



### **EN FAIT**

1. Mme R\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1961, de nationalité suisse depuis 1981 et colombienne, est entrée en Suisse en 1969. Elle est mariée depuis 1990 et mère de deux enfants nés en 1992 et 1996. Elle a exercé une activité d'employée de banque entre 1977 et 1992 et est sans activité lucrative depuis lors.
2. Le 22 décembre 2005, la Dresse A\_\_\_\_\_, FMH médecine interne et angiologie, a attesté d'un status variqueux tronculaire discret à la jambe gauche.
3. Le 22 mai 2006, le Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG) a attesté de gaze nystagmus nécessitant une évaluation neurologique.
4. Le 23 mai 2006, le Service de neurologie des HUG a attesté d'un syndrome de Raynaud et d'un possible sacro-iléite nécessitant d'autres investigations.
5. Le 27 juin 2006, le Service d'ophtalmologie des HUG a conclu à un examen dans les normes par rapport au précédent et la présence d'un probable skew déviation.
6. Le 4 février 2008, le Dr B\_\_\_\_\_, pneumologie et médecine interne FMH, a posé le diagnostic de BPCO sévère (VEMS à 51 % du prédit) d'origine multifactorielle, asthme bronchique persistant, tabagisme chronique et probable emphysème.
7. Une échographie cardiaque du 14 mars 2008 a conclu à un examen normal.
8. Une résonnance magnétique cérébrale du 27 mars 2008 a montré des lésions difficiles à caractériser et nécessitant un examen neurologique approfondi.
9. Le 6 mai 2008, le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé un syndrome obstructif sévère sans modification par rapport à février 2008.
10. Le 3 juillet 2008, la Dresse C\_\_\_\_\_, FMH neurologie, a relevé une discrète diminution de la sensibilité de l'hémicorps gauche. Il n'y avait pas d'explication neurologique aux céphalées mixtes, les plaintes visuelles et les vertiges pourraient éventuellement être mis sur le compte d'une hypermétropie-astigmatique, cinétose chez une patiente avec un état anxio-dépressif important et une pneumopathie sévère.
11. Le 15 octobre 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
12. Le 4 novembre 2008, l'assurée a rempli le questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) et indiqué qu'en

bonne santé elle exercerait peut-être une activité lucrative dans le domaine du secrétariat et de la banque, si les enfants (hyperactifs les deux) le lui permettaient.

13. Le 5 novembre 2008, le Dr D \_\_\_\_\_, FMH médecine interne, a rempli un rapport médical AI dans lequel il pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de BPCO sévère sur tabagisme actif et asthme allergique; (VEMS 1200ml = 51 % prédit en février 2008); état anxio-dépressif chronique, syndrome douloureux chronique; céphalées chronique de type migraine probable; hypermétropie, strabisme et astigmatisme; vertiges chroniques d'origine indéterminée. Il suivait l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2008. L'assurée n'exerçait pas d'activité professionnelle, la capacité de travail était difficile à évaluer.
14. Le 12 février 2009, à la demande de l'OAI, le Dr E \_\_\_\_\_, FMH médecine interne, a rendu une expertise. L'assurée se plaignait d'intolérance aux efforts, de peine à respirer, de toux, d'épisodes de suffocation, d'un syndrome douloureux diffus, d'angoisse, de phénomène de tétanie et de vertiges. (Elle avait arrêté de fumer en septembre 2008 ce qui avait amélioré la situation). Sans son atteinte à la santé, l'assurée estimait qu'elle aurait dû travailler à 50 % pour faire face aux dettes du ménage.

L'expert a posé les diagnostics suivants : avec répercussion sur la capacité de travail : BPCO sévère GOLD III (diagnostiqué en février 2008) avec asthme bronchique allergique et emphysème panlobulaire. Sans répercussion sur la capacité de travail : fibromyalgie, céphalées chroniques mixtes, vertiges chroniques d'origine indéterminée, discret hémisynonyme sensitif gauche d'origine indéterminée, troubles anxieux et attaques de paniques.

