

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/716/2013

ATAS/1006/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 septembre 2014

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHATELAINE, représentée par
l'Association suisse des assurés (ASSUAS)

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), portugaise née en 1961, mariée depuis 1982 et mère d'un enfant né le _____ 1984, a travaillé en qualité de nettoyeuse du 21 novembre 2000 au 31 octobre 2006 pour B_____ SA, à raison de 12 heures par semaine (2 heures par jour, 6 jours par semaine) et pour C_____ SA, du 11 novembre 2002 au 30 avril 2007, à raison de 20 heures par semaine (4 heures par jour, 5 jours par semaine).
2. Le 3 mai 2007, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-traitant de l'assurée, a attesté de son incapacité totale de travailler à compter du 18 avril 2007, pour une période indéterminée.
3. Le 27 mai 2007, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en invoquant un problème nerveux grave, chronique et persistant, présent depuis avril 2007.
4. Par décision du 9 octobre 2009, l'OAI lui a nié le droit à toute prestation.

L'OAI admettait, à compter du 18 avril 2007, une incapacité de travail totale, puis partielle, le délai de carence ayant pris fin le 18 avril 2008.

Considérant que l'assurée exerçait son activité à temps partiel par choix personnel à raison de 32 h./sem. et qu'elle aurait continué à ce taux si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, l'OAI lui a reconnu un statut mixte d'active à 73%.

S'agissant de la sphère professionnelle, l'atteinte à la santé avait occasionné une incapacité de travail de 50% par rapport à un taux d'activité de 100% dès le 26 juin 2007 et de 80% dès le 26 septembre 2008. Dans la sphère ménagère, l'atteinte à sa santé n'était pas susceptible d'occasionner un quelconque empêchement. Par conséquent, le degré d'invalidité global correspondait au degré d'invalidité dans la sphère professionnelle, soit 23%.

5. Cette décision - entrée en force faute d'avoir été attaquée - a été rendue à l'issue d'une instruction ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants :
 - un rapport rédigé le 30 mai 2007 par C_____ SA, faisant mention d'un horaire de travail habituel au sein de l'entreprise de 44 h./sem., indiquant que le salaire horaire de l'assurée s'était élevé à CHF 17.80.- - auquel s'ajoutaient 8,33% pour les vacances - et qu'elle avait été licenciée en raison d'un changement des horaires de nettoyage chez un client, avec effet au 30 avril 2007, échéance reportée en raison de son incapacité de travail ;
 - un rapport établi le 31 mai 2007 par le Dr D_____, concluant à un état dépressif majeur récurrent, expliquant que, depuis plus de 10 ans, l'assurée avait souffert de plusieurs épisodes dépressifs, qu'elle se plaignait d'une humeur dépressive récurrente, d'une anxiété importante

ayant des répercussions marquées sur son activité professionnelle (fatigue, manque d'entrain et relations sociales difficiles), que depuis une année, elle ne travaillait que 4 h./jour, touchant pour le surplus des indemnités de l'assurance-chômage, que son état de santé s'était aggravé de manière importante depuis 2006, mais était désormais stabilisé grâce à un traitement psychotrope important, que les déficits fonctionnels consistaient en une fatigue généralisée et en des difficultés de concentration et d'organisation, que depuis mai 2007, le travail n'était possible qu'à condition de prévoir des pauses supplémentaires et pour autant que l'exposition au bruit, les risques de chutes et le travail nocturne soient proscrits ; le médecin concluait que sa patiente pouvait exercer son activité habituelle à temps partiel, au maximum 4 h./jour ; une amélioration était possible, à condition qu'elle poursuive son traitement ;

