

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1638/2010

ATAS/1001/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 4 octobre 2010

En la cause

Madame I _____, domiciliée à Genève, représentée par
l'APAS - Association pour la permanence de défense des patients et
des assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Mme I_____ (ci-après : l'assurée), née en 1955, de nationalité italienne, entrée en Suisse en 1973, titulaire d'une autorisation d'établissement C, mariée, mère de deux enfants, nés en 1974 et en 1983, a exercé la profession de femme de chambre (1976-1978), femme de ménage (1978-1980), vendeuse (1980-1983) et concierge (1987 à 1993).
2. Le 18 juillet 2007, l'assurée a déposé une demande de moyens auxiliaires (chaussures orthopédiques) en raison d'une arthrose sévère et affaissement des pieds.
3. Le 9 novembre 2007, le Dr L_____, FMH rhumatologie, a rempli un rapport médical AI indiquant un suivi depuis le 3 septembre 2007 et un diagnostic d'arthrose tarso-métatarsienne des deux pieds selon un bilan radiologique du 23 juillet 2007, entraînant des douleurs au dos et aux pieds ainsi que de l'ostéoporose depuis 2004.
4. Par communication du 20 novembre 2007, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a pris en charge le coût de chaussures orthopédiques de série.
5. Le 22 avril 2008, le Dr L_____ a indiqué que l'arthrose du tarse entraînait des douleurs mécaniques à la marche avec diminution du périmètre de marche et capacité à rester de façon prolongée debout et nécessité de chaussures adaptées. Une activité professionnelle avec déplacements, marche ou station debout prolongée, n'était pas exigible.
6. Le 2 juin 2008, le centre de moyens auxiliaires a proposé, après une rencontre à domicile avec l'assurée, la prise en charge d'une paire de chaussures orthopédiques sur mesure.
7. Par communication du 6 juin 2008, l'OAI a pris en charge le coût d'une paire de chaussures orthopédiques sur mesure.
8. Le 6 octobre 2008, l'assurée a requis des prestations de l'AI, soit une rente et un éventuel fauteuil roulant, en mentionnant un méningiome à la moelle épinière, une arthrose sévère aux pieds avec affaissement de ceux-ci.
9. Le 16 octobre 2008, le Dr M_____, FMH neurologie, a informé l'OAI qu'il avait revu l'assurée les 1^{er} et 22 septembre 2008 en raison de l'aggravation d'un trouble de la marche et une IRM médullaire dorsale avait montré une compression très marquée par un vraisemblable méningiome nécessitant une prochaine intervention. Il a joint un rapport du 23 septembre 2008 concluant à un examen neurologique pratiquement normal, une marche très pathologique et un ENMG normal et à la nécessité de compléter une IRM médullaire.

10. L'assurée a séjourné au service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG) du 9 au 16 octobre 2008 en raison d'un méningiome D10-D11 et a subi une intervention pratiquée par le Dr N_____, soit une ablation totale de la tumeur (selon le résumé de l'observation du 16 octobre 2008 des HUG).
11. Le 27 octobre 2008, le Dr O_____, FMH médecine interne, a rempli un rapport médical AI en indiquant un suivi depuis 2005 et une récente opération qui empêchait un pronostic actuel.
12. Le 17 novembre 2008, le Dr L_____ a rendu un rapport médical AI attestant d'une amélioration des douleurs aux pieds par les chaussures orthopédiques mais un pronostic d'évolution vers une aggravation progressive. Le cas n'était pas stabilisé en raison d'une intervention chirurgicale d'octobre 2008.
13. Le 26 janvier 2009, le Dr M_____ a attesté d'une évolution favorable avec toutefois des douleurs persistantes aux pieds, éventuellement dues à l'arthrose et paresthésie matinale aux mains.
14. Le 16 février 2009, le Dr L_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire depuis 2006. L'assurée pratiquait de la physiothérapie de renforcement musculaire et rééducation et un traitement d'antalgiques pour douleurs vertébrales post-opératoires. Le pronostic global était réservé. La capacité de travail était "nulle à fortement diminuée depuis 2006" et un retour au travail ultérieur n'était pas envisageable.
15. Le 5 mars 2009, le Dr M_____ a indiqué qu'il avait revu l'assurée le 20 février 2009, laquelle s'était récemment plainte d'une douleur dorsolombaire diffuse avec hématurie évoquant une lithiase. Une IRM dorsolombaire était inchangée par rapport à celle de novembre 2008. La marche s'était améliorée mais il y avait persistance de douleurs au niveau des pieds et paresthésies épisodes des mains. L'évolution était favorable.
16. Le 6 mars 2009, le Dr M_____ a écrit à l'OAI que l'état de santé s'était amélioré depuis l'opération d'octobre 2008 et que l'incapacité de travail était encore totale.
17. Par communication du 30 mars 2009, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.
18. Le 21 avril 2009, les Drs P_____ et Q_____ du Service médical régional (SMR) ont rendu un avis médical proposant une expertise rhumatologique et neurologique au Bureau romand d'expertises médicales (BREM).
19. Le 5 novembre 2009, les Drs R_____, FMH rhumatologie, médecine interne et S_____, FMH neurologie, ont rendu un rapport d'expertise fondé sur un examen de l'assurée du 27 août 2009 ainsi qu'une IRM cérébrale pratiquée le 14 septembre

