

EN FAIT

1. M_____ (née en 1955) a une formation de couturière et de secrétaire et a travaillé durant une quinzaine d'années dans ce dernier domaine. A la naissance de sa fille (1984), elle a renoncé à son métier pour se consacrer à celle-ci. Son époux (né en 1946) a pris une retraite anticipée le 31 mars 2004.
2. Le 13 septembre 2004, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI). A l'appui de celle-ci, elle a invoqué souffrir d'un sentiment de persécution et de dépression nerveuse depuis mai/juin 2002. En outre, depuis son hospitalisation à la clinique psychiatrique de La Métairie, en juillet 2002, elle devait prendre continuellement des médicaments et avait besoin d'au minimum 15 heures de sommeil par jour. Le moindre effort la fatiguait énormément et ses mains tremblaient.
3. Dans un rapport du 3 novembre 2004, le Dr Baher G_____, psychiatre traitant depuis le 6 juillet 2002, a posé le diagnostic de délire paranoïa depuis 2002. Depuis le 1^{er} juin 2002, la capacité de travail de la patiente était nulle. Elle ne nécessitait par ailleurs pas l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Son état de santé s'améliorait, mais il était très difficile d'émettre un pronostic à long terme.
4. Dans un rapport du 29 novembre 2004, la Dresse A_____, médecin adjoint à la clinique de La Métairie, a diagnostiqué un trouble délirant persistant F 22.0. L'état de santé était stationnaire. Selon ses déclarations, la patiente était autonome pour les activités de la vie quotidienne, mais sortait très peu de son appartement. Son époux faisait les courses, car si elle devait sortir, elle serait trop fatiguée et aurait peur de son entourage. Au domicile, elle était aidée pour le ménage, mais préparait les repas. Il n'existait plus d'élément persécutoire sous traitement, ni d'hallucination audio-visuelle, mais la patiente exprimait une peur dès qu'elle devait quitter son appartement et se montrer en société. La capacité de travail était nulle dans toute activité.
5. Le 18 mai 2005, le SMR a préconisé une expertise psychiatrique, laquelle a été confiée au Dr B_____, psychiatre au Service de psychiatrie adulte des Hôpitaux Universitaires de Genève (H.U.G.).
6. Dans leur expertise du 6 novembre 2006, les Drs B_____ et C_____ (lequel a examiné l'expertisée à trois reprises) ont posé le diagnostic de troubles psychotiques aigus, essentiellement délirants (« un épisode anamnestique, suivi d'une résolution clinique rapide et complète »). En mai 2002, l'expertisée avait présenté un tableau clinique de psychose aiguë, apparu aux premiers signes de la ménopause. A l'été 2002, l'épisode psychotique qui avait entraîné son hospitalisation n'avait eu qu'un caractère transitoire. Ce trouble avait évolué

favorablement. Il n'existait plus aucune pathologie psychiatrique pouvant réduire la capacité de travail. L'expertisée n'avait pas de troubles psychiques. En outre, la dyskinésie tardive, ainsi qu'un possible syndrome parkinsonien, constituaient des obstacles possibles à la reprise d'une activité lucrative et devaient être évalués par un spécialiste. Cette reprise serait toutefois certainement problématique, du fait de la très longue durée (22 ans) d'inactivité professionnelle totale et de la gêne psychologique et de la tendance à l'évitement des contacts sociaux liées à la dyskinésie. L'assurée restait beaucoup à la maison, s'occupant principalement du ménage et des repas. Elle ne pouvait plus coudre en raison de la dyskinésie. Il n'y avait cependant pas de limitation au plan social (pas de désinsertion sociale).

7. Dans son rapport d'examen du 6 décembre 2006, signé par la Dresse D_____ (spécialisée en anesthésiologie), le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise et a estimé qu'il n'existait pas d'empêchement durable dans la tenue du ménage au plan psychiatrique.
8. Il ressort d'une note de travail de la gestionnaire du dossier AI, du 11 janvier 2007, que, selon entretien avec la Dresse D_____, les troubles dyskinésiques retenus (tremblements des mains) n'étaient pas invalidants à ce stade, dès lors qu'ils disparaissaient dès que l'on faisait quelque chose, se saisir d'un crayon par exemple.
9. Dans un projet de décision du 11 janvier 2007, l'OCAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter la demande de prestations, compte tenu de l'expertise psychiatrique 6 novembre 2006, concluant à l'inexistence d'une pathologie psychiatrique. Dans ces conditions, il renonçait en outre à effectuer une enquête ménagère.
10. Dans un courrier du 23 janvier 2007, le précédent conseil de l'assurée (Me Monique STOLLER FÜLLEMANN), a informé l'OCAI que celle-ci était hospitalisée aux H.U.G. depuis le 22 décembre 2006 et que le Dr E_____ avait diagnostiqué des troubles bipolaires.
11. Par courrier du 20 février 2007, Me STOLLER FÜLLEMANN a informé l'OCAI que sa cliente avait été à nouveau hospitalisée le 13 février précédent.
12. Dans un rapport du 6 mars 2007, le Dr F_____ (qui a suivi la patiente du 30 mai 2005 au 23 novembre 2006), de la policlinique de neurologie des H.U.G., a posé le diagnostic de dyskinésie tardive (bucco-linguo-faciale) sur prise de neuroleptiques depuis 2004 et d'antécédent de probable psychose paranoïde depuis 2000. Une IRM cérébrale et un DAT-SCAN avaient permis d'exclure une maladie de Parkinson sous-jacente. Depuis juin 2005, un traitement de Leponex avait nettement amélioré les dyskinésies, mais la posologie avait dû être réduite, en raison des divers effets secondaires à type de somnolence, puis interrompue, la patiente ayant à nouveau développé un syndrome parkinsonien. La capacité de