L'assurée, en raison des limitations (dyspnée, toux) ne pouvait exercer qu'une activité sédentaire ou semi-sédentaire avec port de charges légères et dans un environnement exempt d'irritants respiratoires et de variation importante de température. La diminution de rendement dans l'activité de femme au foyer était de 30 %. L'importance des tâches éducatives et ménagères était telle que l'on n'imaginerait pas l'assurée être active professionnellement. Dans une activité adaptée (par exemple employée de bureau), la capacité de travail était de 80 %. L'incapacité de travail existait depuis janvier 2007.

15. Par communication du 8 avril 2009, l'OAI a refusé en l'état une mesure de réadaptation professionnelle et déclaré poursuivre l'instruction du dossier.
16. Le 16 avril 2009, la Dresse F \_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis médical selon lequel il existait depuis janvier 2007 une capacité de 70 % comme femme au foyer et de 80 % dans une activité adaptée.
17. Le 25 mai 2009, l'OAI a effectué une enquête économique sur le ménage concluant à une invalidité de 22,7 %. L'assurée a déclaré que sans atteinte à la santé, elle

aurait travaillé à 50 % dans le domaine du secrétariat, de la banque ou de la vente. Il était proposé un statut mixte 50 % - 50 %.

18. Le 11 juin 2009, le Dr G \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a attesté qu'il n'y avait pas de rhumatisme inflammatoire mais de nombreux points de fibromyalgie.
19. Le 24 juin 2009, l'assurée a fourni des fiches de paie attestant que du 1<sup>er</sup> juin 2002 au 30 novembre 2002, elle avait travaillé pour X \_\_\_\_\_ Sàrl, à Mies pour un horaire mensuel entre 8 et 50 heures.
20. Le 14 juillet 2009, l'enquêtrice a estimé que l'activité exercée en 2002 équivalait à un 20 % et non pas à un 50 % de sorte que le statut mixte était de 20 % activité lucrative et 80 % ménager.
21. Par projet de décision du 16 juillet 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestation de l'assurée en constatant que son degré d'invalidité était de 18 %, soit 0 % dans la sphère professionnelle et 22,7 % dans la sphère ménagère.
22. Par décision du 14 septembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision.
23. Le 7 octobre 2009, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle s'opposait à la décision du 14 septembre 2009 car ses difficultés respiratoires avaient augmenté et que son médecin, le Dr B \_\_\_\_\_, n'avait pas été entendu par l'OAI.
24. Le 22 octobre 2009, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision du 14 septembre 2009 en concluant à son annulation et à l'octroi de mesures d'ordre professionnel ou d'une rente. Elle a requis plusieurs délais successifs pour compléter son recours, étant dans l'attente de pièces médicales.
25. Le 30 novembre 2009, le Dr D \_\_\_\_\_ a attesté d'un état anxio-dépressif chronique récurrent, un syndrome douloureux chronique sur probable fibromyalgie et une maladie pulmonaire chronique.
26. Le 1<sup>er</sup> juillet 2010, la recourante a complété son recours en relevant qu'aucune évaluation psychique n'avait été faite, que son statut mixte était de 50 % - 50 % et non pas de 20 % - 80 %. Qu'elle était suivie par le Dr H \_\_\_\_\_ depuis le 15 mars 2010, lequel avait constaté un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique. Elle a conclu au renvoi de la cause pour nouvelle instruction sous l'angle psychiatrique.
27. Le 28 juillet 2010, la Dresse F \_\_\_\_\_ a rendu un avis médical relevant que le rapport du Dr N. G \_\_\_\_\_ n'apportait pas d'élément nouveau.
28. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 27 septembre 2010, la recourante a déclaré :