- un rapport ultérieur du 25 juin 2007 du Dr D_____, confirmant un état dépressif chronique, de degré moyen à grave selon les épisodes de décompensation, résistant au traitement (depuis plus de 10 ans) ; le médecin attestait que l'incapacité de travail était totale depuis le 18 avril 2007, étant précisé que l'état de l'intéressée s'aggravait depuis environ une année, malgré le traitement et une psychothérapie ; elle se plaignait d'une fatigue importante, d'un manque de motivation et de déficits marqués ; son état était chronique et le pronostic réservé ; tant l'exercice de l'activité habituelle que d'une activité adaptée (légère et n'exigeant pas trop de concentration) étaient exigibles, à raison de 4 h./jour et en tenant compte d'une diminution de rendement liée à une baisse d'efficacité ;
- un formulaire rempli le 27 juin 2007 par B_____ SA faisant mention d'un horaire de travail habituel au sein de l'entreprise de 44h./sem. et précisant que le salaire horaire de l'assurée était de CHF 17.35.-, auquel s'ajoutaient 8,33% pour les vacances ;
- un rapport du 19 août 2008 du Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée, concluant à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, depuis 1999, et à une personnalité émotionnellement labile depuis 1999 ; le psychiatre relatait que l'assurée se plaignait de fatigue, d'irritabilité, de nervosité, de troubles de la concentration et de perte d'élan vital ; il émettait l'avis que l'activité habituelle était encore exigible à 50%, le rendement étant réduit dans les phases de rechute (irrégularité, absentéisme et conflit) ; les limitations fonctionnelles consistaient en une faible tolérance au stress, se manifestant sur son lieu de travail par des difficultés avec les collègues et la hiérarchie ; une reprise du travail et une amélioration de la capacité de

travail étaient envisageables, à condition que l'assurée bénéficie d'un cadre de travail favorable ;

- un rapport rédigé le 7 octobre 2008 par la Dre F_____, spécialiste FMH en pathologie, psychiatrie et psychothérapie, retenant deux diagnostics incapacitants : un trouble dépressif récurrent, status après épisode anamnestique d'intensité moyenne, épisode actuel léger, sans syndrome somatique, et une personnalité émotionnellement labile de type borderline, avec composante dépendante importante ; le médecin mentionnait également des difficultés dans les rapports avec le conjoint, sans répercussion sur la capacité de travail ; le médecin du Service médical régional de l'AI (SMR) a considéré que l'origine des symptômes était réactionnelle au licenciement de l'assurée dans un contexte de mobbing ; il a considéré comme crédible que leur intensité ait été telle que l'assurée n'ait plus pu travailler à compter du 18 avril 2007 ; par contre, désormais, la quasi-totalité des symptômes trouvait sa source dans les difficultés conjugales de l'assurée (mauvaise entente avec un mari ayant tendance à la boisson) ; l'assurée montrait des signes légers de dépression directement en lien avec les souffrances conjugales, mais plus aucun signe de dépression à caractère invalidant ni de séquelle d'un traumatisme liée au mobbing ; le médecin en tirait la conclusion que, puisque la souffrance de l'assurée n'était plus en lien qu'avec ses difficultés conjugales, elle ne pouvait plus être considérée comme une maladie à caractère invalidant, d'autant que l'assurée reconnaissait, d'une part, que si son mari ne buvait pas, elle ne serait pas malade, et, d'autre part, que ses symptômes diminueraient si elle pouvait reprendre une activité professionnelle ; la dépression étant désormais légère, la fatigabilité et les troubles de l'attention et de la concentration pouvaient justifier l'exigibilité d'une activité à 80%, étant précisé que la capacité de travail avait été de 0% du 18 avril au 19 juin 2007, de 50% (selon le rapport du 25 juin 2007 du Dr D_____) du 20 juin 2007 au 25 septembre 2008 (selon le rapport du 19 août 2008 du Dr E_____) et de 80% dès le 26 septembre 2008, date de l'examen, dans toute activité.

6. Le 29 septembre 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, visant l'octroi d'une rente d'invalidité. Aucune pièce médicale n'était jointe à sa demande.
7. Le 22 novembre 2010, l'OAI lui a adressé un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, au motif qu'elle n'avait apporté aucun élément médical permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé, malgré le délai supplémentaire qui lui avait été octroyé pour ce faire.
8. Dans un certificat du 20 décembre 2010, le Dr E_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était modifié en raison de la naissance non désirée de son petit-

fil. La situation entre les parents de l'enfant était conflictuelle, ce qui perturbait l'assurée, qui n'avait pu avoir de contact avec son petit-fils. Elle se disait incapable d'affronter le monde du travail, passant beaucoup de temps repliée sur elle-même, décrivant son humeur comme instable et présentant un manque de motivation générale, malgré son traitement médicamenteux.

