

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4282/2009

ATAS/1152/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 novembre 2011

8^{ème} Chambre

En la cause

Madame S_____, domiciliée à Vernier, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BERGMANN Michel

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Patrick UDRY, Président suppléant; Christine LUZZATTO, Luis ARIAS,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame S_____ (ci-après : la recourante ou l'assurée), née en 1958, mariée et mère d'un enfant né en 1985, a exercé une activité lucrative en qualité de nettoyeuse et de femme de ménage, depuis son arrivée en Suisse en 1981.
2. Souffrant de fibromyalgie primaire, de périarthrite de la hanche droite, de douleurs chroniques de la coiffe des rotateurs, d'hypertension artérielle, de rhinite pollinique et de colopathie fonctionnelle, la recourante a subi une incapacité totale de travail à partir du 25 avril 1994 et déposé, le 20 décembre suivant, une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
3. Par décision du 20 mai 1996, l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (ci-après : Office AI) lui a alloué à partir du 1^{er} avril 1995, une demi-rente correspondant à une incapacité de gain de 50%. Cette évaluation reposait, d'une part, sur les résultats d'une enquête économique sur le ménage réalisée le 5 décembre 1995, selon laquelle l'assurée subissait un degré d'invalidité de 34% dans l'exercice des tâches ménagères (75%). D'autre part, elle était fondée sur diverses pièces médicales attestant une incapacité totale de travail de l'assurée dans l'activité lucrative de femme de ménage ou de nettoyeuse (25%).
4. Le 9 janvier 1997, l'assurée a demandé la révision de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Se prévalant d'une aggravation de son état de santé, elle a sollicité l'octroi d'une rente entière fondée sur un degré d'invalidité global de 100 % l'empêchant d'exercer son activité lucrative usuelle aussi bien que d'accomplir ses travaux habituels.
5. Au cours de l'instruction de la cause, un bilan réalisé par le Service d'ergothérapie de la Clinique de rééducation des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (ci-après : HUG) (rapport du 17 juin 1999), ainsi qu'une nouvelle enquête économique sur le ménage (rapport du 11 mai 1998) ont été effectués. Aux termes de celle-ci, l'assurée subissait un degré d'invalidité de 32% dans l'exercice de ses travaux habituels.
6. Par décision du 12 octobre 1999, l'Office AI a rejeté la demande de révision et confirmé le droit de la recourante à une demi-rente, considérant, en bref, qu'elle subissait une incapacité de gain de 50%, calculée sur la base d'un degré d'invalidité de 100% dans l'exercice de son métier (25%) et de 32% dans l'accomplissement des travaux ménagers (75%).
7. Par jugement du 29 mai 2001, la Commission cantonale genevoise de recours en matière d'AVS/AI (aujourd'hui : la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) a rejeté le recours formé par l'assurée contre la décision de l'Office AI. Saisi d'un recours de droit administratif, le Tribunal fédéral des assurances a annulé ce

jugement, au motif qu'il avait été prononcé selon une composition incorrecte de la juridiction cantonale à laquelle il a renvoyé le dossier, afin que celle-ci juge conformément à la loi (arrêt du 20 février 2003, I 450/01).

8. Statuant une nouvelle fois sur la cause par jugement du 13 juin 2003, la Commission cantonale genevoise de recours en matière d'AVS/AI a derechef rejeté le recours formé par l'assurée contre la décision de l'Office AI du 12 octobre 1999.
9. Par arrêt du 13 avril 2005 (I 593/03), Tribunal fédéral des assurances a rejeté le recours de l'assurée.

Il a jugé que l'on pouvait déduire des pièces médicales auxquelles se référait la recourante que son état de santé s'était aggravé depuis 1996, mais qu'en revanche, aucun de ces documents n'apportait d'élément concret permettant d'établir que telle ou telle activité, tenue par l'enquêtrice pour raisonnablement exigible, ne l'était pas d'un point de vue médical.

Il a souligné que le bilan réalisé par les deux ergothérapeutes de la Clinique de rééducation des HUG (rapport du 17 juin 1999) avait confirmé la capacité de la recourante de s'acquitter, fût-ce avec lenteur et en entrecoupant ses activités de temps de repos, de la plupart des tâches lui incombant dans son ménage, sous réserve de celles exigeant de la force (port de charges, passer l'aspirateur sur la moquette), et que pour ces travaux, elle recourait à l'aide de sa fille et de son mari, dans une mesure que l'on ne pouvait considérer comme déraisonnable, aucun élément ne donnant à penser que l'un ou l'autre fût pénalisé dans son activité professionnelle ou restreint dans ses loisirs.

Le Tribunal fédéral a ajouté que la recourante ne pouvait, par ailleurs, rien déduire en sa faveur du fait qu'une incapacité totale lui avait été reconnue dans son ancienne activité professionnelle de femme de ménage ou de nettoyeuse, qu'il convenait en effet de relever qu'une activité de nettoyeuse professionnelle ou de femme de ménage ne pouvait être comparée à la tenue du foyer familial qui, selon les critères posés par la Circulaire concernant l'invalidité établie par l'OFAS (CIIAI), recouvrait nombre d'activités sans exigence physique particulière (planification, organisation, répartition du travail, contrôle) ou dont les exigences dépendent directement de la taille du ménage et du nombre de ses occupants (préparation des repas, entretien du linge, emplettes etc.) et que la tenue d'un ménage privé permettait, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui n'étaient pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel.

Il en a conclu que l'enquête économique sur le ménage et le bilan d'ergothérapie précités n'avaient pas permis de mettre en évidence un changement important des circonstances par rapport à celles qui prévalaient lors de la décision initiale d'octroi de rente, de sorte que les conditions d'une révision n'étaient pas remplies.

10. Par demande du 18 juillet 2005, l'assurée a sollicité la révision de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Se prévalant d'une aggravation de son état de santé, qui n'a pu être prise en considération par le Tribunal fédéral car postérieure à la décision attaquée de l'Office AI, elle a sollicité l'octroi d'une rente entière fondée sur un degré d'invalidité global de 100% l'empêchant d'exercer son activité lucrative usuelle aussi bien que d'accomplir ses travaux ménagers.

