

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4368/2009

ATAS/227/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 9 mars 2010

En la cause

Madame M _____, domiciliée aux AVANCHETS, comparant avec éléction de domicile en l'étude de Maître Maurizio LOCCIOLA recourante

contre

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

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après l'assurée ou la recoursante), née en 1955, mariée et mère de trois enfants, nés en 1977, 1980 et 1985, n'exerce pas d'activité lucrative depuis de nombreuses années. Elle s'occupe de la maison et du ménage. Elle habite avec son époux, sa fille cadette, et depuis le mariage de cette dernière en 2005, avec son gendre.
2. Elle a déposé, le 7 novembre 2008, une demande de prestations invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE (ci-après OAI).
3. Par rapport médical du 22 novembre 2008, la Dresse A_____, spécialiste en médecine interne, a attesté que la recoursante était sa patiente depuis 1984. Elle a diagnostiqué les atteintes à la santé avec répercussion sur la capacité de travail suivantes: un trouble dépressif récurrent sévère F 33.2 et trouble mixte de la personnalité depuis 2003, un sub-iléus récurrent après by-pass depuis 1998, des cervicalgies chroniques après fracture des apophyses épineuses de C6-C7 en 2007. Elle a aussi mentionné des atteintes sans répercussion sur la capacité de travail, soit des migraines, un diabète de type II et une HTA hyperlipémie en rémission après by-pass gastrique. L'incapacité de travail est totale depuis 2003.

A l'appui du rapport, de nombreux documents médicaux sont joints:

- Un rapport médical du 20 juin 1996, suite à l'hospitalisation de la patiente du 3 au 14 juin 1996 dans la Division Maladies Chroniques, est dressé dans le but de faire un bilan et d'équilibrer le diabète. Durant le séjour, la patiente a présenté à plusieurs reprises des malaises avec perte de conscience brève et déjà connus. Le profil lipidique s'est bien normalisé en fin de séjour. Il est précisé que la patiente pratique régulièrement le bowling et la natation deux à trois fois par semaine.
- Un résumé de séjour hospitalier au Département de psychiatrie du 19 au 29 octobre 2004 indique, à titre de diagnostic principal: trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique F 33.11 et, au titre d'autres diagnostics: trouble mixte de la personnalité F 61.0, dyslipidémie et HTA de 1994 à 1998, status post incision et drainage d'un abcès péri-anal en 2004, status post by-pass gastrique pour obésité en 1998, status post cure d'événement avec pose de filet en 1998, status post lipectomie des quatre membres en 1999, status post hystérectomie vaginale en 2001 et status post exérèse de polypes coliques par coloscopie en 2004. Le rapport précise que la patiente a été admise en entrée volontaire demandée par le médecin traitant, pour une aggravation de la symptomatologie dépressive et anxieuse. Les troubles de la personnalité de la patiente, hystérique et borderline, ont limité les

possibilités thérapeutiques. L'anamnèse d'un état dépressif important, malgré des doses d'Efexor élevées, a amené à effectuer un dosage sanguin qui s'est révélé infrathérapeutique, ce qui pourrait être en lien avec des troubles d'absorption secondaires au by-pass digestif ou à une métabolisation rapide. Le traitement antidépresseur est modifié.