travail dépendait de deux facteurs distincts : la maladie psychiatrique et la symptomatologie neurologique de type extrapyramidal.

13. Dans un rapport du 10 avril 2007, le Dr G_____ a diagnostiqué un épisode maniaque avec symptômes psychotiques F.30.2. Une reprise du travail n'était pas envisageable, la patiente étant sans activité lucrative depuis plus de 20 ans et étant par ailleurs bipolaire. Depuis le 18 décembre 2006, son état de santé s'était aggravé. Elle avait été hospitalisée à Belle-Idée du 18 décembre 2006 au 2 février 2007, puis du 13 février au 27 mars 2007. Le traitement en cours consistait en la prescription de Seroquel (300 mg/j), Eltroxine (50 mg/j), Depakine Chrono (1000 mg/j) et Dalmadorm (30 mg./j.).
14. Dans deux lettres de sortie des H.U.G. des 2 février et 27 mars 2007, les Drs H_____ et E_____ ont diagnostiqué un trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans, puis avec, symptômes psychotiques (F31.1 et F30.2).
15. Dans un courrier du 27 avril 2007, le Dr H_____ a indiqué à l'OCAI qu'il n'était pas en mesure de répondre au questionnaire ad hoc qu'il lui avait adressé et a prié cet office de s'adresser au psychiatre médecin traitant de la patiente, afin d'obtenir les informations «les plus pertinentes». Selon lui, la symptomatologie était atypique par rapport à une patiente née en 1951 sans hospitalisation antérieure à Belle-Idée, mais qui « aurait » été hospitalisée à la Métairie dans les années 2000. Les deux hospitalisations de décembre 2006 et février 2007 avaient été faites en entrée non volontaire en raison d'un risque auto-agressif chez une patiente présentant une désorganisation psychique et comportementale, dans un contexte de rupture du traitement neuroleptique.
16. Dans un rapport du 5 décembre 2007, la Dresse I_____ a diagnostiqué un trouble délirant persistant F22.0 depuis 2000, avec un changement de diagnostic : trouble affectif bipolaire F31.1 depuis 2007. Des éléments évocateurs des troubles cognitifs étaient encore à investiguer. L'état de santé était stationnaire et la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales. Le pronostic était réservé du fait de la persistance d'une banalisation des troubles et du sentiment de persécution non critiqué.
17. Dans un avis du 19 décembre 2007, le SMR a retenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis décembre 2006. Au vu du diagnostic finalement retenu dès cette date, il ne pouvait par ailleurs être exigé que celle-ci se soumette à des tests neurologiques.
18. Il ressort du rapport d'enquête économique sur le ménage rédigé le 19 février 2008 (par N_____, infirmière, rapport approuvé par un collaborateur de l'OCAI sous les initiales GAJ) que l'assurée se plaignait de grande fatigue, devait être réveillée par son mari vers 9h30, se reposait de nouveau en fin de matinée et faisait la sieste l'après-midi. Depuis la décompensation de l'assurée, son époux s'était mis

en préretraite. Lui-même et leur fille exécutaient les travaux que l'assurée ne pouvait plus effectuer. Les empêchements étaient très importants, l'assurée faisait tout auparavant et avait perdu la plupart de ses facultés de gestion et d'exécution des tâches ménagères quotidiennes.

L'empêchement dans l'accomplissement des travaux ménagers a été fixé à 41%, compte tenu en particulier d'un devoir de participation à la tenue du ménage pour son mari en préretraite et pour sa fille adulte (secrétaire médicale) vivant sous le même toit.