11. Au cours de l'instruction de la cause, un examen clinique rhumato-psychiatrique a été effectué par le Service médical régional AI (ci-après : SMR). Dans le rapport d'examen bidisciplinaire du 25 octobre 2007, les Dr A _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et Dresse B _____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont exposé l'anamnèse (anamnèse familiale, antécédents personnels généraux, anamnèse professionnelle, anamnèse actuelle générale, anamnèse par système, habitudes, médicaments, vie quotidienne, anamnèse ostéoarticulaire, anamnèse psychosociale et psychiatrique) et le status (général, neurologique, ostéoarticulaire et psychiatrique) de la recourante, avant de diagnostiquer, avec répercussion sur la capacité de travail, des omalgies bilatérales sur tendinopathie calcifiante chronique (M75.3), des coxalgies bilatérales sur périarthropathie calcifiante (M77.9), des acroparésies [recte : acroparesthésies] bilatérales prédominant à droite sur status après cure de canal carpien bilatéral, ténolyse des fléchisseurs du pouce, de l'index et du majeur à droite et status après ablation d'un kyste du dos de la main à droite en 2006, et, sans répercussion sur la capacité de travail, syndrome algique polymorphe apparenté à une fibromyalgie (M79.0), une obésité morbide de classe II avec BMI à 36.6, des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire en adéquation avec l'âge et la surcharge pondérale de l'assurée, une dysthymie (F34.1) et une personnalité avec traits dépendants (F60.7).

Dans l'appréciation du cas, ils ont conclu que, sur le plan somatique, l'assurée présentait des troubles dégénératifs associés à des tendinopathies calcifiantes touchant les épaules, les hanches, le rachis et essentiellement la main droite. Associée à ces lésions objectives, l'assurée présentait une symptomatologie algique chronique, apparentée à une fibromyalgie évoluant depuis plus de 15 ans. Au vu des atteintes objectives à la santé, une incapacité de travail de 50% était retenue dans son activité habituelle de femme de ménage (nettoyeuse). Une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles, était théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 25% tout au plus, au vu de ses limitations fonctionnelles. L'évaluation de la capacité de travail ne tenait compte que des lésions objectives sur le plan ostéoarticulaire. Le syndrome algique chronique (fibromyalgie) n'avait pas été retenu pour l'évaluation de la capacité de travail. Une telle atteinte à la santé ne pouvait être considérée comme invalidante selon la jurisprudence en l'absence de pathologie d'ordre psychiatrique, de comorbidité psychiatrique invalidante ou de critère de sévérité selon la jurisprudence. Sur le plan psychiatrique, les examinateurs ont exposé que l'appréciation psychiatrique mettait en évidence une femme qui, d'une part, peinait à

se trouver seule confrontée aux difficultés du quotidien, d'autre part devait se saisir de courage pour épargner son entourage des plaintes perpétuelles concernant les difficultés de son existence et de son état de santé. Lorsque l'on abordait avec systématique les signes de dépression décrits par les classifications internationales, le diagnostic de dépression ne pouvait être posé, l'observation des critères dirigeait vers un diagnostic de dysthymie. Il s'agissait d'une assurée geignarde, dont toute difficulté était ressentie avec ampleur. Face au diagnostic de fibromyalgie mentionné lors de l'examen du même jour ainsi que dans les documents antérieurs, l'assurée n'avait donc pas de comorbidité psychiatrique à caractère invalidant. L'examen des affections corporelles chroniques décrit dans le versant somatique de l'examen révélait des composantes invalidantes clairement et médicalement définies. Le processus maladif évoluait au long cours puisque l'assurée avait interrompu son activité professionnelle en 1994 et ses plaintes douloureuses n'avaient pas été soulagées depuis lors. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale, l'assurée ayant toujours eu une vie sociale relativement pauvre. Le profit primaire tiré de la maladie pouvait être inséré dans le cadre de sa personnalité à traits dépendants : en effet, l'assurée se sentait plus à l'aise lorsqu'elle était entourée par des personnes rassurantes. Par contre, à ce titre, il aurait été bien plus favorable pour l'épanouissement et l'autonomisation de sa fille, ainsi que pour la qualité de vie de l'assurée, qu'elle exerçât une activité professionnelle, même légère et à temps très partiel, afin de la soutenir dans une mise en confiance en elle-même. Les traitements conformes aux règles de l'art semblaient être efficaces, puisque des notions de dépression étaient mentionnées par le psychiatre traitant, le Dr C_____. Il n'y avait pas de signe de non coopération. En conséquence, l'examen des critères de gravité face au diagnostic de fibromyalgie tenant compte des critères jurisprudentiels ne grevait l'exigibilité professionnelle d'aucune comorbidité psychiatrique. La lecture des antécédents inscrits dans le dossier AI de l'assurée révélait des différences d'appréciation face à l'examen du jour : notamment la décision du Tribunal Fédéral des Assurances, dans son arrêt du 13 avril 2005, reconnaissait une incapacité de travail totale dans son ancienne activité professionnelle de femme de ménage ou de nettoyeuse. Toutefois, cette incapacité de travail totale s'appuyait sur des documents médicaux qui n'avaient pas tenu compte des critères de jurisprudence face au diagnostic de fibromyalgie. Les examinateurs n'ont donc pas pu s'accorder à la décision du Tribunal Fédéral des Assurances.

S'agissant des limitations fonctionnelles de la recourante sur le plan ostéoarticulaire, les examinateurs les ont décrites comme suit : pas de port de charges supérieures à 2,5 kg en ce qui concerne le membre supérieur droit et 5 kg pour le membre supérieur gauche; pas d'activité nécessitant des mouvements répétitifs en force au niveau des 2 mains; pas d'activité au-delà de 60° d'antépuulsion au niveau des 2 épaules; pas de mouvement nécessitant des mobilisations en rotations internes-externes à répétition de l'épaule; pas de position statique debout

au-delà de 10-15 minutes; diminution du périmètre de marche à environ 30 minutes; pas de position statique assise au-delà de 40 minutes, sans possibilité de varier les positions assises/debout; pas de montée ou descente d'escaliers à répétition; pas d'activité sur terrain instable. Sur le plan psychiatrique, les traits dépendants de la personnalité de l'assurée indiquaient une activité professionnelle à caractère subalterne dans laquelle l'intéressée pourrait être épaulée par des supérieurs hiérarchiques cadrants et rassurants.