- Un résumé d'intervention du Centre de Thérapie Brève (CTB) du 31 octobre au 28 novembre 2006 pose, comme diagnostic principal: un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen sans syndrome somatique F 33.10 et comme autres diagnostics: un trouble de la personnalité sans précision F 60.9, un by-pass gastrique en 1998, une lipectomie des cuisses et des bras en 1999, une hystérectomie en 2001, une exérèse de polypes coliques en 2004. Le rapport précise que la patiente est adressée par son généraliste en raison d'une péjoration d'un état dépressif avec recrudescence de symptômes dépressifs et apparition d'idées suicidaires en lien, selon les dires de la patiente, à la recrudescence des douleurs abdominales et cervicales. Une prise en charge des crises avec des nuits au CTB et une participation à des groupes sont organisées. La participation à ces groupes provoque chez la patiente beaucoup d'émotion et des chutes. La participation aux groupes est stoppée. Des séances de couple sont organisées et le soutien du mari est mis en évidence. La médication est modifiée.
- Un résumé de l'observation du séjour de l'assurée du 12 au 21 novembre 2007 au Département de chirurgie viscérale indique les diagnostics suivants: Sténose du pied de l'anse au niveau de l'anastomose distale effectuée lors du by-pass gastrique en 1998, hospitalisation en électif pour résection de l'anastomose incriminée avec adhésiolyse et dépression récurrente aggravée par le décès de sa sœur il y a une année. L'hospitalisation est motivée par un syndrome de König post by-pass gastrique. Le rapport précise que la patiente subit des crises crampiformes obliques deux à trois fois par jour. La patiente est exténuée. L'intervention chirurgicale est effectuée le 13 novembre 2007: adhésiolyse étendue par laparotomie. La patiente rentre à son domicile le 21 novembre 2007 avec une ceinture abdominale.
- Un rapport médical du 14 janvier 2008, du Service de Chirurgie viscérale, effectué deux mois après l'adhésiolyse pour un syndrome de König, précise que les douleurs que la patiente avait auparavant sont encore présentes, mais plus diffuses et moins marquées qu'avant l'intervention. Il n'y a plus de ballonnement abdominal avec les douleurs. L'évolution de la patiente est décevante, mais il est précisé qu'il faut attendre encore six mois pour déterminer l'origine des douleurs. La médication est modifiée.
- Un rapport médical du 13 février 2008 de l'Institut de radiologie de la Clinique des Grangettes conclut à un status post by-pass gastrique, un épaississement pariétal du grêle moyen et une perte de clivage au niveau de la cicatrice

abdominale, sans signe de distension pathologique ni iléus, une absence de collection liquidienne intra-abdominale, d'adénomégalie intro ou rétropéritonéale, une probable discrète stéatose hépatique sans lésion focale, des voies biliaires non dilatées, un très probable status de cholécystectomie.

- Un rapport du 12 mars 2008 du Service de Chirurgie viscérale, 4 mois après l'intervention, précise que les douleurs présentées persisteront malgré toute la prise en charge possible et qu'il n'y a pas de solution chirurgicale pour ce problème. Il est suggéré à la patiente de reprendre contact avec le Service de la douleur de l'Hôpital cantonal et, entre autre, prévoir une prise en charge psychologique pour améliorer le comportement face aux douleurs chroniques.
- Un rapport médical du 12 août 2008 du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur, qui pose le diagnostic de douleurs abdominales chroniques dans un contexte de status post-opératoire précisant les opérations subies par l'assurée, soit by-pass gastrique en mai 1998, cure d'événtration en octobre 1998, lipectomie des quatre membres et abdominoplastie en 1999, hystérectomie et annexectomie droite en 2001, résection de l'anastomose distale du by-pass et adhésiolyse en novembre 2007. Est aussi diagnostiqué un état dépressif récurrent épisode actuel sévère. Le rapport précise que la patiente souffre depuis cinq ans de douleurs abdominales. La douleur n'est plus tenable depuis trois ans, elle évolue sur un mode constant auquel s'ajoutent des crises qui s'installent pour deux ou trois heures. Le rapport ajoute que la patiente présente des douleurs abdominales chroniques dans le contexte d'un abdomen multi-opéré et associées actuellement à un épisode dépressif sévère qui semble au premier plan, la prise en charge en milieu hospitalier semblant indispensable.
- Le résumé du séjour hospitalier du 8 août au 5 septembre 2008 au Département de psychiatrie, unité de psychiatrie hospitalière adulte (UPHA) mentionne, comme diagnostic principal: un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques F 33.2, et comme autres diagnostics: un trouble mixte de la personnalité F 61.0, un status post by-pass gastrique pour obésité morbide en 1998, des douleurs abdominales chroniques suite à de multiples opérations chirurgicales, une adhésiolyse pour syndrome de König en novembre 2007. Le rapport précise que la patiente répète son sentiment d'inutilité et ses envies de mort. Au cours de son hospitalisation à l'UPHA, de façon impulsive, la patiente fait un tentamen au Somnium nécessitant un transfert aux soins intensifs. Suite à ce tentamen, elle est admise en non volontaire au 2JC puis retransférée à l'UPHA. Après dix jours et plusieurs entretiens de couple, la patiente est autorisée à sortir, une médication est mise en place.