19. Dans un projet d'acceptation de rente du 22 avril 2008, l'OCAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui allouer un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2007, à l'issue du délai de carence d'une année, sur la base d'un taux d'invalidité de 41%.
20. Par courrier du 7 mai 2008, l'assurée a contesté l'expertise du Dr B_____ de septembre (recte : novembre) 2006, laquelle « avait déjà été pulvérisée par les faits et par les diagnostics de la même organisation ». De plus, depuis juillet 2002, son état de santé était « même plus grave qu'actuellement », si bien que le délai de carence de 12 mois avait déjà pris fin avant le dépôt de sa demande de prestations en septembre 2004.
21. Par décision du 24 juin 2008, reçue le lendemain, l'OCAI a confirmé l'octroi d'un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2007, motif pris que l'assurée n'avait pas apporté d'élément médical nouveau.
22. Le 25 août 2008, l'assurée a recouru contre cette décision, par l'entremise de son nouveau mandataire, Me Johannes-Potter VAN LOON, concluant en particulier à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité « au plus tard à partir du dépôt de sa demande AI, soit le 13 septembre 2004 ». Préalablement, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique), afin de déterminer la date de survenance de l'invalidité, tant sur le plan psychiatrique que neurologique. En substance, la recourante a fait valoir qu'aucune investigation médicale n'avait été effectuée par l'OCAI concernant le caractère invalidant de la dyskinésie tardive et du syndrome parkinsonien, contrairement à ce qu'avait pourtant préconisé le Dr C_____ dans son rapport d'expertise du 6 novembre 2006. Par ailleurs, les deux hospitalisations non-volontaires à Belle-Idée en décembre 2006 et février 2007 démentaient l'appréciation du Dr C_____ contenue dans ledit rapport.
23. Dans sa réponse du 23 septembre 2008, l'office intimé a conclu au rejet du recours, estimant qu'aucun nouvel élément médical objectif n'avait été produit permettant de considérer que l'évaluation de la capacité de travail, respectivement de la naissance du droit à un quart de rente, pourrait être remise en cause. En particulier, selon l'expertise du département de psychiatrie des H.U.G. du 6 novembre 2006, les symptômes psychotiques « auraient » disparu durant l'hospitalisation de juillet

2002 à la Clinique de la Métairie et l'évolution clinique avait été tout à fait favorable. Le diagnostic de trouble délirant persistant, alors diagnostiqué, n'avait ainsi pas été confirmé par l'évolution clinique.

24. Lors de l'audience d'enquêtes et de comparution personnelle du 19 décembre 2008, le Dr C _____ a indiqué que la résolution clinique du trouble psychotique apparu en été 2002 était intervenue quelques mois après l'hospitalisation de la recourante à la Clinique de la Métairie, à savoir au plus tard en hivers 2002-2003. En dépit des conclusions de la Dresse A _____ (capacité de travail nulle dans toute activité), l'expert s'est déclaré incapable d'indiquer si l'intéressée avait récupéré une capacité de travail à ce moment-là. En outre, le traitement au Haldol jusqu'en janvier 2005 était incompréhensible, dans la mesure où le trouble psychiatrique délirant était résolu depuis fin 2002 et qu'il n'était pas habituel de traiter ce type de trouble avec ce médicament. D'entente avec le Dr F _____, le traitement avait été modifié et le Haldol avait été remplacé par le Leponex, afin de minimiser les dyskinésies apparues courant 2004 en tant qu'effet secondaire du traitement sous Haldol. Le dommage provoqué par ce médicament pouvait être partiellement irréversible. Même si son dosage (100 mg par jour) était trop faible pour permettre le traitement d'une pathologie psychiatrique, l'effet de ce médicament pouvait néanmoins être également antipsychotique. Dans ces conditions, le témoin a admis que l'on aurait également pu retenir un diagnostic de trouble psychotique non spécifié en rémission, dont un trouble bipolaire faisait partie et pouvait être masqué sous médicaments (Haldol et Leponex). Même si les personnes prenaient des neuroleptiques, le discours délirant persistait, mais les manifestations d'agressivité étaient atténuées. Les bouffées délirantes et les dépressions étaient typiquement diagnostiquées à tort dans les phases initiales des troubles affectifs bipolaires. Ces derniers troubles, diagnostiqués par ses confrères des H.U.G. à partir de décembre 2006, préexistaient en tout cas depuis 2002 et avaient donc été contenus sous le traitement de Haldol, puis de Leponex. Le Haldol n'était pas destiné à soigner les troubles affectifs bipolaires et la Clinique de La Métairie avait uniquement donné l'indication d'un trouble délirant persistant. Par ailleurs, l'expertisée présentait des dyskinésies très invalidantes, parce qu'elles affectaient sa motricité fine des mains. Elle présentait aussi des dyskinésies faciales qui pouvaient être très invalidantes socialement.