Par rapport à l'incapacité de travail et à son évolution, les examinateurs ont indiqué que l'assurée était au bénéfice d'une demi-rente AI versée depuis 1995, avec une invalidité reconnue à 100% dans son ancienne activité, confirmée par décision du Tribunal Fédéral des Assurances. Sur la base de leur examen, de l'évaluation des documents mis à disposition et de l'étude du dossier radiologique, ils ont retenu que la recourante présentait une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle de femme de ménage (nettoyeuse). Cette incapacité de travail était restée constante dans le temps. L'évaluation de cette incapacité de travail ne considérait pas le trouble algique chronique (fibromyalgie) comme une atteinte invalidante à la santé, conformément à la jurisprudence actuelle. Les empêchements ménagers avaient été évalués par une enquête ménagère à 32%; sur la base de leur examen, les experts ont considéré que la recourante présentait des empêchements ménagers de tout au plus 20% dans son activité ménagère au vu des atteintes objectives à la santé. Le syndrome algique chronique (fibromyalgie) n'avait de nouveau pas été retenu dans l'évaluation des empêchements ménagers. La situation semblait tout à fait stationnaire dans le temps, l'assurée présentait une anamnèse avec une exacerbation des plaintes algiques et mettait en avant des trouvailles radiologiques nouvelles; toutefois, les plaintes algiques en elles-mêmes étaient constantes dans le temps. Suite à l'examen SMR du même jour, l'examen psychiatrique permettait de reconnaître une souffrance incontestable de l'assurée, mais cette souffrance ne correspondait pas à des maladies psychiatriques à caractère invalidant. L'évaluation des critères de gravité selon la jurisprudence de l'AI ne permettait pas non plus de reconnaître une incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Concernant la capacité de travail exigible, les examinateurs ont indiqué que dans son activité antérieure de nettoyeuse, l'assurée présentait une capacité de travail résiduelle de 50% au vu des atteintes à la santé objectives mises en évidence et le status clinique. La symptomatologie algique chronique (fibromyalgie) n'avait pas été retenue pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. Une activité adaptée était théoriquement possible à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 25% tout au plus au vu des limitations fonctionnelles présentées par l'assurée. Dans son activité de ménagère, la recourante présentait des empêchements de l'ordre de 20% au vu des atteintes à la santé objectives mises en évidence par les documents radiologiques et l'examen clinique. La symptomatologie algique chronique (fibromyalgie) n'avait derechef pas été retenue pour l'évaluation des empêchements ménagers. Une symptomatologie algique

chronique (fibromyalgie dans le cas d'espèce) ne pouvait être retenue comme une atteinte à la santé à caractère invalidant et influençant la capacité de travail en l'absence de pathologie psychiatrique préexistante, de comorbidité d'ordre psychiatrique à caractère invalidant ou de signe de gravité selon la jurisprudence. Concernant la part des empêchements ménagers, l'évaluation psychiatrique ne mettait en évidence aucun empêchement ménager pour des raisons strictement psychiatriques. Les examinateurs en ont conclu que, pour des raisons somatiques exclusivement, la capacité de travail exigible était de 50% dans l'activité habituelle (nettoyages), de 75% dans une activité adaptée et de 75% dans une activité de ménagère.

12. Une nouvelle enquête économique sur le ménage a été effectuée (rapport du 9 juillet 2008). Elle a conclu à un degré d'empêchement de 25,5%. En particulier, il a été retenu un empêchement de 20% dans l'alimentation représentant une invalidité de 6%, un empêchement de 50% dans l'entretien du logement représentant une invalidité de 10%, un empêchement de 5% dans les emplettes et courses divers représentant une invalidité de 0.5%, un empêchement de 30% dans la lessive et l'entretien des vêtements représentant une invalidité de 6% et un empêchement de 20% dans les activités diverses représentant une invalidité de 3%. Il est par ailleurs indiqué que les travaux que la recourante est empêchée d'exécuter sont effectués par sa fille et son mari.
13. Le 21 septembre 2009, l'Office AI a adressé un projet de refus d'augmentation de rente d'invalidité, dans lequel il indiquait qu'il envisageait de rejeter la demande de révision, pour le motif que le rapport d'examen rhumato-psychiatrique du SMR du 25 octobre 2007 concluait à l'absence d'élément médical nouveau permettant d'admettre une aggravation de l'état de santé de la recourante.
14. Par lettre de son avocat du 21 octobre 2009, la recourante s'est opposée au projet de décision, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En substance, elle a exposé que son état de santé avait subi une péjoration depuis 1999 et que, de ce fait, elle était totalement incapable de travailler dans toute activité et était sévèrement entravée dans la tenue de son ménage. A ce dernier égard, elle a indiqué que les activités relevant de la tenue de son propre ménage étaient identiques à celles qui relevaient autrefois de son activité professionnelle de ménagère ou de femme de chambre, et qu'il était logique de retenir dans les deux cas un taux d'incapacité identique ou, à tout le moins, qu'il était absurde et inexplicable de retenir dans un cas (activité lucrative) une incapacité de 100% et dans l'autre (tenue du ménage) une incapacité de l'ordre de 25% seulement. Elle a par ailleurs critiqué le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 25 octobre 2007.
15. Par la décision attaquée du 28 octobre 2009, l'Office AI a confirmé son projet de décision, en exposant notamment qu'il n'avait pas réévalué le taux d'invalidité de 100% que la recourante présentait dans l'exercice d'une activité lucrative, que

L'hypothèse d'une modification des circonstances médicales n'avait pas été retenue dans le cadre de la procédure de révision, qu'il n'y avait donc pas lieu d'examiner les conséquences d'une éventuelle aggravation de l'atteinte à la santé dans la part professionnelle et qu'il restait donc à examiner la quotité des empêchements de la recourante dans les travaux ménagers. A cet égard, l'intimé a notamment relevé que l'enquête à domicile effectuée en juillet 2008 ne permettait pas de retenir une modification des empêchements depuis l'évaluation de 1999. En effet, il ressortait des indications de la recourante que sa fille et son mari n'apportaient pas une aide plus importante qu'en 1999. Par ailleurs, l'ensemble des problèmes médicaux allégués – également celui au niveau des mains – avait été pris en compte par l'enquêtrice lors de son évaluation si bien que l'on ne pouvait retenir une discordance entre l'estimation des empêchements et les constatations médicales. Le taux d'empêchement de 26% retenu par l'enquêtrice permettait de douter fortement d'un changement de circonstances. En l'absence d'indices concrets laissant apparaître un changement des circonstances médicales et familiales depuis la décision d'octobre 1999, l'Office AI a déclaré ne pas pouvoir revoir le taux d'empêchements dans les travaux habituels. En l'absence de motif de révision, la recourante continuerait de percevoir une demi-rente fondée sur un taux de 50%. Il a ajouté que, contrairement à ce que soutenait la recourante, une activité de nettoyeuse professionnelle ou de femme de ménage ne pouvait être comparée à la tenue d'un ménage. La tenue d'un ménage privé permettait des adaptations de l'activité aux problèmes de santé qui n'étaient pas compatibles avec les exigences de rendement propre à l'exercice d'une activité professionnelle. On ne pouvait donc simplement confondre l'incapacité de travail reconnue dans l'ancienne activité et les empêchements dans la tenue d'un ménage sans investigations supplémentaires.