9. Dans un rapport du 21 février 2011, le Dr E_____ a qualifié l'état de santé de sa patiente de stationnaire depuis environ deux ans, étant précisé que la thymie s'était discrètement améliorée. L'assurée présentait plusieurs limitations fonctionnelles (irritabilité, nervosité et problèmes relationnels). Sa capacité de travail était de 50% en tant que ménagère et de 25% dans une activité adaptée.
10. Le 21 avril 2011, le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine du travail auprès du SMR, a suggéré la mise en place de mesures de réinsertion de type occupationnel puis socioprofessionnel, afin de déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assurée.
11. Un entretien à la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a eu lieu le 6 juin 2011. L'assurée est apparue très déprimée et peu mobilisable, de sorte que l'on a considéré que des mesures de réinsertion seraient vouées à l'échec : l'assurée ne s'imaginait pas du tout travailler, même à temps partiel, en raison de sa fatigabilité et des relations avec ses collègues. A l'évocation des possibilités de stage, elle ne s'était pas montrée intéressée.
12. Sur suggestion du SMR, l'OAI a confié au Dr H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie du Centre médical de psychothérapie cognitive, le soin de conduire une expertise psychiatrique.

Dans son rapport du 29 décembre 2011, le Dr H_____ a retenu les diagnostics suivants : état dépressif majeur récurrent de gravité moyenne, personnalité avec des traits limites, du registre abandonnique, sub-décompensée et intelligence aux limites inférieures de la norme.

Compte tenu de la symptomatologie dépressive - pouvant être considérée comme moyenne selon l'échelle d'HAMILTON - et du caractère relativement fluctuant de son état de santé, le médecin a estimé la capacité de travail de l'assurée à 50% sur la base d'un plein temps, dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée (telle que le ménage pour des particuliers), sans diminution de rendement et ce, dès le 10 décembre 2010.

Des mesures de réadaptation semblaient envisageables, pour autant qu'on donne à l'intéressée la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, de développer son aptitude à s'intégrer dans le tissu social et de mobiliser ses ressources existantes.

En ce qui concernait l'activité ménagère, l'assurée paraissait apte à réaliser 50 à 70% des tâches, en tant que mère au foyer.

Un reclassement professionnel ne paraissait pas opportun, compte tenu de l'absence de motivation de l'assurée.

Enfin, l'augmentation de la posologie de certains médicaments était recommandée.

13. Le 18 juillet 2012, l'OAI a considéré que des mesures professionnelles sous forme de formation n'étaient pas indiquées, puisque l'assurée conservait une capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Seule une aide au placement était envisageable.

14. Le 12 novembre 2012, une enquête sur le ménage a eu lieu au domicile de l'assurée.

L'enquêtrice, infirmière du service externe, a relaté qu'en bonne santé, l'assurée aurait continué à travailler à temps partiel en qualité de nettoyeuse, à 73%, pour compléter les revenus de son époux.

L'empêchement dans la sphère ménagère a été évalué à 6,5%, étant précisé que l'aide apportée par le fils de l'assurée, âgé de 28 ans et vivant au domicile familial, avait été prise en compte.

L'enquêtrice a estimé que l'assurée pouvait tenir son ménage normalement. Elle voyait ce qu'il fallait faire mais repoussait parfois au lendemain certaines tâches quand elle se sentait trop fatiguée.

15. Le 30 novembre 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.

16. Le 17 janvier 2013, l'assurée s'est opposée à ce projet en alléguant que son état de santé s'était aggravé, malgré le traitement, qu'elle souffrait énormément de douleurs multiples et d'une baisse de l'humeur, de tendances régressives et d'un manque de motivation, ce qui entraînait selon elle une incapacité totale et définitive de travail dans toute activité professionnelle.

17. Par décision formelle du 25 janvier 2013, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

L'OAI a considéré que, sans atteinte à sa santé, l'assurée aurait continué à exercer une activité professionnelle à 73%.

Se référant à l'enquête du 12 novembre 2012, il a retenu un empêchement de 6,5% dans la sphère ménagère.

