien qu'elle ait indiqué à l'enquêtrice qu'elle aurait souhaité reprendre une activité à 100% dès 2009 (sans en exposer toutefois les raisons) alors qu'elle avait travaillé à 80% pendant douze ans, la recourante ne conteste finalement pas que, sans atteinte à sa santé, la part de son activité professionnelle aurait été de 80% et que, par conséquent, la part des travaux habituels aurait été de 20%. C'est donc cette répartition qui sera prise en compte.
6. a) Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3096 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI). 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 y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; ATFA non publié I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

Divers facteurs - analogues à ceux applicables pour déterminer la force probante de certificats médicaux (ATF 125 V 352 consid 3 a) - doivent être pris en considération pour juger de la valeur probante d'un rapport d'enquête. Il est ainsi

essentiel que celui-ci ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007).

Dans un arrêt du 22 décembre 2003, publié dans la VSI 2004 p. 137, le Tribunal fédéral des assurances a considéré 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 de ces personnes. Toutefois, 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. Pour cela, il faut que les rapports médicaux en cause aient valeur probante au sens de la jurisprudence, à savoir notamment que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que les rapports se fondent sur des examens complets et que les conclusions des experts soient dûment motivées (ATFA non publié I 639/04 du 17 janvier 2006, consid. 2.3 et 3.1).

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publié I 308/04 ainsi que I 309/04 du 14 janvier 2005 et ATFA non publié I 681/02 du 11 août 2003). 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 (ATFA non publié I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4).

b) En l'espèce, dans sa décision du 28 août 2008, l'OAI a pris en compte une invalidité de 8%, correspondant à l'empêchement dans la tenue du ménage de 40% retenu dans l'enquête économique sur le ménage effectuée le 25 août 2008.

La recourante ne critique pas cet aspect de la décision.

Dans la mesure où le contenu du rapport d'enquête ménagère est plausible, motivé, rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations de la recourante et précise si et comment cette dernière bénéficie de l'aide de ses proches, et qu'il n'existe aucun élément objectif permettant de remettre en cause les conclusions de l'enquête ménagère, le Tribunal de céans ne s'écartera pas du degré d'incapacité retenu dans le cadre dudit rapport, soit de 40%. Compte tenu d'un empêchement de 40% dans la part ménagère (20%), le degré d'invalidité s'élève à 8%.

7. a) L'art. 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, 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.

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 75 consid. 3b). 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 ou 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 75 consid. 5).

b) Dans sa décision du 7 décembre 2006, l'OAI avait pris en compte un revenu d'invalide de 33'038 fr. Ce revenu avait été déterminé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, tableau TA1, activités simples et répétitives (niveau 4), pour une femme, pour toutes activités confondues (ligne «total»), avait été adapté à un horaire de travail hebdomadaire de 41,6 heures et

prenait en compte le fait que la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée (à 80%), avec une baisse de rendement de 15%.

Dans son projet de décision du 5 mars 2008, l'OAI a repris le même montant de 33'038 fr. à titre de revenu d'invalidé.

Dans sa décision du 28 août 2008, l'OAI a admis qu'en raison de l'insuffisance cardiaque de stade 3 (selon NYHA) dans un contexte de cardiopathie mixte valvulaire et rythmique, la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée respectant ses limitations ne s'élevait plus qu'à 50%. Il a ensuite pris en compte un revenu d'invalidé de 21'368 fr., sans expliquer comment il était parvenue à ce montant.

Il résulte de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2006, que le salaire de référence est en l'espèce celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 48'228 fr. par année (TA1, niveau 4, pour une femme, ligne «total»). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 3-2009, p. 98, B9.2), ce montant doit être porté à 50'278 fr.. Vu le taux d'occupation de 80% et une baisse de rendement – non contestée – de 15%, il en résulte un revenu de 34'189 fr.. Au vu du taux de capacité de travail de 50%, le salaire d'invalidé s'établit ainsi à 17'095 fr. et non à 21'368 fr., comme retenu par l'OAI.

Sachant que le salaire sans invalidité – admis par toutes les parties – aurait été de 68'489 fr., la perte de gain s'élève donc à 75,0%.

8. Force est de constater qu'avec un taux d'invalidité totale de 83,0% (8% pour les travaux ménagers et 75,0% pour l'activité professionnelle), les conditions d'une révision du droit à la rente de la recourante au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas réalisées.
9. Dans ces conditions, nul n'est besoin d'examiner la valeur probante de l'expertise du Dr T_____ et, surtout, le bien-fondé de ses conclusions.

Le Tribunal de céans relèvera néanmoins que le rapport d'expertise en question – qui n'est pas vraiment mis en cause par les médecins traitants de la recourante, lesquels s'interrogent plutôt sur l'origine des constatations et conclusions divergentes des divers spécialistes – remplit les réquisits jurisprudentiels pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Après n'avoir diagnostiqué au moment de l'expertise aucune affection ayant une répercussion sur la capacité de

travail de la recourante, l'expert a indiqué que, par rapport à l'arrêt du Tribunal de céans qui avait reconnu une incapacité de travail totale, il ne pouvait que constater que l'état de santé de l'assurée s'était désormais bien amélioré et que son état dépressif était bien compensé.

Ainsi, si l'on peut retenir une amélioration de l'état de santé psychique de la recourante entre février 2006 et janvier 2008, date de l'expertise, force est de constater que cette amélioration a toutefois été compensée par l'aggravation de l'état de santé physique de l'assurée, de sorte qu'en définitive, il faut admettre une absence d'amélioration notable du taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ch. 6 à 8 supra).

10. Il résulte de ce qui précède que le recours sera admis et la décision attaquée annulée.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 28 août 2008.
3. Dit que le droit à une rente entière d'invalidité de la recourante est maintenu.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. 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

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Patrick UDRY

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