16. Par mémoire de son avocat du 30 novembre 2009, l'assurée a recouru contre la décision de l'Office AI du 28 octobre 2009, en concluant à son annulation et à l'octroi, à compter du 1^{er} mai 2003, d'une rente d'invalidité de 100%. Elle a repris les arguments développés dans son courrier du 21 octobre 2009 (ch. 14 supra).
17. Dans un avis du SMR du 5 janvier 2010, la Dresse D_____ (sans spécialisation indiquée) a examiné les documents médicaux nouveaux (par rapport à l'examen du SMR du 27 octobre 2007) produits à l'appui du recours.

Elle a indiqué qu'une lettre du Dr C_____ du 12 octobre 2009 indiquait qu'il n'y avait pas eu de péjoration de l'état clinique, mais une évolution en dents de scie; il retenait, toujours comme diagnostic, un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel était d'intensité moyenne, et estimait que l'incapacité de travail de l'assurée était de 100%. Dans ce rapport qui était très succinct, elle ne retrouvait pas d'éléments médicaux évoquant une aggravation de l'état de santé depuis 2005. En dehors des troubles de l'attention épisodiques, elle ne pouvait pas retenir d'éléments évoquant un état dépressif d'intensité moyenne. En 2007, le psychiatre du SMR avait retenu une dysthymie simple sans répercussion sur la capacité de travail.

Elle a indiqué que, dans une lettre du 26 octobre 2009, le Dr E_____, spécialiste chirurgical de la main, estimait que l'assurée présentait une augmentation de la symptomatologie douloureuse de manière progressive après chaque opération. Il estimait que, deux ans après, en 2009, les limitations fonctionnelles décrites lors de l'examen SMR de 2007 s'étaient aggravées. Il évoquait à plusieurs reprises un diagnostic d'algoneurodystrophie. Cependant, cet élément n'était pas connu du dossier de l'Office AI, car il n'avait jamais été évoqué lors de l'examen au SMR d'octobre 2007. Cependant, la description clinique demeurait limitée à un syndrome douloureux et au port permanent d'une attelle, ce qui correspondait à des limitations subjectives et ne constituait pas des éléments médicaux suffisants motivant une aggravation de son état de santé.

Elle a également relevé qu'une lettre du Dr F_____, chirurgien orthopédique, du 30 octobre 2009 n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux, notamment pas d'élément indiquant une aggravation de l'état de santé.

La Dresse D_____ a encore noté que le recours faisait état d'un diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil (SAS), opéré en juin 2008. Cette opération avait certainement amélioré la situation et de plus le SAS était traitable et n'entraînait habituellement pas d'incapacité de travail durable. Par ailleurs, aucune plainte ni limitation fonctionnelle n'était décrite dans les rapports médicaux. Elle en a conclu que les rapports médicaux en sa possession n'indiquaient pas une aggravation objective de l'état de santé de l'assurée.

18. Par courrier du 19 janvier 2010, l'Office AI a conclu au rejet du recours, en exposant – sur la base de l'avis du SMR du 5 janvier 2010 – que les nouveaux documents médicaux produits par la recourante n'apportaient aucun élément susceptible de démontrer de manière objective une aggravation de son état de santé. Il a estimé qu'il fallait se fier aux conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 25 octobre 2007, qui devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.
19. Par courrier de son avocat du 1^{er} juin 2010, la recourante a produit les documents suivants :
 - a) un rapport d'IRM du 8 octobre 2010, dans lequel le Dr G_____, radiologue, a conclu à un aspect hétérogène de la spongieuse osseuse à la hauteur des vertèbres lombaires, du sacrum et des ailes iliaques traduisant une importante dystrophie osseuse, sans fracture de charge objectivable (manifestation d'ostéoporose ?), et à des lésions dégénératives des articulations sacro-iliaques, sans érosions des surfaces articulaires. Il a également relevé un utérus fibromateux avec nodule en son sein de 25 x 34 mm, de localisation sous-muqueuse;

- b) un rapport de l'Institut d'Imagerie médicale du 12 janvier 2010, dans lequel le Dr H_____, radiologue, a conclu à un conflit antéro-supérieur et tendinopathie calcifiante du sus et sous-épineux du côté droit et du sus et sous-épineux et sus-scapulaire du côté gauche, à une absence d'image de rupture, à une bursite bilatérale et à un épanchement intra-articulaire au niveau acromio-claviculaire bilatéral sensible du côté droit;
 - c) un rapport du Dr I_____, proctologue, qui a observé qu'en palpant la concavité sacrée, il avait provoqué la douleur en poussant postérieurement la pièce coccygienne et en réalisant un contre-appui cutané. Les autres muscles releveurs, tant à gauche qu'à droite, n'avaient pas été intéressés par le processus douloureux. Il avait donc réalisé une infiltration, en demandant à la recourante de le tenir au courant de la persistance des symptômes;
 - d) un rapport du Dr J_____, spécialiste FMH en neurologie, du 18 mai 2010, dans lequel il a conclu que l'examen myographique réalisé aux membres inférieurs bilatéralement dans les myotomes L3-S1 avait permis de retrouver bilatéralement des signes de dénervation représentés essentiellement par une activité fibrillaire dans les myotomes S1, qu'il avait été retrouvé également dans les muscles para vertébraux lombaires examinés ddc une activité fibrillaire et que ces observations étaient superposables à celles réalisées en 2007 (atteinte radiculaire SI bilatérale), tout en précisant qu'il n'avait été constaté aucun indice suggérant l'existence d'une polynévrite.
20. Le 15 juin 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) a procédé à l'audition des témoins suivants :
- a) Le Dr K_____, spécialiste FM H en médecine interne et rhumatologie, qui a déclaré qu'il suivait la recourante depuis les années 1994-1995, sauf erreur. Elle souffrait d'une fibromyalgie depuis 1993 déjà. En 1994, la patiente avait été opérée du tunnel carpien par le Dr E_____ et avait présenté des complications, à savoir des ténosynovites, à la main droite, avec un cortège de douleurs de tout le dos. Par la suite, en 2007, elle a connu des troubles du sommeil (apnées du sommeil). A cela s'étaient ajoutés des problèmes de douleurs aux épaules et aux hanches, plus précisément une calcification des tendons, depuis les années 2000. Depuis 1999, il avait pu observer une aggravation des plaintes de la patiente qui correspondaient, parfois mais pas toujours, à des gonflements de ses doigts et de sa main. En août 2006, il avait demandé au Prof. L_____ de procéder à un bilan complet, comme cela avait déjà été effectué en 2000. En 2000, des anticorps avaient été mis en évidence, lesquels permettaient d'envisager un problème rhumatologique. Entre 2000 et 2006, la recourante avait été suivie, chaque année, avec des analyses en laboratoire. Ces analyses avaient confirmé la présence d'anticorps. En