4. Par rapport médical du 26 mars 2009, la Dresse B _____, psychiatre, a indiqué qu'elle suivait la patiente depuis le 16 octobre 2008. Elle a confirmé les hospitalisations de 2004 et de 2008. Le médecin indique que l'état psychique n'a pas cessé de s'aggraver en parallèle à des douleurs de plus en plus invalidantes et suite au décès de la sœur de la patiente en juillet 2003. Le médecin rappelle les diverses opérations et hospitalisations intervenues. L'élan vital qui peut paraître conservé par moment, mais peut très vite évoluer vers une anhédonie amenant à un repli très important à domicile. La thymie est triste avec des idées suicidaires récurrentes. Une symptomatologie anxieuse dans les situations nouvelles est indiquée. Le pronostic demeure réservé. Au vu du bon investissement du suivi actuel à la consultation, le médecin espère une amélioration avec une revalorisation narcissique, l'affirmation de soi. Il paraît cependant difficile d'évoquer une amélioration dans un proche avenir. Le médecin atteste d'une incapacité de travail à 100 % depuis août 2008. S'agissant des restrictions physiques, mentales ou psychiques, le médecin précise que sur le plan physique principalement, des douleurs abdominales diffuses transperçantes amènent la patiente à se replier sur elle-même et limitent ainsi les mouvements physiques. Sur le plan mental et psychique, les difficultés actuelles de la lignée dépressive et les difficultés relationnelles représentent une restriction claire dans l'investissement d'un lieu professionnel et dans la relation avec des collègues. Le médecin conclut qu'avec un traitement antalgique adapté, un investissement et un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré, on peut espérer réduire les restrictions.

Elle a précisé le 16 juillet 2009 que la patiente ne fait plus aucune activité à domicile, que ce soit au niveau culinaire, nettoyage, entretien, courses et lessive. Elle dit ne plus pouvoir s'investir dans ces tâches. Elle est repliée sur elle-même avec une clinophilie importante, préférant se mettre dans l'obscurité, avec des troubles de la concentration et de l'attention. Elle présente des ruminations constantes autour de cette situation avec perte de l'élan vital, l'empêchant de faire face aux activités ménagères qu'elle a assumées jusque-là.

5. L'enquête économique sur le ménage effectuée le 31 août 2009 a pondéré les divers champs d'activité ménagère en pourcent, puis a examiné, d'une part, les activités que l'assurée pouvait encore assumer et pris en compte, d'autre part, l'aide apportée par sa fille, son gendre et son époux, vivant tous sous le même toit.

Ainsi, les divers travaux ménagers et les empêchements sont retenus ainsi (voir tableau ci-après) :

Description des empêchements dus à l'invalidité	Pondération du champ d'activité en %	Empêchement en %	Invalidité en %
<p>Conduite du ménage 2 - 5 %</p> <p>Madame M_____ peut conduire son ménage, mais elle délègue la planification du ménage à sa fille.</p>	5 %	0 %	0 %
<p>Alimentation 10 - 50 %</p> <p>Actuellement, la fille décide de ce qu'ils vont manger et prépare le repas. Madame M_____ met la table. La fille et le gendre débarrassent et rangent la cuisine. Il est tenu compte de l'aide apportée par les autres membres de la famille. Exigibilité 30 %.</p>	40 %	30 %	7 %
<p>Entretien du logement 5 - 20 %</p> <p>L'entretien est assuré par la fille et le gendre. Le mari aide à ranger le week-end. Madame M_____ change les draps et se décharge des tâches ménagères par fatigue et manque d'entrain. Exigibilité de l'aide 30 %.</p>	20 %	30 %	6 %
<p>Emplettes, courses, etc. 5 - 10 %</p> <p>Les courses sont faites par la fille et le gendre. Les papiers sont réglés par Madame M_____. Il est de règle générale sous ce point de ne pas tenir compte de plus de 10 % d'empêchement lorsque les membres de la famille peuvent faire les courses.</p>	10 %	0 %	0 %
<p>Lessive et entretien des vêtements 5 - 20 %</p> <p>C'est essentiellement la fille qui fait la lessive. Madame M_____ range son linge et repasse ses affaires.</p>	20 %	10 %	2 %
<p>Soins aux enfants, etc. 0 - 30 %</p> <p>Madame M_____ voudrait prendre sa petite-fille plus souvent. En raison de la dépression et de la fatigue, un empêchement est retenu pour la garde des petits-enfants.</p>	5 %	10 %	5 %
<p>Divers 0 - 50 %</p> <p>Madame M_____ faisait du bénévolat (tenait une ludothèque et visite aux personnes âgées). Depuis le décès de sa sœur en 2003, elle a arrêté de s'occuper des autres.</p>	5 %	100 %	5 %

Total	105 %	%	25 %
--------------	-------	---	------

6. Par projet de décision du 3 septembre 2009, l'OAI a rejeté la demande estimant que le taux d'invalidité était de 25 % dans son activité ménagère.
7. Par pli du 3 novembre 2009, l'assurée a contesté le projet de décision, estimant que la quotité de réduction du dommage imputée à la famille allait au-delà de ce qui est raisonnablement exigible. De plus, la personne ayant diligenté l'enquête ne disposait pas des qualifications professionnelles suffisantes pour juger de l'atteinte à la santé.
8. Par décision du 5 novembre 2009, l'OAI a maintenu son projet et rejeté la demande.
9. Par acte du 4 décembre 2009, l'assurée a formé recours contre la décision et a conclu à l'annulation de la décision du 5 novembre 2009 et à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} mai 2009.