Se basant sur l'expertise du 29 décembre 2011, il a conclu à une capacité de travail de 50% dans toute activité depuis le 10 décembre 2010 et à un degré d'invalidité global de 25% (23% dans la sphère professionnelle + 2% dans la sphère ménagère), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Quant aux mesures professionnelles, il a considéré qu'elles n'étaient pas indiquées, compte tenu du fait que l'assurée conservait une capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

18. Dans un certificat du 13 février 2013, le Dr E_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente, qu'il a fait remonter à environ deux ans. Le médecin a

expliqué que, malgré son traitement, l'assurée manifestait moins d'élan vital, qu'elle était souvent habitée par des idées de mort et le sentiment d'être un fardeau pour son entourage.

19. Par acte du 26 février 2012, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à ce que lui soit reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité.

La recourante allègue que son état de santé s'est aggravé et qu'il lui est désormais impossible de travailler et de tenir son ménage.

Elle soutient que l'expertise du Dr H_____ ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante, compte tenu de l'avis divergent du Dr E_____. Selon elle, le Dr H_____ se contredit en concluant à une capacité de travail de 50% tout en conseillant d'augmenter la posologie des médicaments. Elle lui reproche d'avoir minimisé les atteintes à sa santé.

20. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 2 avril 2013, a conclu au rejet du recours.

Selon lui, l'expertise du Dr H_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante. La recourante n'apporte aucun élément probant susceptible de remettre en cause cette expertise. Les éléments relevés par le Dr E_____ dans ses rapports ne sont pas nouveaux puisqu'ils correspondent aux plaintes subjectives de la recourante, telles qu'elles ressortent de l'expertise du Dr H_____. Quant à l'augmentation de la posologie, elle ne constitue en aucun cas une contradiction mais a pour objectif d'améliorer encore l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail.

21. Le 10 juin 2013, la recourante a répliqué en persistant dans ses conclusions.

Elle soutient que l'appréciation des Drs D_____ et E_____ devrait primer celle du Dr H_____.

Elle considère au surplus que son degré d'invalidité lui ouvre à tout le moins droit à une mesure de reclassement.

22. Dans sa duplique du 10 juillet 2013, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

23. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 16 janvier 2014, au cours de laquelle a été entendu le Dr E_____.

Le médecin a indiqué ne pas contester l'expertise du Dr H_____ en elle-même.

Il a expliqué que la recourante a traversé des moments difficiles en lien avec une situation familiale tendue à l'extrême. Une partie de ces épisodes s'est déroulée entre 2009 et 2010.

Le témoin a confirmé son diagnostic de dépression chronique moyenne à sévère. Il a indiqué que le risque pour la recourante d'attenter à sa propre vie avait existé. Il y a ajouté celui de trouble de la personnalité dont il a expliqué qu'il compliquait la

situation en induisant une labilité émotionnelle et une intolérance à la frustration, qui avaient elles-mêmes pour conséquence des difficultés relationnelles.

Le témoin a indiqué qu'il lui était difficile de dire si l'état de la recourante s'était aggravé entre 2009 et 2010. Depuis la naissance de son petit-fils, le 30 mai 2009, elle avait traversé des moments difficiles. Il la suivait depuis 1999. Sa situation professionnelle était pénible et son état psychique fluctuait au gré des difficultés qu'elle rencontrait. Actuellement, il y avait une légère amélioration de son état et sa capacité de travail atteignait 50% dans son activité habituelle, du point de vue psychiatrique. Cependant, compte tenu des exigences actuelles des employeurs, il doutait que l'un d'eux « lui donne sa chance ».

24. Par écriture du 10 février 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

L'intimé considère que les déclarations du Dr E_____ ne remettent pas en cause l'expertise du Dr H_____, d'autant que les éléments évoqués lors de l'audience d'enquêtes étaient connus et ont été pris en considération par ce dernier dans son évaluation.

EN DROIT

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

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 et 38 LPGA).
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et/ou à des mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité, en particulier sur la question de savoir si son état de santé s'est aggravé depuis la décision de refus de prestation de l'intimé du 9 octobre 2009 au point de modifier le droit aux prestations.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 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.

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 (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle

seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait 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'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b).
8. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après 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 (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

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. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) ; 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 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

9. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

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 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93), une telle enquête a valeur probante.