septembre 2006, le Prof. L. _____ avait diagnostiqué une fibromyalgie, une tendinite calcifiante bilatérale des épaules. Le bilan, effectué aux HUG, ne révélait pas la présence d'anticorps. S'agissant du pronostic, le Dr K. _____ a précisé que la patiente tenait un discours douloureux dont les sources étaient multiples et qui l'affectait passablement. La douleur ressentie par la recourante constituait un facteur limitatif dans son travail. Elle n'était pas en mesure de travailler toute la journée. Il y avait par ailleurs des limitations physiques, à savoir les douleurs des épaules qui pouvaient s'enflammer en raison des calcifications, ainsi qu'aux hanches et aux poignets. Cela empêchait la recourante d'effectuer des travaux à répétition, le nettoyage et de porter des charges. Ponctuellement la recourante pouvait porter 5 ou 6 kg, mais cela était exclu de manière répétée. Le poignet droit était devenu plus ennuyeux ces dernières années, vu les multiples interventions et les inflammations. Cela avait entraîné une extension des douleurs dans tout le bras. Par rapport aux tâches ménagères, le témoin pensait que la recourante était limitée. Il lui était vraisemblablement difficile de porter même des casseroles. Par rapport à l'enquête ménagère effectuée en juillet 2008, plus particulièrement la description des empêchements dus à l'invalidité, le Dr K. _____ a déclaré qu'il était d'accord avec le point 6.1 [0% d'empêchement dans la conduite du ménage]. Par rapport au point 6.2 [20% d'empêchement dans l'alimentation], les difficultés étaient bien décrites; en revanche, le taux de l'empêchement lui paraissait faible car l'assurée portait une attelle en permanence et il lui était donc difficile de faire la cuisine. En parlant de ce taux, le témoin se référait exclusivement à la capacité de la recourante, sans tenir compte de l'aide de ses proches. S'agissant du point 6.3 [50% d'empêchement dans l'entretien du logement], il était d'accord avec les empêchements décrits; le taux lui paraissait également faible si la recourante devait effectuer seule ces travaux. Par rapport au point 6.4 [50% d'empêchement dans les emplettes et courses diverses], il a précisé que la recourante avait un déconditionnement physique secondaire à la douleur et à la prise pondérale, qui la gênait même lorsqu'elle effectuait des courses simples. Il pensait que les angoisses, qu'elle avait lorsqu'elle se trouvait à l'extérieur, la gênaient également. Pour ces motifs, le taux de 5 % lui paraissait faible. Par rapport au point 6.5 [30% d'empêchement dans la lessive et l'entretien des vêtements], le témoin a observé que la recourante avait toujours besoin d'aide. Seule, elle était incapable d'effectuer les travaux en question. Par rapport au point 6.6 [0% d'empêchement dans les soins aux enfants ou aux autres membres de la famille], le témoin n'avait rien à dire. S'agissant du point 6.7 [20% d'empêchement dans les tâches diverses], les empêchements décrits lui paraissaient corrects; il a relevé que, seule, la recourante ne serait pas en mesure d'effectuer ces activités. En résumé, sans l'aide de ses proches, la recourante était fortement limitée par ses douleurs chroniques. Elle pouvait, en revanche, déléguer les tâches. Physiquement, le Dr K. _____ a estimé que la recourante avait un handicap qui ne lui permettait

d'effectuer que le 50 % de ses activités ménagères. Il a précisé que les handicaps physiques pouvaient entraîner des douleurs; il y avait un élément subjectif de la douleur qui handicapait la recourante plus que la moyenne de ses patients. Par rapport à une activité lucrative, il a estimé que l'incapacité de la recourante était bien supérieure à celle relative à ses activités ménagères; il considérait que, dans une activité adaptée, sa capacité résiduelle pourrait être de l'ordre de 30 %. Le Dr K_____ a encore précisé qu'il avait été mis en possession de l'examen clinique rhumato-psychiatrique du SMR du 27 octobre 2007 et n'était d'accord avec l'avis des médecins du SMR selon lesquels, au vu des atteintes objectives à la santé, une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de femme de ménage de la recourante pouvait être retenue (page 8). Compte tenu de ses handicaps physiques, en particulier aux hanches et aux bras, il ne pensait pas que la recourante puisse effectuer une activité soutenue de femme de ménage. Il n'était non plus pas d'accord avec l'estimation de la capacité ménagère résiduelle de 80%. Par rapport à la douleur, il a ajouté que les médecins étaient régulièrement en désaccord avec l'Office AI. Dans les faits, un patient souffrant de fibromyalgie ne pouvait pas travailler à 100%, notamment parce qu'il prenait des médicaments et souffrait en particulier d'un déficit de concentration.

- b) Le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'il suivait la recourante depuis avril 2000 et avait diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, en précisant qu'il y avait eu des hauts et des bas, mais que ce diagnostic était demeuré le même jusque-là. Compte tenu de l'évolution assez longue, il estimait que le pronostic n'était pas bon, en ce sens qu'il y aurait soit un état stable, soit une aggravation. Il considérait que l'incapacité de travail de la recourante, dans un travail normal impliquant du stress et des performances, était importante, en ajoutant que l'activité de femme de ménage ou de nettoyeuse professionnelle entraînait dans cette notion de travail normal. Selon lui, le taux d'incapacité de travail dans cette activité avoisinait le 100%. Dans une activité adaptée aux limitations de la recourante, il pensait que le taux d'incapacité serait de 60%. Il ne s'exprimait que sur le plan psychiatrique. S'agissant des activités ménagères, il a estimé que la capacité de travail de la recourante était pratiquement totale, dans la mesure où il y avait moins de stress et moins de performances à réaliser. Par rapport au rapport d'examen clinique rhumato-psychiatrique du SMR du 25 octobre 2007 et, plus précisément, du diagnostic de dysthymie, le Dr C_____ a précisé que la différence entre cette dernière et le trouble dépressif récurrent résidait dans la sévérité et la durée du trouble. Par rapport à la recourante, il a indiqué que si l'examen avait eu lieu un jour où elle se sentait mieux, on comprenait pourquoi l'examineur avait posé le diagnostic de dysthymie. Dans la mesure où cela faisait depuis 2000 qu'il suivait la recourante, le témoin a déclaré ne pas être d'accord avec ce diagnostic de

dysthymie. Il était en revanche plutôt d'accord avec le diagnostic de personnalité avec traits dépendants.