Le Dr B _____ a indiqué n'avoir pas personnellement examiné l'assurée. Selon lui, il se pouvait qu'on soit amené à diagnostiquer un trouble bipolaire après un premier épisode délirant transitoire et que cette symptomatologie n'apparaisse pas sous traitement neuroleptique, comme cela avait pu être le cas de l'assurée depuis 2002. Il était possible que le médecin traitant ait poursuivi le traitement sous neuroleptiques sur la base du diagnostic de la Clinique de La Métairie de trouble délirant persistant. Le Dr C _____ avait vu l'expertisée alors qu'elle était sous traitement et qu'elle ne présentait pas, au moment de l'expertise, d'élément délirant.

Le Dr G _____ a indiqué avoir vu la patiente une fois par mois pour un suivi psychiatrique entre juillet 2002 et janvier 2005. Il l'avait ensuite envoyée chez le Dr O _____ (neurologue), puis chez le Dr F _____ (neurologue aux H.U.G.). Selon lui, la patiente présentait un trouble bipolaire avec psychose depuis l'été 2002. Le « changement de diagnostic » mentionné dans son rapport du 10 avril 2007 s'entendait ainsi plutôt comme un « complément de diagnostic ». La patiente présentait une incapacité de travail totale depuis juillet 2002, plutôt en raison de la psychose que du trouble bipolaire, et cela jusqu'à l'établissement du rapport du 10 avril 2007, ce praticien n'ayant pas revu l'intéressée depuis lors. Le trouble bipolaire avait été diagnostiqué en janvier 2005 suite à l'arrêt du traitement de Haldol et la prescription de Leponex. De 2002 à 2005, la patiente dormait quinze heures par jour. Cette fatigue résultait probablement des nombreux effets secondaires du Haldol. Par la suite, elle ne dormait plus que neuf heures par jour environ. Sous Leponex, la dyskinésie tardive (consécutives à l'interruption progressive du traitement de Haldol) s'étaient fortement atténuées à ce jour.

La docteure I _____, « en formation de psychiatrie », a suivi l'assurée d'octobre 2007 à septembre 2008. Si cette dernière avait exercé une activité lucrative, elle l'aurait mise en arrêt de travail à 100%, dans son rapport du 5 décembre 2007. La praticienne n'avait pas diagnostiqué de trouble délirant persistant en rémission, dans la mesure où un tel trouble ne pouvait pas être en rémission, mais était toujours présent ; seule l'expression de celui-ci, sous forme de délire, pouvait disparaître. Cette affection répondait mal aux traitements neuroleptiques. En revanche, lorsqu'il était équilibré, un trouble bipolaire pouvait être en rémission. Les neuroleptiques pouvaient alors être administrés en cas de crise ou d'épisode maniaque. En 2002, l'assurée avait présenté un premier épisode maniaque qui avait été diagnostiqué comme un trouble délirant. Rétrospectivement, ce trouble pouvait être une première manifestation de l'entrée dans la maladie (trouble affectif bipolaire). Cette affection existait depuis 2000 ou 2002, et non pas depuis 2007 comme cela pourrait apparaître indiqué dans son rapport du 5 décembre 2007.

25. Dans ses déterminations du 30 janvier 2009, l'OCAI a conclu à l'admission partielle du recours, ainsi qu'à l'annulation partielle de sa décision du 24 juin 2008. Cet office a reconnu à l'assurée un droit à un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 41.5 % du 1^{er} septembre 2003 au 30 mars 2004 (recte : 31 mars). D'autre part, il a nié tout droit à des prestations AI à la recourante dès le 1^{er} avril 2004, le degré d'invalidité n'étant depuis lors que de 36%, compte tenu d'« erreurs manifestes » constatées dans l'enquête ménagère du 18 février 2008.

A cet égard, l'OCAI s'est fondé sur un avis médical du SMR du 21 janvier 2009, lequel a soumis le dossier au Dr J _____, psychiatre FMH (au SMR). Le SMR a admis que, rétrospectivement, l'assurée présentait un trouble bipolaire avec décompensation de type maniaque ou psychotique depuis 2002, avec « des

répercussions sur son activité de ménagère ». Elle présentait également une pathologie séquellaire du traitement neuroleptique, à savoir une dyskinésie tardive bucco-linguo-faciale, en amélioration lente depuis 2005, pouvant également entraîner des limitations fonctionnelles dans une activité lucrative. Dans toute activité lucrative, l'assurée présentait bel et bien une incapacité de travail totale depuis 2002.