2009, une radiographie de l'épaule droite et du genou gauche du 31 août 2009 et une échographie de l'épaule droite du 9 septembre 2009. L'assurée se plaignait de douleurs à la nuque avec brachialgies droites et dans toute la colonne, en région fessière et aux deux membres inférieurs, faiblesse des jambes, difficulté à la marche, un certain degré d'urgence mictionnelle et une vidange incomplète des urines.

Les experts ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de "paraparésie des membres inférieurs sur status après exérèse d'un méningiome D10-D11 en octobre 2008 M 9530/1 avec suspicion d'une seconde localisation au niveau cérébelleux à gauche. Troubles statiques rachidiens avec spondylose et discarthrose M47.8. Gonarthrose interne bilatérale M17.1. Arthrose érosive et évolutive des médiotarses sur troubles statiques plantaires M15.4. PSH droite avec tendinopathie du sus-épineux M75.0. Syndrome du tunnel carpien fruste, prédominant à gauche (acroparesthésies occasionnelles prédominant dans les trois premiers doigts. Actuellement elles sont absentes) G62.9. Coxarthrose gauche M16.1."

L'assurée était sujette à des atteintes dégénératives multifocales de l'appareil locomoteur. Ses arthroses étaient importantes, évolutives. Elles justifiaient de nombreuses limitations fonctionnelles, pouvant être contradictoires entre elles. Ainsi, si son arthrose rachidienne justifiait de multiples changements de positions, les changements de position étaient entravés par les arthroses de la hanche gauche, des genoux, des pieds associant ankylose et douleurs. Il existait également des limitations au niveau du membre supérieur droit, dominant, siège d'une périarthropathie avec rupture du sus-épineux. L'atteinte neurologique paraparétique compliquait la situation et rendait sa marche instable et réduisait son périmètre.

Il était prématuré de se prononcer quant à l'état définitif de la situation neurologique vu l'intervention d'octobre 2008 et la lente amélioration. Une évaluation devait être faite deux ans après l'intervention. L'ancienne activité de femme de chambre, femme de ménage ou vendeuse était impossible depuis 2004-2005. Aucune autre activité n'était actuellement exigible. Comme ménagère, une incapacité de l'ordre de 70 % devait lui être reconnue en raison de l'association d'une atteinte articulaire multifocale sévère et de l'atteinte neurologique déficitaire existant depuis sa demande de prestations. Il y avait suspicion d'une seconde localisation de méningiome, en cours d'évaluation. Une activité physique ou professionnelle sédentaire pourrait probablement être envisagée à moyen terme.

20. Le 19 janvier 2010, le Dr T_____ du SMR a estimé qu'il existait une incapacité de travail totale depuis 2004 et proposé une réévaluation dans deux ans.
21. Le 4 février 2010, un rapport d'enquête économique sur le ménage a conclu à une invalidité ménagère de 31,5 %, soit 13,5 % dans l'alimentation, 9 % dans l'entretien du logement et 9 % dans l'entretien des vêtements. Il est mentionné que le mari, en

retraite anticipée, le fils, étudiant universitaire, ou l'aide à domicile (deux heures par semaine) exécutent les travaux ménagers que l'assurée ne peut plus assumer. Dans la sphère ménagère, ses empêchements sont très importants en raison des nombreuses limitations fonctionnelles.

22. Par projet de décision du 11 février 2010, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée au motif que son degré d'invalidité n'atteignait pas 40 %.
23. Le 9 mars 2010, l'assurée a fait opposition au refus de rente d'invalidité.
24. Par décision du 31 mars 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision.
25. Le 5 mai 2010, l'assurée, représentée par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (l'APAS), a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision de l'OAI en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 70 % au moins.