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et ATF 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 du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que 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 (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

10. En l'espèce, il est établi et non contesté que la recourante a travaillé par choix à 73% en qualité de nettoyeuse et qu'elle aurait continué à ce taux si son état de santé le lui avait permis. Le statut mixte qui lui a été reconnu par l'intimé doit par conséquent être confirmé à raison de 73% pour l'activité professionnelle et de 27% pour la tenue du ménage. Au demeurant, ni ce statut, ni les constatations et conclusions de l'enquête économique sur le ménage ne sont contestés.

Reste à examiner l'éventuel droit aux prestations de la recourante, à la lumière de son degré d'invalidité et des rapports médicaux figurant au dossier.

11. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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).

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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références).

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. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

L'art. 87 RAI prévoit en outre que lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 3). Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies (al. 4).

12. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

13. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

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. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb).

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/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

14. En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une

décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références).

Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c; ATF 115 V 308 consid. 4a/cc).

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_74/2008 du 17 juillet 2008 consid. 2).

15. En l'espèce, l'intimé considère que la recourante présente un degré d'invalidité de 25% (23% dans la sphère professionnelle et 2% dans la sphère ménagère), soit un taux insuffisant pour lui ouvrir droit à une rente d'invalidité. Pour parvenir à ces conclusions, il se fonde sur l'expertise du 29 décembre 2011 du Dr H_____ et l'enquête économique sur le ménage du 12 novembre 2012, sur laquelle il n'est pas nécessaire de revenir (cf. supra consid. 9 et 10).

Quant à la recourante, elle conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Elle conteste la valeur probante de l'expertise du Dr H_____, auquel elle reproche d'avoir minimisé ses problèmes de santé et invoque à l'appui de sa position les avis des Drs D_____ et E_____.

La Cour constate que le rapport du Dr H_____ répond aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Il se fonde en effet sur un examen clinique de la recourante et sur l'étude approfondie de son dossier médical, tient compte de ses plaintes et contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et justifiés au moyen d'échelles de mesure ainsi que des conclusions motivées. L'appréciation du Dr H_____ permet de comprendre les troubles dont souffre la recourante et leurs conséquences sur sa capacité à exercer son activité habituelle ou une activité adaptée. Quant au fait de conclure à une capacité de travail résiduelle tout en préconisant une augmentation de la posologie de certains médicaments, on ne saurait y voir une contradiction de nature à mettre en doute les conclusions de l'expert.

Les conclusions du Dr D_____, dans la mesure où elles remontent à 2007, ne sont pas susceptibles de jeter le doute sur celles de l'expert.

Quant aux rapports du Dr E_____, ils n'amènent pas non plus d'élément objectif permettant de douter des conclusions de l'expert. En premier lieu, il convient de tenir compte du fait que le Dr E_____ est le psychiatre-traitant de la recourante avec ce que cela implique, conformément à la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). En second lieu, les éléments mis en avant par le médecin ont, sans exception, tous été relevés et pris en compte par le Dr H_____ dans le cadre de son expertise. Enfin, les rapports du Dr E_____ sont brefs, peu ou pas motivés et

ne permettent pas de comprendre comment est déterminée la capacité de travail résiduelle de la recourante. La question de leur valeur probante peut toutefois demeurer ouverte, dans la mesure où, lors de l'audience d'enquête du 16 janvier 2014, le Dr E_____ a déclaré ne pas contester l'expertise du Dr H_____.

Compte tenu de ces éléments, l'expertise du Dr H_____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante, de sorte que l'intimé était légitimé à se baser sur elle pour calculer le degré d'invalidité de la recourante.

Le degré d'invalidité s'élevant à 25% contre 23% en octobre 2009, il apparaît que l'état de santé de la recourante ne s'est pas détérioré dans une mesure suffisante pour lui ouvrir un droit à la rente et permettre à l'intimé de donner une suite favorable à sa demande de révision. En outre, la reconsidération de la décision du 9 octobre 2009 (art. 53 al. 2 LPGA) doit également être écartée faute d'erreur manifeste reconnaissable.

16. Enfin, si une invalidité de 25% est en principe suffisante pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la recourante ne saurait en l'espèce bénéficier d'une telle mesure. En effet, tout reclassement apparaît comme inutile dans la mesure où la capacité résiduelle de travail qui lui a été reconnue est la même dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par ailleurs, il ressort du dossier que, jusqu'à sa réplique du 10 juin 2013, la recourante s'est toujours opposée à des mesures de réadaptation et à la reprise d'un emploi.

17. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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