Par ailleurs, dans ce même avis, le SMR a indiqué qu'il ressortait de l'enquête ménagère pratiquée le 18 février 2008 que ce n'était « que grâce à l'aide de son mari (en préretraite) et de sa fille (adulte) que les empêchements ménagers ne sont que de 41%. Néanmoins, il conviendra de préciser si cette aide était aussi importante en 2002, puisqu'à cette époque, il semblerait que le mari de l'assurée était déjà en préretraite (préretraite depuis le 31.03.04). En effet, ce n'est que depuis que le mari est en préretraite qu'il peut apporter l'aide nécessaire pour accomplir les tâches ménagères et ce n'est que depuis que la fille est majeure qu'elle peut également le faire. Auparavant, il conviendra de compléter l'enquête ménagère, afin de savoir si, avant que le mari soit à la retraite, l'assurée avait des empêchements plus importants, mais ceci n'est pas de l'ordre du champ médical ».

« Au vu de ces remarques », l'OCAI a soumis le dossier à l'infirmière précitée, « afin de compléter l'enquête ménagère du 18 février 2008 et réévaluer l'incapacité de travail de l'assurée dans la sphère ménagère ».

Dans son nouveau rapport d'enquête économique du 29 janvier 2009, l'enquêtrice a réévalué à la hausse le degré d'empêchement aux points 6.1 [conduite du ménage / pondération de champ d'activité (5%) : de 50% à 60%], 6.2 [alimentation / pondération de champ d'activité (30%) : de 30% à 40%] et 6.3 [entretien du logement / pondération de champ d'activité (20%) : de 35% à 45%] pour tenir compte d'une implication diminuée de son mari avant sa préretraite entre 2002 et mars 2004. L'infirmière a en outre indiqué que la reprise de l'instruction du dossier avait permis de mettre en évidence des données erronées dans l'enquête ménagère, en ce sens que les empêchements calculés au point 6.4 (« emplettes et courses diverses/poste/assurances/services officiels ») étaient de 0%, au lieu de 10%, étant considéré que le conjoint et la fille de l'assurée vivant sous le même toit assumaient ces tâches ; les empêchement au point 6.7 (« divers : soins infirmiers/entretien des plantes et du jardin/garde des animaux domestiques/confection de vêtements/activités d'utilité publique/formation complémentaire/création artistique ») ont été évalués à 80% au lieu de 100%. Concernant le point n° 6.4, l'enquêtrice a estimé qu'il était exigible que le mari et la fille de l'assurée prennent en charge ces tâches. A cet égard, elle a considéré que si l'assurée avait perdu une grande partie de sa dextérité manuelle, elle avait toutefois gardé une capacité d'utilisation de ses mains. Un empêchement de 100% équivaldrait à une incapacité complète pour toute activité artistique personnelle, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Sur ce point, il était encore précisé que, durant des

années, l'assurée avait passé plusieurs heures par semaine à faire des tableaux en patchwork pour décorer son logement et ceux de sa famille, faire des présents à ses proches ; elle avait aussi suivi des cours et réalisé des œuvres importante : elle avait dû tout arrêter en raison de ses dyskinésies.

En conclusion, l'enquêtrice a retenu une invalidité de 41.5 % jusqu'à la préretraite de l'époux de l'assurée (31 mars 2004), puis de 36% pour la période postérieure.

26. Dans ses observations du 3 avril 2009 (transmises à l'OCAI pour information), la recourante a persisté dans les termes et conclusions de son recours. En substance, elle a relevé que l'OCAI ne s'était pas contenté de compléter l'enquête ménagère du 18 février 2008 dans le sens préconisé par le SMR (ie : savoir si les empêchements dans la sphère ménagère étaient plus importants avant la préretraite du mari), mais s'était cru légitimé à invoquer de prétendues erreurs manifestes dans ladite enquête pour nier le droit aux prestations à partir du 1^{er} avril 2004. A son avis, l'office intimé avait procédé arbitrairement à une réévaluation à la baisse de certains postes (points 6.4.et 6.7). Les arguments avancés à cet égard étaient insuffisamment motivés et ne résistaient pas à l'examen. Clairement désavoué par le SMR, l'OCAI tentait encore de nier le droit aux prestations par des moyens fallacieux. Le procédé était pour le moins téméraire.
27. Les autres faits et moyens de la cause seront examinés, si nécessaire, dans les considérants qui suivent.

EN DROIT

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

Partant, le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire ; art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; LPGA).

3. Le litige porte en particulier sur le moment auquel a pris naissance le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, singulièrement à un quart de rente.

4. La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) et la 5^{ème} révision de la LAI du 6 octobre 2006 sont entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2003, 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008, entraînant de nombreuses modifications légales dans l'assurance-invalidité. Cela étant, ni la LPGA, ni la 4^{ème} ou 5^{ème} révision de l'AI n'ont modifié la notion d'invalidité, la manière d'évaluer le taux d'invalidité ni les conditions permettant de fixer le début du droit à la rente ou de modifier ce droit (ATF 130 V 343). Par ailleurs, les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités).

Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 24 juin 2008 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2003 (la recourante ayant allégué être totalement invalide depuis juillet 2002) et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).

5. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414 et les références citées; pour la procédure d'opposition: ATF 119 V 347; voir également arrêt U 152/01 du 8 octobre 2003, consid. 3; Meyer-Blaser, Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413, in Schaffhauser/Schlauri [édit.], Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, St-Gall 2001, p. 19). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 242 consid. 2a p. 244; 117 V 294 consid. 2a p. 295; 112 V 97 consid. 1a p. 99; 110 V 48 consid. 3c p. 51 et les références; voir également ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36).

- 5.1 En l'occurrence, par décision du 24 juin 2008, l'OCAI a alloué à l'assurée un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2007. Dans son recours du 25 août 2008, la recourante a conclu à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité « au plus tard à partir du dépôt de sa demande AI, soit le 13 septembre 2004 ». Elle n'a donc pas recouru contre la

décision de l'OCAI en tant qu'elle lui allouait un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2007, mais a uniquement contesté la date de la survenance de l'invalidité (soit, au plus tard, septembre 2004, et non décembre 2007). Sous cet angle, la décision du 24 juin 2008 a acquis force de chose jugée.

5.2 Dans ses observations du 30 janvier 2009, l'OCAI a proposé l'admission partielle du recours, respectivement l'annulation partielle de sa décision du 24 juin 2008. Cet office a reconnu à l'assurée un droit à un quart de rente, du 1^{er} septembre 2003 au 31 mars 2004 (taux d'invalidité de 41,5%), alors qu'il n'avait alloué aucune prestation pour cette période dans la décision litigieuse (mais un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2007, compte tenu d'un degré d'invalidité de 41%). En revanche, il a nié tout droit à des prestations AI à la recourante dès le 1^{er} avril 2004, motif pris que, depuis cette date, le degré d'invalidité n'était plus que de 36%, au vu d'« erreurs manifestes » contenue dans l'enquête ménagère effectuée le 18 février 2008, erreurs constatées à la suite de la nouvelle estimation effectuée le 29 janvier 2009.

5.3 Dans le cas particulier, la dernière position de l'OCAI du 30 janvier 2009, loin de donner satisfaction à la recourante, aggrave sa situation juridique. En effet, cet office a nié le droit à l'octroi d'un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2004, soit y compris à partir du 1^{er} décembre 2007, contrairement à ce qu'il avait initialement admis dans la décision litigieuse du 24 juin 2008 (entrée en force, en tant qu'elle accordait un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2007).

La proposition de l'autorité intimée, qui n'a d'ailleurs pas fait usage de son droit de reconsidération (art. 53 al. 3 LPGA), tendant à l'admission partielle du recours constitue une simple conclusion et à cet égard ne lie pas le Tribunal de céans (ATF 109 V 234, consid. 2). L'effet dévolutif prive en effet l'administration de son pouvoir de décision sur l'objet du recours : la cause entière est reportée devant la juridiction compétente saisie. Autrement dit, le juge a la compétence exclusive de statuer sur les différents rapports juridiques tranchés par la décision attaquée. Aussi, l'administration n'est-elle pas habilitée, après le dépôt d'un recours, à rendre une nouvelle décision sur le même objet qui modifierait la situation de droit réglée par la décision attaquée (Aatf 127 V 231 s. consid. 2b/aa; Grisel, Traité de droit administratif, p. 920; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 189 s.). Il en va de même, a fortiori, s'agissant de la reprise d'une procédure d'instruction portant sur des faits ayant déjà été appréciés dans le cadre d'une décision entrée en force.

5.4 Cela étant, au vu de la connexité étroite entre les points non contestés (octroi d'un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2007 à une assurée sans activité depuis 1984) et l'objet du litige (détermination du moment de la naissance du droit à ladite rente), il conviendra d'examiner si, et, le cas échéant, dans quelle mesure, l'autorité intimée était fondée à modifier le taux d'invalidité initialement retenu dans l'enquête

ménagère du 18 février 2008, respectivement à conclure, sur la base de sa nouvelle estimation du 29 janvier 2009, à l'octroi d'un quart de rente pour la période du 1^{er} septembre 2003 au 31 mars 2004, singulièrement à la suppression de celle-ci, à partir de 1^{er} avril 2004.