Elle a fait valoir que postérieurement à l'expertise elle avait subi une échographie de l'épaule droite qui avait mis en évidence des lésions dont les experts n'avaient pas tenu compte. S'agissant de l'enquête ménagère, l'enquêtrice avait curieusement retenu l'aide à domicile apportée par la FSASD et n'avait pas indiqué en détail les activités assurées par l'aide ménagère. Quant à son époux, il était malade et ne pouvait réellement contribuer aux tâches ménagères, comme attesté par ses médecins-traitants. A cet égard, l'assurée a transmis les documents suivants :

- Un avis du 17 mars 2010 du Dr U_____, FMH Oto-rhino-laryngologie, selon lequel il suivait régulièrement M. I_____ depuis 1996 pour un asthme chronique qui handicapait celui-ci à effectuer certaines tâches ménagères et contre-indiquait l'inhalation de poussière.
- Un certificat du 2 mars 2010 du Dr V_____ attestant que l'état de santé de M. I_____ ne lui permettait plus de fournir de gros efforts, donc des tâches ménagères, en raison de sa colonne cervicale.
- Un avis du 13 avril 2010 du Dr W_____ mentionnant qu'il suivait M. I_____ pour une hypertension artérielle, une BPCO avec asthme chronique symptomatique, une pathologie de la colonne vertébrale avec une spondylose étagée avec cervico-dorso-lombalgies persistantes et que l'assuré devait éviter les efforts physiques et l'inhalation de poussière.

Quant à son fils, il était adulte et ne pouvait apporter une aide substantielle au ménage car il étudiait tout en effectuant des stages et en travaillant pour aider financièrement ses parents, comme cela était attesté par ses fiches de salaire.

Elle n'arrivait plus à cuisiner des repas chauds le soir et effectuait seulement des repas très simples (pâtes ou congelés) à midi, le ménage n'était plus tenu correctement. Elle nécessitait une prestation de l'assurance-invalidité pour financer une aide au ménage, ce d'autant qu'elle avait dû renoncer à l'aide de la FSASD. Enfin, elle avait travaillé comme femme de ménage et gardienne d'enfants chez des privés jusqu'en 2004, activité qu'elle aurait continué d'assurer en bonne santé de sorte que son statut était de 10 % comme active et de 90 % comme ménagère. A cet égard, elle a transmis une attestation de Mme J_____ du 2 mai 2010 selon laquelle elle avait travaillé (heures de ménage et surveillance) de 1989 à 2004 entre une heure et huit heures par semaine, en particulier quatre heures en moyenne par semaine de 2000 à 2004.

26. Le 4 juin 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours en relevant que depuis 1993 la recourante s'était consacrée volontairement à son ménage de sorte que son statut était celui d'une personne non-active, que l'enquêtrice n'avait pas tenu compte de l'aide apportée par la FSASD mais uniquement celle des membres de la famille, qu'il n'avait pas été tenu compte de l'aide du fils et de l'époux pour la lessive et l'entretien des vêtements, que la recourante avait elle-même indiqué à l'enquêtrice que son époux l'aidait dans le ménage (aspirateur - serpillère - changement de literie, etc...), que l'aide du fils était comptée d'une façon raisonnable, qu'enfin l'expertise du BREM était probante.
27. Le 6 septembre 2010, le Tribunal de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré que l'aide à domicile engagée de 2008 à début 2010 nettoyait la cuisine, le salon, l'entrée, la salle de bains, la douche et le couloir que ce travail n'était plus effectué par personne, que son époux se chargeait uniquement des tâches indispensables, soit balayer la cuisine et donner un coup de panosse et qu'elle-même cuisinait des choses simples à midi et que la famille mangeait froid le soir.

La représentante de l'OAI a indiqué que l'état de santé de l'époux de la recourante n'était pas connu de l'enquêtrice qui avait rédigé le rapport d'enquête mais que celle-ci informée de ce fait avait confirmé les conclusions de son enquête.

28. 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^{er} 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 6 octobre 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} 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^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

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'assurée un projet de décision en date du 11 février 2010, qui a été confirmé par la décision du 31 mars 2010, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 5 mai 2010.

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 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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, LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré.