"J'ai commencé un apprentissage d'employée de commerce que j'ai cependant arrêté. J'ai ensuite obtenu un diplôme de secrétariat en même temps que j'étais employée à l'UBS. J'ai travaillé de 1981 à 1992. A la naissance de ma fille en 1992 je travaillais dans une banque et j'ai demandé à diminuer mon temps de travail à 50 % ce qui m'a été refusé, j'ai alors cessé de travailler. En 2003, j'ai repris une activité dans une station services dont je connaissais la gérante. Il s'agissait de quelques heures par semaine. Je travaillais comme auxiliaire pour l'entreprise de mon époux "Y\_\_\_\_\_" auparavant "Z\_\_\_\_\_" lequel place du personnel notamment auprès de certains employeurs. J'ai pris cet emploi d'une part pour dépanner mon amie et d'autre part en vue d'augmenter mon taux de travail et de pouvoir reprendre le secrétariat entièrement à mon compte. Plus précisément mon amie possède trois stations services et nous aurions pu gérer ensemble les trois stations en tournus. A l'époque elle ne possédait qu'une station mais envisageait déjà d'en exploiter une deuxième. Mon but était de travailler au moins à 50 % voire plus. Le fait de ne plus travailler m'avait beaucoup manqué, notamment mon ancien environnement professionnel. J'ai dû beaucoup m'occuper de mes enfants qui sont tous les deux hyperactifs. Actuellement mon investissement est moins important pour eux car ils ont grandi.

Je ne fume toujours pas et cela depuis deux ans. Cela a amélioré ma situation respiratoire mais j'ai toujours de l'asthme, des allergies et un emphysème. Je suis suivie par le Dr H\_\_\_\_\_, depuis ce suivi mes crises de paniques ont diminués. Juste avant le Dr H\_\_\_\_\_ j'avais vu un médecin de la consultation de l'hôpital mais j'ai arrêté le suivi car je ne me suis pas entendue avec elle. Pendant une année et demie environ avant la naissance de ma fille j'avais également été suivie par un psychiatre le Dr I\_\_\_\_\_, sur conseil de mon employeur. Quand ma fille a eu deux ans et demi j'ai débuté un traitement chez le psychiatre qui la traitait également. Comme j'avais beaucoup de rendez-vous médicaux pour mes enfants je n'ai pas pris la peine de me soigner et d'entamer un vrai suivi psychiatrique. Je précise cependant que j'ai toujours eu des entretiens psychiatriques au SMP en raison du suivi psychiatrique de mes deux enfants, en thérapie familiale. Actuellement je vois le Dr H\_\_\_\_\_ deux fois par mois. L'expertise au dossier est critiquée dès lors qu'elle ne tient pas compte des ensembles des atteintes à la santé en particulier de la fibromyalgie. Il convient également d'apprécier l'atteinte psychiatrique. Je relève que le paragraphe qui parle de la surcharge des tâches ménagères et la capacité d'être active professionnellement (expertise p. 20) n'est pas clair. A l'heure actuelle j'ai une femme de ménage à raison de 2 à 3 heures par semaine et cela depuis l'été 2009 et ma mère s'occupe de mon repassage. Je fais un minimum de ménage car je suis tout de suite essoufflée et j'ai tout de suite des douleurs. Je prends de la morphine tous les jours, des pastilles et de patchs. Je conteste l'enquête ménagère dans la mesure où elle ne tient pas compte de l'atteinte psychiatrique. S'agissant de l'aide familiale dans le ménage, ma fille et mon fils m'aident un peu mais ils sont limités par leurs

propres problèmes. Ma fille a des problèmes de coordination fine de sorte qu'elle peine à peler des légumes, attacher ses lacets et faire des découpages par exemple. Elle peut mettre la table et faire une sauce à salade. Quant à mon fils il m'aide un peu dans le ménage, il fait de petits achats et va par exemple jeter les bouteilles. Mon mari ne m'aide pas du tout, il travaille beaucoup, parfois jour et nuit, il estime que les tâches ménagères sont un travail de femme. J'ai des problèmes de souffle mais aussi des douleurs qui sont parfois très intenses et très handicapantes dans la vie de tous les jours.