- c) Le Dr M_____, spécialiste FMH en médecine interne, a déclaré qu'il suivait la recourante depuis mai 1996. Elle le consultait particulièrement pour une HTA modérée et labile et pour un syndrome anxio-dépressif, conjointement avec son psychiatre traitant. Depuis lors, un diabète était venu s'y ajouter. Par rapport aux pathologies susmentionnées, l'état de santé de la recourante était stable; il n'y avait pas eu de pénération depuis octobre 1999. Le témoin a précisé s'occuper également des problèmes ostéo-articulaires de la recourante et effectuer les examens y relatifs. Dans ce domaine, il avait pu observer une pénération très graduelle de l'état de la recourante; d'autres foyers de douleurs étaient apparus. Les examens pratiqués avaient révélé une pénération de l'état de santé, justifiée objectivement. Il a estimé que la capacité de travail de la recourante était nulle depuis qu'elle le consultait et ce dans toute activité. En revanche, il a déclaré ne pas tellement être en mesure de se déterminer sur la capacité de la recourante à effectuer ses tâches ménagères. Selon lui, malgré ses douleurs, la recourante devait être capable d'effectuer ses activités ménagères, sous réserve des travaux lourds;
- d) Le Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué qu'il suivait la recourante depuis 1998, mais l'avait déjà connue dans les années 1990, lorsqu'il était aux HUG. La recourante souffrait d'une fibromyalgie, diagnostiquée par le rhumatologue, et était venue le consulter pour ses douleurs d'épaules. Il avait examiné la patiente en juin 1998, puis en septembre 2001. Entre ces deux dates, il n'avait pas constaté de pénération; en revanche la patiente s'était plainte de l'augmentation de ses douleurs. Le Dr F_____ n'était intervenu que pour la problématique des douleurs aux épaules et aux coudes, laquelle n'était toujours pas résolue et allait vraisemblablement persister. S'agissant de la capacité de travail, il a indiqué qu'il convenait de demander l'avis du Dr K_____, médecin principal de la recourante. Par rapport à la capacité de travail de la recourante dans l'activité de femme de ménage, le témoin a indiqué être d'avis que, compte tenu de l'évolution de son état qui touchait plusieurs systèmes, la capacité de la recourante était nulle. Par rapport à une activité adaptée à ses limitations, le Dr F_____ était dans l'incapacité de se positionner. Par rapport à l'examen clinique rhumato-psychiatrique du SMR du 25 octobre 2007, le témoin a déclaré qu'il fallait se référer à son courrier du 30 octobre 2009. Le problème principal de la recourante était sa fibromyalgie qui rendait difficile la prise en charge de tous les autres problèmes qui venaient se greffer dessus.

21. Lors de son audition par le Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) le 19 octobre 2010, le Dr

E_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, plastique et reconstruction, a déclaré qu'il suivait la recourante depuis 1996 et avait pratiqué 7 opérations (en 1998, 1999, 2000, 2003, 2006, 2008 et en 2009), qui ne concernaient pas exclusivement les mains. En dehors des opérations concernant les mains, il avait effectué des biopsies musculaires sur les jambes. Depuis qu'il suivait la recourante, il avait constaté qu'au fur et à mesure, son état général se dégradait, pas seulement du point de vue des mains, mais d'une manière générale, y compris au niveau social, conjugal et dépressif. Cette péjoration était régulière. Il était d'avis que la recourante avait toujours été en incapacité totale de travailler. Par rapport à sa capacité à effectuer ses tâches ménagères, le témoin a déclaré qu'il lui était difficile de se déterminer en détail, mais savait que la recourante avait certains empêchements. Par rapport aux mains, chaque fois qu'il y avait eu des opérations, il y avait eu une légère amélioration des symptômes pour lesquels la recourante avait été opérée, mais il y en avait d'autres qui étaient créés à cette occasion. C'est la raison pour laquelle il avait décidé, pour l'instant, de ne plus pratiquer d'opération. Le Dr E_____ a déclaré ne pas être en mesure de se prononcer en détail sur les empêchements retenus dans le rapport d'enquête ménagère du 7 juillet 2008, car la pondération des champs d'activité lui paraissait abstraite. Il était d'avis que, globalement, l'incapacité de la recourante à effectuer ses activités ménagères était de 50 %, en précisant que l'empêchement, pour chacun des postes mentionnés dans le rapport d'enquête, était de 50 %. Ce taux ne prenait toutefois pas en considération l'aide pouvant être fournie par les proches de la recourante. Sur question du conseil de la recourante, le Dr E_____ a confirmé que, depuis 2000, l'état des mains de la recourante s'était aggravé, comme il l'avait indiqué dans différents courriers. Cette péjoration, tant du point de vue médical que du point de vue fonctionnel, n'avait pas débuté en 2000, mais était régulière depuis qu'il suivait la recourante. S'agissant du pronostic, le témoin ne voyait pas d'amélioration possible et penchait pour un statu quo, à l'instar de l'ensemble des médecins s'occupant de la recourante.

22. Entendue par le Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) le 19 octobre 2010, la recourante a déclaré qu'elle ne contestait pas la pondération des champs d'activité retenue dans le rapport d'enquête ménagère du 7 juillet 2008 mais qu'en revanche, elle n'était pas d'accord avec les taux d'empêchement retenus et s'exprimerait par écrit à ce sujet.
23. Dans un avis du SMR du 17 novembre 2010, la Dresse N_____ (sans spécialisation indiquée) a examiné en détail les déclarations faites par les différents témoins, ainsi que les nouveaux documents médicaux produits par la recourante, et a conclu qu'il n'y avait pas d'aggravation objective de l'état de santé de la recourante depuis l'examen SMR bidisciplinaire d'octobre 2007 et que les conclusions de ce dernier demeuraient valables, tout comme celles de l'avis du SMR du 5 janvier 2010.