5. a) Selon l'art. 28a LAI, l'art. 16 LPGGA 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 LPGGA, 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 LPGGA. 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'invalidité 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 permettaient 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 tout d'abord l'incapacité d'accomplir les travaux habituels, l'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré selon les critères posés par l'OFAS (ch. 3090 ss de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité, CIIAI du 1^{er} janvier 2008) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place (consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 218 de l'ATF 129 V 67 [arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002], ATF 9C.313/2007 du 8 janvier 2008). 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 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. 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*, 2° 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. a) En l'espèce, le rapport d'expertise du BREM du 5 novembre 2009 répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur

probante. Les parties l'admettent également, sous réserve, pour la recourante, du fait que les experts n'auraient pas pris en compte l'atteinte aux membres supérieurs, en particulier compte tenu de l'échographie pratiquée le 9 septembre 2009 soit postérieurement à son examen.

A cet égard, il est à constater que l'expertise cite précisément l'échographie du 9 septembre 2009 et la conclusion de celle-ci (p. 17) et indique dans les diagnostics (p. 18) et l'appréciation du cas (p. 19) une PSH droite avec tendinopathie du sus-épineux et des limitations au niveau du membre supérieur droit, dominant, siège d'une périarthropathie avec rupture du sus-épineux. Il convient ainsi de constater que l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante a bien été pris en compte par les experts, en particulier celles révélées par l'échographie du 9 septembre 2009, de sorte que la valeur probante de ladite expertise ne saurait être contestée au motif que des investigations probantes ont été pratiquées postérieurement à l'examen de la recourante par les experts.

Ceux-ci ont conclu à une incapacité de travail dans toute activité depuis 2004-2005 et à une incapacité de l'ordre de 70 % comme ménagère, à tout le moins depuis la date du dépôt de la demande AI de la recourante, soit le 6 octobre 2008. Cette appréciation médicale de la capacité de travail de la recourante doit donc être retenue.

b) S'agissant du statut de la recourante, l'intimé lui a reconnu un statut d'inactive alors que la recourante invoque une activité à hauteur de 10 % de garde d'enfant et de ménage, exercée auprès de la famille K_____ et qu'elle aurait, en bonne santé, conservée.

L'intimé ne conteste pas le fait que la recourante a effectivement travaillé entre 1989 et 2004, en particulier entre 2000 et 2004 à raison de quatre heures en moyenne par semaine. Dès lors que cette activité, confirmée par le courrier du 2 mai 2010 de Mme K_____ et par la recourante lors de l'audience de comparution personnelle du 6 septembre 2010, a effectivement été exercée et a cessé en 2004, année de la survenance de l'incapacité de travail de la recourante, attestée par les experts, il y a lieu d'en tenir compte. En effet, contrairement aux arguments de l'intimé (réponse intimé p. 1), la recourante ne s'est pas uniquement consacrée à son ménage depuis 1993 et on ne saurait dès lors considérer que, selon la situation concrète, elle n'aurait vraisemblablement pas repris d'activité lucrative en 1993 (réponse intimé p. 2), puisqu'elle a effectivement exercé une telle activité lucrative de façon continue entre 1989 et 2004.

En conséquence, le statut de la recourante est mixte.

9. a) S'agissant du calcul de l'invalidité, il convient de l'effectuer séparément pour la part liée à l'activité et celle liée au ménage (art. 29a al. 3 LAI). A cet égard, l'expertise reconnaît une incapacité de travail totale de la recourante dans toute

activité lucrative, depuis 2004-2005, de sorte que l'invalidité de la recourante est totale dans la sphère professionnelle.

Concernant l'invalidité ménagère, elle a été fixée à 31,5 % selon l'enquête sur le ménage du 4 février 2010.

La recourante conteste la valeur probante de cette enquête au motif qu'elle tient compte à tort de l'aide apportée par la FSASD, qu'elle a de surcroît minimisé, de l'aide de son époux, lequel est atteint dans sa santé, de l'aide de son fils dans une mesure trop importante et qu'elle a omis le fait que plusieurs tâches ménagères n'étaient plus du tout effectuées.

Préalablement, il convient de constater que c'est à juste titre que l'intimé a effectué une enquête à domicile pour évaluer l'invalidité ménagère de la recourante, laquelle est due à des limitations physiques et non pas psychiques, de sorte que l'enquête prime l'appréciation médicale du BREM, selon la jurisprudence précitée.