J'aurais voulu recommencer à travailler vers 2006 à 100 % et auparavant soit après la naissance de ma fille à 50 %. Je trouve que c'est dénigrant d'être seule à la maison et j'aurais voulu m'épanouir dans le domaine social. J'ai cherché un emploi mais pas très sérieusement après la naissance de ma fille, je relève que j'étais déjà peu bien à cette époque en raison de douleurs. Je fais le maximum pour m'en sortir, notamment en suivant beaucoup de thérapies en particulier en médecines parallèles".

La représentante de l'OAI a déclaré :

"Je précise que l'exigibilité qui figure dans le rapport d'enquête est toujours relative à l'exigibilité des membres de la famille".

29. Le 6 octobre 2010, l'intimé a confirmé ses conclusions en relevant que la recourante n'avait entamé un suivi psychiatrique que plusieurs mois après la décision querellée, que le Dr H\_\_\_\_\_ ne suivait la recourante que depuis mars 2010, que le Dr E\_\_\_\_\_ n'avait décelé aucun trouble dépressif sévère en février 2009, qu'il n'était pas vraisemblable que la recourante souffre d'un trouble dépressif sévère depuis des années comme l'avait admis le Dr H\_\_\_\_\_ et que la recourante ne s'était plainte d'aucun handicap psychiatrique lors de l'enquête ménagère.
30. A la demande du Tribunal de céans, la Dresse J\_\_\_\_\_ a indiqué le 25 octobre 2010 qu'elle avait suivi la recourante les 26 novembre 2009, 5 janvier 2010 et 2 février 2010, que les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode moyen sans syndrome somatique et anxiété généralisée avaient été posés, que le traitement antidépresseur du Dr D\_\_\_\_\_ avait été reconduit mais que la recourante s'était opposée à l'augmentation du dosage, que l'incapacité de travail était totale en raison de l'humeur déprimée avec anhédonie, aboulie, manque d'énergie et intolérance au stress.
31. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

---

## EN DROIT

1. a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 15 octobre 2008 et se rapporte à une capacité de travail et en tant que ménagère limitée depuis janvier 2007. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, pour les faits postérieurs à cette date.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 16 juillet 2009, qui a été confirmé par la décision du 14 septembre 2009, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 22 octobre 2009.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte

d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

4. a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

Cependant si le cas d'assurance se produit avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008, la personne assurée peut encore déposer une demande de prestations dans les douze mois après la naissance du droit (lettre circulaire n° 253 de l'OFAS du 12 décembre 2007).

5. a) Selon l'art. 28a LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Le Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (al. 1). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 3).

Selon l'art. 27 première phrase RAI, par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique.

Selon l'art. 27bis RAI, lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative.

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 la méthode dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assurée, si elle était demeurée valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assurée, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b; VSI 1996 p. 209 consid. 1c). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

6. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 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; 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 du 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'invalidé 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 (ESS) 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, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

b) L'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée selon la méthode spécifique (ATFA du 20 avril 2007, I 288/06). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier.

En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé, l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assuré (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine (sur les exigences relatives à la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, voir arrêt I 90/02 du 30

décembre 2002). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (arrêts 8C\_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137). Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant. Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (consid. 2.3.2 arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002), puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (arrêt I 733/03 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3; arrêt 9C 108/2009 du 29 octobre 2009).

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c et les références), 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 (arrêts D. du 14 janvier 2005 [I 308/04 et I 309/04] et S. du 11 août 2003 [I 681/02]). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle

devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222; ATFA du 17 mars 2005, I 257/04).

7. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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 LPG), 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des

résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant 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).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

8. En l'espèce, la recourante invoque tout d'abord un statut mixte 50 % activité lucrative et 50 % travaux habituels (ménage). A cet égard, il convient de déterminer dans quelle mesure la recourante aurait, en bonne santé, exercé une activité lucrative. Dans le questionnaire du 4 novembre 2008 celle-ci a indiqué qu'elle aurait peut-être repris une activité dans le domaine du secrétariat et de la banque si ses enfants le lui permettaient; lors de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ elle a indiqué qu'elle aurait dû travailler à 50 % pour faire face aux dettes du ménage et en audience de comparution personnelle du 27 septembre 2010 elle a précisé qu'elle aurait, en bonne santé, travaillé au moins à 50 %, voire plus.