24. Par lettre du 19 novembre 2010, l'Office AI a persisté dans ses conclusions visant au rejet du recours, en considérant – sur la base l'avis du SMR du 17 novembre 2010 – qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé de la recourante depuis l'examen SMR bidisciplinaire d'octobre 2007.
25. Entendu par la Chambre de céans le 18 janvier 2011, le Dr O_____ a déclaré qu'il suivait la recourante depuis 1993 et l'avait examinée à 11 ou 12 reprises depuis pour des investigations de problèmes douloureux qui intéressaient les membres inférieurs et supérieurs. Tous ces examens avaient été demandés par d'autres médecins qui s'occupaient de la recourante, notamment les Drs M_____, K_____ et E_____. En 2006, il avait investigué en 2006 des problèmes neurologiques périphériques concernant les doigts et les mains de la recourante. L'état de cette dernière s'était progressivement détérioré, ce qui avait conduit à des opérations réalisées par le Dr E_____. L'état de la recourante était stationnaire par la suite. Lors des examens, il n'avait pas objectivé d'aggravations postopératoires. En 1999, il avait examiné la recourante pour une paralysie faciale périphérique droite dont l'évolution avait été favorable. Des lombalgies et des sciatalgies étaient survenues à partir de 1998 sauf erreur. Depuis 1993, il avait pu assister à une lente complexification des problèmes rencontrés par la recourante. Sur les problèmes neurologiques périphériques déjà évoqués, s'étaient greffés des problèmes rhumatologiques, soit des périarthrites des épaules et des hanches. Il en résultait progressivement une perte d'autonomie. En 2004, la recourante l'avait consulté pour une sciatique à droite. En 2005, il l'avait revue pour les membres supérieurs. En 2007, il avait contrôlé ses tunnels carpiens et l'avait examinée pour une épicondylite au coude droit, sans lésion du nerf observée. En 2010, il l'avait revue pour effectuer un examen de ces membres supérieurs; aucune lésion nouvelle n'avait été observée. Le Dr J_____ avait conclu à l'absence de récurrence d'une neuropathie canalaire carpienne et d'une lésion du nerf cubital dans son passage au coude à droite. Il avait également conclu que la situation algique de cette patiente concernant ses membres supérieurs relevait donc d'une péri-arthropathie des épaules, bilatérale, et de tendinopathie sévère au niveau du coude, comme cela était confirmé par son rapport du 2 juin 2010, dont il a remis une copie à la Chambre de céans. Selon le témoin, si la recourante avait consulté un neurologue de temps en temps, c'était parce que, par rapport à ses syndromes, il fallait distinguer l'aspect rhumatologique de l'aspect neurologique. Par rapport aux sciatalgies droites, il y avait eu une évolution négative en ce sens qu'en 1997, elles étaient peu concluantes alors qu'en 2010, le témoin avait conclu à des lésions nerveuses bilatérales affectant les racines S1. Depuis 1993 et tout particulièrement entre 2000 et 2010, le Dr J_____ avait pu observer une perte progressive de la mobilité des épaules et des hanches chez la recourante. Aucun des problèmes pris isolément n'affectaient le pronostic vital de la recourante, mais c'était l'ensemble de ses problèmes qui allait l'amener à perdre progressivement son autonomie. Il ne voyait pas, compte tenu de sa connaissance de la recourante depuis des années, comment cette dernière

pourrait réintégrer le circuit économique. Le témoin a déclaré en revanche ne pas être en mesure de se déterminer sur les empêchements de l'assurée dans ses activités ménagères dans la mesure où il ne l'avait jamais interrogée sur ce sujet. Se référant au rapport médical du Dr G _____ du 8 octobre 2009, le témoin a souligné que ce rapport démontrait clairement que le problème de hanche s'ajoutait à celui des épaules. S'agissant de son pronostic, il était d'avis qu'il n'y aurait pas de réponse thérapeutique concernant le problème des épaules. Tel serait également le cas à court terme concernant ses hanches et du rachis lombosacré, référence était derechef faite au rapport précité du Dr G _____ concluant à une dégénérescence osseuse progressive. Le Dr J _____ a déclaré avoir examiné la recourante en date des 12 et 13 janvier 2011 et a remis une copie de ses rapports y relatifs à la Chambre des assurances sociales. Concernant les membres supérieurs de la recourante, il y avait un statu quo sous réserve de sa mise en évidence d'une lésion du nerf radial. En réponse à la question de savoir si, entre 1999 et 2004, ses observations sur le plan médical étaient de nature à retenir une limitation de la capacité de la recourante à effectuer ses tâches ménagères, le témoin a répondu que la sciatique qui était à droite en 1998 est devenue bilatérale par la suite, si bien qu'il pouvait raisonnablement imaginer que l'assurée, qui souffrait de sciatalgie bilatérale, était diminuée dans sa capacité ménagère. Il n'était toutefois pas en mesure de déterminer le pourcentage des empêchements dans les activités ménagères. Il a précisé qu'en présence de sciatalgie, se pencher en avant réveillait des douleurs, et qu'en raison de périarthrite, toute mobilité des hanches était douloureuse; tel était également le cas de la mobilité des épaules.

26. Dans un avis du SMR du 28 janvier 2011, la Dresse N _____ a examiné les nouvelles pièces médicales communiquées par le Dr J _____ à la Chambre de céans et a conclu que les conclusions du médecin précité étaient superposables à celles du rapport d'examen clinique du SMR du 25 octobre 2007, tout en relevant qu'elle ne comprenait pas les conclusions du Dr J _____ concernant la reprise éventuelle d'une activité lucrative, lequel n'apportait aucun argument permettant de l'étayer, de sorte que les conclusions du rapport du SMR susmentionné demeuraient valables.
27. Par courrier du 18 février 2011, l'Office AI a persisté dans ses conclusions visant au rejet du recours, en se référant à l'avis du SMR du 28 janvier 2011.
28. Par lettre de son conseil du 18 février 2011, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours, en exposant, en substance, que son état de santé s'était notablement dégradé depuis fin 1999, que sa capacité de travail était nulle dans toute activité et que son incapacité ménagère était de l'ordre de 80% au moins. A ce dernier égard, elle a indiqué que les enquêteurs ménagers avaient fait artificiellement abstraction de la fibromyalgie dont elle souffrait, que le taux d'incapacité ménagère ne devait pas s'écarter du taux d'incapacité de travail, dans la

mesure où elle exerçait précédemment l'activité de femme de ménage, et qu'il fallait se référer à ses déclarations ainsi qu'à celles de son époux.

29. Par courrier de son avocat du 27 septembre 2011, la recourante a encore transmis un rapport d'échographie du coude et du poignet droit du 30 août 2011, dans lequel le Dr P_____, radiologue, a conclu à une ténosynovite des radiaux au niveau du poignet, avec foyer d'épicondylite sommital sans déchirure ni arrachement, à un petit remodelage génératif huméro-radial au détriment du triangle fibro-intermédiaire et de son insertion humérale, et à un kyste radio-scapho-lunaire aux parois épaissies, mais actuellement sans expansion.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
3. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante a subi une péjoration depuis 1999 et, surtout, si l'invalidité en découlant entraîne une augmentation dès le mois de mai 2003 de la demi-rente dont elle bénéficie depuis 1999.