- 6.1 Selon la jurisprudence, si les conditions de l'art. 17 LPGA (révision d'une décision entrée en force en cas notamment de modification notable du taux d'invalidité ou de changement notable des circonstances dont dépendait son octroi) font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées. Selon cette disposition, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Lorsque c'est le juge qui, le premier, constate le caractère sans nul doute erroné de la décision de rente initiale, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration en application de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 368 consid. 2 p. 369 et les arrêts cités). 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 p. 389 et les références).
- 6.2 Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait ou de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (par exemple arrêts 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2).
- 6.3 En l'occurrence, l'OCAI a refusé d'accorder toute prestation à la recourante dès le 1^{er} avril 2004, singulièrement dès le 1^{er} décembre 2007, se fondant sur le rapport d'enquête économique complémentaire du 29 janvier 2009. Selon l'enquêtrice, la reprise de l'instruction du dossier avait permis de mettre en évidence des données erronées dans l'enquête ménagère du 18 février 2008, en ce sens que les empêchements calculés au point 6.4 (emplettes et courses diverses/poste/assurances/services officiels) étaient de 0%, au lieu de 10% (invalidité de 0%, au lieu de 1%), étant considéré que le conjoint et la fille de l'assurée, vivant sous le même toit, devaient assumer ces tâches au titre de

l'obligation de réduire le dommage. Quant aux empêchements mentionnés au point 6.7 (divers : soins infirmiers/entretien des plantes et du jardin/garde des animaux domestiques/confection de vêtements/activités d'utilité publique/formation complémentaire/création artistique), ils avaient été évalués à 80% au lieu de 100% (invalidité de 16%, au lieu de 20%). A cet égard, l'enquêtrice a estimé que si l'assurée avait perdu une grande partie de sa dextérité manuelle, elle avait toutefois gardé une capacité d'utilisation de ses mains. Un empêchement de 100% équivaldrait à une incapacité complète pour toute activité artistique personnelle, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Cela étant, l'invalidité de l'assurée dans la sphère ménagère aurait dû être de 36% [41% - (1% + 4%)] à partir de la préretraite de son époux. Pour la période antérieure, ce taux s'établissait à 41.5%, compte tenu que l'époux était moins présent du fait de son activité professionnelle.

6.4 La détermination du degré d'invalidité des personnes qui assument des tâches ménagères résulte d'une enquête menée sur place. Elle repose dans une large mesure sur le comportement et les déclarations de la personne assurée, déclarations qui sont contrôlées jusqu'à un certain point grâce à l'expérience de la personne chargée de l'enquête. Le résultat de cette enquête aboutit nécessairement à une évaluation qui doit être appréciée par l'administration (et en cas de recours par le juge) à la lumière des conclusions du médecin relatives à l'incapacité de travail de l'assuré(e) dans l'accomplissement des tâches ménagères (Meyer-Blaser, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in : Schaffhauser/Schlauri, Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, Lucerne 1999, p. 23 ch. 3.4). En ce qui concerne l'examen auquel le juge doit procéder, il lui appartient ni plus ni moins de vérifier que les éléments particuliers pour la fixation du degré d'invalidité ont été établis très soigneusement (ATF 114 V 313 consid. 3a, dernier paragraphe) (ATF 127 V 137 consid. 5a) (ATF du 22 février 2002, I 1940/01, consid. 5b).

6.5 En l'espèce, force est de constater que les arguments invoqués par l'enquêtrice, repris par l'OCAI, ne permettent pas de considérer comme manifestement erronée, au sens de la jurisprudence précitée, l'estimation des empêchements effectuée dans le cadre de l'enquête ménagère du 18 février 2008, ayant initialement abouti à un taux d'invalidité globale de 41%. En effet, à cette époque, respectivement au 1^{er} décembre 2007 (date à partir de laquelle l'autorité a accordé un quart de rente par décision du 24 juin 2008), l'époux de l'assurée était déjà en préretraite depuis le 1^{er} avril 2004 et sa fille, majeure depuis 2002, vivant également sous le même toit à cette époque. Au demeurant, le degré d'empêchement de 10% initialement retenu au point 6.4 (« emplettes et course diverses/poste/assurances/services officiels ») apparaît compatible avec la gêne psychologique et la tendance à l'évitement des contacts sociaux liées à la dyskinésie constatée par les experts (rapport du 6 novembre 2006). A cela s'ajoute que, depuis sa décompensation survenue en 2002, l'intéressée n'effectue plus ses tâches seules, ne faisant qu'accompagner son époux, y compris pour les emplettes légères effectuées à pied (cf. aussi rapport de la