L'enquête à domicile mentionne que les travaux que la recourante ne peut plus accomplir sont exécutés par le mari, le fils ou l'aide à domicile et précise que celle-ci passe l'aspirateur dans le salon et nettoie la salle de bains à fond. Il ne ressort pas de ces commentaires que l'aide à domicile de la FSASD aurait été prise en compte au même titre que l'aide des membres de la famille dans le calcul de l'empêchement et en particulier dans l'exigibilité retenue des membres de la famille. Par ailleurs, il paraît vraisemblable que sur 1h50 de ménage, l'aide à domicile n'effectue pas uniquement le nettoyage à fond de la salle de bains et un passage d'aspirateur dans le salon mais aussi entièrement la cuisine, le salon, l'entrée et le couloir de l'appartement de cinq pièces de la recourante conformément aux dires de celle-ci. Cette allégation n'est d'ailleurs pas contestée par l'intimé.

L'empêchement total reconnu dans ce domaine est de 45 % de sorte qu'il est admis une prise en charge de 30 % par l'époux et le fils de la recourante dans l'entretien du logement. Or, au vu des attestations médicales concernant l'époux de la recourante, lesquelles ne sont pas contestées par l'intimé, celui-ci doit éviter tout contact avec la poussière et des efforts importants en raison d'un asthme sévère et d'une pathologie de la colonne vertébrale. En outre, le travail de la FSADS, plus étendu que celui mentionné dans l'enquête, n'a pas vraiment été pris en charge par les membres de la famille, comme l'a confirmé la recourante en audience, puisqu'il est uniquement mentionné que ceux-ci passent l'aspirateur dans les chambres et la serpillière dans le hall d'entrée et la cuisine. Il apparaît ainsi justifié de réduire l'exigibilité du mari et du fils de la recourante à 20 % pour mieux tenir compte des limitations de l'époux de la recourante lesquelles n'étaient pas connues de l'enquêtrice au moment où elle a rédigé son rapport. Ainsi, l'empêchement total est de 55 % au lieu de 45 % et l'invalidité en résultant de 11 % au lieu de 9 %.

L'enquête mentionne aussi que la recourante présente des empêchements très importants dans la sphère ménagère, en raison des nombreuses limitations fonctionnelles, ce qui ressort de l'expertise du BREM, laquelle a conclu à une incapacité à exercer les tâches ménagères, toutes tâches confondues, à hauteur de 70 %. Il s'ensuit que la reconnaissance d'une exigibilité de 60 % pour la recourante dans le secteur alimentation, paraît nettement excessive, étant constaté qu'il s'agit de l'exigibilité retenue la plus importante alors que la recourante ne peut plus cuisiner comme elle le faisait auparavant, ne cuisine plus le soir et se limite à la préparation de repas rapides à midi. Au vu de l'exigibilité de 10 % retenue par l'enquêtrice pour l'aide des membres de la famille, laquelle n'est pas critiquable, il convient de retenir un empêchement d'au moins 40 % dans le secteur alimentation, lequel tient compte d'une exigibilité pour la recourante de 50 % au lieu de 60 %, de sorte que l'invalidité dans ce domaine est de 18 % au lieu de 13,5 %.

Pour le reste, les empêchements retenus par l'enquête n'apparaissent pas critiquables.

En conséquence, le degré d'invalidité total dans la sphère ménagère doit être porté de 31,5 % à 38 %.

b) La durée de la semaine de travail pour les travailleurs à temps complet est de 45 heures (art. 12 al. 1 du contrat-type de travail pour les travailleurs de l'économie domestique à temps complet et à temps partiel du 30 mars 2004 - J.1 50.03). La recourante, qui exerçait son activité professionnelle à raison de quatre heures par semaine, travaillait ainsi à un taux de 8,88 %, soit un taux de 91,12 % dans la sphère ménagère. Le taux d'invalidité doit se calculer comme suit selon le chiffre 3101 de la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité en vigueur du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2009 (CIIAI) :

$$\frac{4 \text{ h} \times 100 \% + ([45 \text{ h} - 4 \text{ h}] \times 38 \%)}{45 \text{ h}} = 43,51 \% = 44 \% \text{ (ATF 130 V 121)}$$

ou encore, compte tenu d'une activité professionnelle de 8,88 % et d'une activité ménagère de 91,12 % :

$$(100 \times 0,0888) + (38 \times 0,9112) = 43,5 \% = 44 \%$$

En conséquence, la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité. S'agissant du début du droit à la rente il doit être fixé au 6 octobre 2009, soit une année après le 6 octobre 2008, date à laquelle la demande de prestations a été faite et à laquelle les experts ont considéré qu'il existait une invalidité ménagère.

10. a) Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse annulée. Il sera dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2009.

b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} 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 qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) ainsi qu'une indemnité de 3'000 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 litigieuse.
4. Dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2009.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 3'000 fr.
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