Au vu de ces déclarations, mais aussi du fait que le ménage de la recourante doit faire face à de nombreuses dettes, de l'âge de ses enfants ainsi que de la volonté de la recourante de se réinsérer dans le monde du travail, il paraît probable qu'elle aurait, en bonne santé, repris une activité lucrative à 50 % de sorte qu'un statut mixte 50 % activité lucrative, 50 % tâches ménagères doit lui être reconnu.

9. S'agissant de l'évaluation de l'état de santé de la recourante, l'intimé a mandaté le Dr E\_\_\_\_\_ pour effectuer une expertise médicale. Le rapport de celui-ci du 12 février 2009 répond aux exigences jurisprudentielles précitées pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. La recourante ne le conteste d'ailleurs pas. Elle requiert cependant une instruction concernant son état de santé psychique en se fondant sur l'attestation du Dr H\_\_\_\_\_ du 15 juin 2010 concluant à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques F33.2 et un trouble panique sévère F41.01 entraînant une incapacité de travail totale.

Il est à constater que l'intimé n'a pas effectué d'instruction concernant l'état psychique de la recourante, laquelle n'a cependant été régulièrement suivie par un psychiatre, le Dr H\_\_\_\_\_, que depuis mars 2010. Selon ce dernier, la recourante est totalement incapable de travailler en raison de diagnostics psychiatriques sévères. Il mentionne que les symptômes dépressifs sont présents depuis des années.

On ne saurait toutefois, au vu de cet avis médical émanant du médecin-traitant, admettre que la recourante souffre d'un trouble dépressif sévère depuis des années, ce d'autant que le suivi du Dr H\_\_\_\_\_ n'a débuté qu'en 2010. Cependant, il est possible qu'au jour de la décision litigieuse, le 14 septembre 2009, la recourante présentait déjà un diagnostic psychiatrique suffisamment sévère pour être incapacitant. A cet égard, les informations requises par le Tribunal de céans auprès de la Dresse J\_\_\_\_\_ (rapport du 25 octobre 2010) vont dans le même sens dès lors que celle-ci a pu constater dès le 26 novembre 2009 une incapacité de travail totale de la recourante, en raison d'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen sans syndrome somatique et anxiété généralisée.

Au demeurant, antérieurement, plusieurs médecins non psychiatres avaient relevé des troubles de l'état de santé psychique de la recourante. Le Dr B \_\_\_\_\_ a mentionné un état anxio-dépressif (avis du 4 février 2008), le Dr D \_\_\_\_\_ un état anxio-dépressif chronique récurrent (avis des 5 novembre 2008 et 30 novembre 2009) et le Dr E \_\_\_\_\_ des troubles anxieux et attaques de panique (expertise du 12 février 2009).

Le dossier n'étant ainsi pas complètement instruit, il convient de le renvoyer à l'intimé afin qu'il procède à une expertise psychiatrique. A cet égard, il sera rappelé que lorsqu'une autorité judiciaire, cantonale et fédérale, enjoint un office AI de procéder à une "expertise psychiatrique", il ne peut s'agir que d'une expertise administrative, c'est-à-dire d'une expertise ordonnée par l'administration auprès de médecins ou d'une institution indépendants des parties en présence. Des raisons évidentes d'égalité entre les parties empêchent en effet que l'administration, dont la décision a été annulée par l'autorité judiciaire et à laquelle la cause a été renvoyée pour expertise, se tourne pour ce faire vers des médecins qui lui sont liés d'un point de vue institutionnel ou par contrat de travail. Dès lors un rapport du SMR ne saurait être assimilé à une expertise administrative (ATF I 694/05 du 5 décembre 2006).

10. a) Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI) ainsi qu'une indemnité de 2'500 fr., en faveur de la recourante.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 14 septembre 2009.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. Condamne l'intimé à verser une indemnité de 2'500 fr. à la recourante.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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