Dans la mesure où le taux d'invalidité de 100% que présente la recourante dans l'exercice d'une activité lucrative n'a pas été remis en question par l'Office AI dans sa décision litigieuse, la contestation ne porte en définitive que sur le taux d'invalidité que la recourante subit dans l'accomplissement de ses activités ménagères, fixé à 20% par l'intimé mais à 80% par la recourante.

4. a) Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans

chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3096 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI). Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; ATFA non publié I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

Divers facteurs - analogues à ceux applicables pour déterminer la force probante de certificats médicaux (ATF 125 V 352 consid 3 a) - doivent être pris en considération pour juger de la valeur probante d'un rapport d'enquête. Il est ainsi essentiel que celui-ci ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007).

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

demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (ATFA non publié I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4).

c) L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recoupent en partie, doivent être différenciées. Aux termes de l'art. 6 LPGa, l'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou dans 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. Pour une nettoyeuse professionnelle, elle s'évalue donc au regard de son inaptitude à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites (passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, épousseter, etc.). En revanche, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa) s'évalue différemment. Elle se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assurée à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie (CIIAI), p. 65, no 3084 ss). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (arrêt I 593/03 du 13 avril 2005, consid. 5.3). A ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage, la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 p. 509 et les références; ATF non publié du 22 juillet 2008, 9C_406/2008, consid. 4.3).

5. En l'espèce, la recourante ne conteste pas que, sans atteinte à sa santé, la part de son activité professionnelle aurait été de 25% (10 heures par semaines) et que, par conséquent, la part des travaux habituels aurait été de 75%. C'est donc cette répartition qui sera derechef prise en compte.

a) Par rapport à sa sphère professionnelle, l'Office AI a retenu – dans la décision attaquée – que l'invalidité de la recourante était nulle dans toute activité. La recourante soutient ce point de vue. Dans la mesure où les éléments médicaux du dossier corroborent cet avis, la Chambre de céans retient que la capacité résiduelle de travail de la recourante est demeurée nulle depuis 1999.

b) S'agissant des empêchements de la recourante dans l'accomplissement des activités ménagères, l'Office AI a fixé l'incapacité à 25.5% sur la base du nouveau rapport d'enquête ménagère du 9 juillet 2008. De son côté, la recourante se limite à indiquer que l'Office AI n'a pas tenu compte de sa fibromyalgie, sans autre précision, et invoque un taux d'empêchement de 80%.

En ce qui concerne le rapport d'enquête ménagère du 9 juillet 2008, la Chambre de céans constate que son contenu est plausible, motivé, rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations de la recourante et précise si et comment cette dernière bénéficie de l'aide de ses proches.

Quant aux avis des médecins ayant examiné par la recourante, ils n'infirmant pas les conclusions de l'enquête ménagère du 9 juillet 2008. Le Dr K_____ a déclaré qu'il était d'accord avec les taux d'empêchements retenus, sous réserve de ceux concernant l'alimentation l'entretien du logement, et les emplettes et courses diverses; il n'a toutefois pas donné l'estimation des taux qui lui auraient semblé plus appropriés. Cependant, le médecin précité a reconnu que son avis ne portait que sur la capacité de la recourante à effectuer ses tâches ménagères, sans tenir compte de l'aide de ses proches. Il a ainsi conclu que, sans cette aide, la recourante était fortement limitée par ses douleurs chroniques et a estimé à 50% le taux d'empêchement. Ainsi, cet avis est parfaitement superposable aux conclusions de l'enquête ménagère, puisque, contrairement au Dr K_____, cette dernière a pris en compte l'aide raisonnablement exigible des proches. De la même manière, le Dr E_____ a estimé que, globalement, l'incapacité de la recourante à effectuer ses activités ménagères était de 50%, en précisant toutefois que ce taux ne prenait pas en considération l'aide pouvant être fournie par les proches de la recourante. Quant au Dr C_____, psychiatre, il a estimé que la capacité de travail de la recourante (sur le plan psychique) était pratiquement totale, dans la mesure où il y avait moins de stress et moins de performances à réaliser que dans l'activité professionnelle de nettoyeuse ou femme de chambre. De son côté, le Dr M_____, spécialiste FMH en médecine interne, a déclaré qu'il n'était pas tellement en mesure de se déterminer sur la capacité de la recourante à effectuer ses tâches ménagères, tout en indiquant que, malgré ses douleurs, la recourante devait être capable d'effectuer ses activités ménagères, sous réserve des travaux lourds. Enfin, les examinateurs du SMR sont parvenus à la conclusion que les empêchements de la recourante dans la tenue de son ménage étaient de 25%.

De son côté, la recourante soutient que le taux d'empêchement dans ses activités ménagères devrait être identique à celui de l'invalidité (100%) retenue dans son ancienne activité professionnelle de ménagère ou de femme de chambre ou proche. Cet argument doit être rejeté, sachant que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 4c supra), une activité de nettoyeuse professionnelle ou de femme de ménage ne saurait être comparée à la tenue du foyer familial qui recouvre nombre d'activités sans exigence physique particulière (planification, organisation,

répartition du travail, contrôle) ou dont les exigences dépendent directement de la taille du ménage et du nombre de ses occupants (préparation des repas, entretien du linge, emplettes etc.). Sans compter qu'au titre de son obligation de réduire le dommage, la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable.

Ainsi et dans la mesure où la recourante n'oppose même pas d'appréciation divergente détaillée à celle de l'enquêtrice, ni n'amène d'élément objectif permettant de remettre en cause les conclusions de l'enquête ménagère, la Chambre de céans ne s'écartera pas du degré d'incapacité retenu dans le cadre dudit rapport, soit de 25.5%.

Compte tenu d'un empêchement de 25.5% dans la part ménagère (75%), le degré d'invalidité s'élève à 19%.

6. Eu égard aux explications qui précèdent et vu le statut mixte de la recourante, le taux d'invalidité global s'établit comme suit :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Activité lucrative	25%	100%	25%
Activité ménagère	75%	25,5%	19%

Ainsi, le degré d'invalidité global de la recourante s'élève à 44% et est donc insuffisant pour ouvrir le droit à une rente plus importante que la demi-rente dont elle bénéficie.

7. Il résulte de ce qui précède que le recours sera rejeté et la décision attaquée confirmée.
8. Dans la mesure où la recourante succombe, l'émolument de justice, fixé à 500 fr., est mis à sa charge.

**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 500 fr. 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

Le président suppléant

Marie-Catherine SECHAUD

Patrick UDRY

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