Dresse A _____ du 29 novembre 2004, ci-dessus, p. 2, § 4). On observa en outre que les magasins sont excentrés par rapport au domicile (soit 30 minutes de marche pour aller à la Migros/Coop) et que les achats concernent un ménage de trois personnes. Par ailleurs, depuis des années, l'assurée a passé plusieurs heures par semaine à faire des tableaux en patchwork et les dyskinésies l'empêchent totalement de poursuivre cette activité. Dans ce contexte, la prétendue possibilité pour elle d'entreprendre une autre activité artistique personnelle (sans que l'office ne précise d'ailleurs laquelle) apparaît pour le moins hypothétique, au regard des constatations médicales du Dr C _____, selon lequel l'expertisée présente des dyskinésies « très invalidantes », parce qu'elles affectent sa motricité fine des mains (procès-verbal d'enquêtes du 19 décembre 2008, p. 2). Dans le même sens, le Dr F _____ a relevé que, depuis juin 2005, l'assurée avait à nouveau développé un syndrome parkinsonien, relevant d'une symptomatologie neurologique de type extrapyramidal (rapport du 6 mars 2007). Au demeurant, dans un avis du 19 décembre 2007, le SMR avait estimé qu'il n'était pas exigible d'investiguer plus avant cette symptomatologie. Sur un autre plan, il n'est pas inutile de mentionner que la pondération du champ d'activité correspondant en particulier aux activités artistiques a été fixée en l'espèce à 20%, - sur un maximum de 50% -, ce qui ne constitue d'ailleurs pas un taux manifestement surestimé. L'empêchement de 20% initialement retenu par l'enquêtrice n'apparaît ainsi pas excessif (comp. ATF du 9 avril 2001, I 654/00, consid. 4 b in fine a contrario).

6.6. Dès lors, l'OCAI a remis à tort en cause le taux d'invalidité total de 41% initialement retenu dans l'enquête ménagère du 18 février 2008, du moins en ce qui concerne la période à partir de laquelle l'époux de l'assurée a pris sa préretraite, soit dès le 1^{er} avril 2004.

6.7 En revanche, étant donné que l'assurée est entièrement empêchée d'exercer une quelconque activité lucrative depuis juillet 2002 (cf. ci-après, § 7), il convient de réévaluer à la hausse, dans une mesure correspondante (soit + 5% : 41% - 36%), le taux d'invalidité de 41.5 % retenu par l'OCAI pour la période du 1^{er} septembre 2003 au 31 mars 2004, antérieure à la préretraite de l'époux de l'assurée.

Ce qui donne un taux de 46,5% (41,5% + 5 %).

C'est le lieu de souligner que la mesure de la réévaluation à la hausse des empêchements pour cette période effectuée aux points 6.1 [conduite du ménage / pondération de champ d'activité (5%) : de 50% à 60%], 6.2 [alimentation / pondération de champ d'activité (30%) : de 30% à 40%] et 6.3 [entretien du logement / pondération de champ d'activité (20%) : de 35% à 45%] ne prête pas le flanc à la critique, et n'est d'ailleurs pas contestée.

7. Dans ses déterminations du 30 janvier 2009, l'OCAI a proposé l'admission partielle du recours (respectivement l'annulation partielle de sa décision du 28 juin 2008) et

a nié tout droit aux prestations dès le 1^{er} avril 2004. D'une part, il a admis, sur la base de l'avis médical complémentaire du SMR du 21 janvier 2009, que la recourante présentait, depuis (juillet) 2002, un trouble bipolaire avec décompensation de type maniaque ou psychotique, totalement invalidant, et lui a reconnu, d'autre part, un droit à un quart de rente (fondé sur un degré d'invalidité total de 41,5%) du 1^{er} septembre 2003 au 31 mars 2004.

Le Tribunal de céans n'a pas de motif de s'écarter des conclusions convaincantes du SMR, lesquelles rejoignent en particulier celles, complémentaires, des experts B_____ et C_____, formulées lors de l'audience d'enquête du 19 décembre 2008.

9. Au vu des considérations précitées, le Tribunal de céans retiendra que la recourante présente, depuis juillet 2002, un taux d'invalidité de 46.5% et, depuis le 1^{er} avril 2004, un taux d'invalidité de 41%.

Ces taux donnent droit à un quart de rente depuis le 1^{er} septembre 2003, l'assurée ayant présenté une incapacité de travail d'au moins 40% depuis septembre 2002, date du dépôt de sa demande de prestations (art. 28 al. 1, 29 al. 1 let. b et 48 al. 2 LAI, dans leur teneur en vigueur en 2003). C'est le lieu de rappeler que les modifications ultérieures de la LAI n'ont pas modifié le taux à partir duquel un assuré a droit à un quart de rente.

10. Le recours étant admis, la recourante, représentée par un avocat, a droit à l'allocation de dépens, fixés en l'espèce à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA).
11. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours ;

Au fond :

2. L'admet et annule la décision de l'OCAI du 24 juin 2008 au sens des considérants ;
3. Dit que la recourante a droit à un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2003 ;
4. Condamne l'intimé à payer à la recourante 2'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens ;
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OCAI ;
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Jean-Louis BERARDI

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