Elle détaille les opérations subies, les traitements prodigués et les hospitalisations. Les douleurs à l'abdomen ne diminuent plus depuis 2005, et elle ne peut pas se tenir assise, la position couchée ou debout est moins douloureuse. Du point de vue psychiatrique, l'incapacité de travail était totale, en raison du trouble dépressif récurrent épisode sévère avec symptôme psychotique, un trouble mixte de la personnalité. Surtout, l'assurée conteste la pondération du champ d'activité, qui se monte à 105 %, la prise en compte de sa capacité à effectuer certaines tâches, alors qu'en réalité elle ne peut que mettre la table, changer les draps de son lit et faire de temps en temps la lessive. En particulier, la prise en compte de l'aide des membres de la famille est excessive car la participation exceptionnelle de la fille, du gendre et du mari de l'assurée excède ce qui est raisonnablement exigible. De plus, la présence de la fille et du gendre à domicile est également exceptionnelle et ne saurait durer. Finalement, il est imputé à la famille de la recourante une obligation de réduire le dommage correspondant à 75 % de l'activité ménagère, ce qui est inadmissible.

10. Par pli du 19 janvier 2010, l'OAI propose le rejet du recours et fait valoir que l'assurée ne démontre pas en quoi le rapport d'enquête en cause ne serait pas plausible ou insuffisamment motivé. L'OAI corrige les chiffres retenus, en précisant que le total des activités ménagères a été corrigé à 100 %, ce qui conduit à un taux de pondération du champ d'activité "alimentation" de 40 % à 35 %, de sorte que sur la base du même taux d'empêchement de 30 %, le degré d'invalidité est alors de 10,5 %, ce qui amène le total des empêchements dans le ménage à 28,5 %.

De surcroît, l'obligation de réduire le dommage imputé aux membres de la famille n'est pas estimé à 75 % mais à 30 %. L'enquêtrice a constaté que la recourante parle volontiers et parvient, malgré sa dépression et ses douleurs, à entreprendre des activités comme la lessive, mettre la table et s'occuper des papiers tout en se

désinvestissant de la préparation du repas et des tâches lourdes. Pour terminer, ce n'est que si la fille et le gendre se constituent un domicile séparé que la recourante devra alors saisir l'administration d'une demande de révision.

11. La cause a été gardée à juger le 9 février 2010.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Le recours, déposé selon les forme et délai prévus par la loi, est recevable(art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur le taux d'empêchement retenu et sur la part des activités ménagères mises à la charge des membres de sa famille, qui font ménage commun.
5. a) En vertu de l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une, est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels.

b) Par travaux habituels, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 1^{ère} phrase RAI).

c) Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage au sens de l'art. 5 LAI, l'administration procède, conformément à l'art. 27 RAI, à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles en se référant au supplément 1 aux directives concernant l'invalidité et l'impotence de l'Office fédéral des assurances sociales.
6. a) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant

des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

b) La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en effet dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Selon la jurisprudence, 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 2001, p. 158, consid. 3c ; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1 et du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2).

c) Aux conditions posées par la jurisprudence mentionnée ci-dessus (ATF 128 V 93), l'enquête sur les activités ménagères à laquelle procède l'administration a valeur probante (ATFA non publié du 10 juin 2003, I 151/03). Elle n'est toutefois pas un moyen de preuve adéquat lorsque l'empêchement résulte de troubles d'ordre psychique (VSI 2001 p. 159 consid. 3d). En effet, le questionnaire servant à fixer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage est conçu de manière à évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physique. Il n'est donc pas propre à l'évaluation des limitations liées à des troubles psychiques. Les constatations médicales relatives à la capacité de travail raisonnablement exigible sont dès lors plus aptes qu'une enquête économique à fixer l'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels (ATFA non publié du 22 décembre 2003, I 311/03).

7. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les

effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents), et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent 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 qu'on peut attendre de celles-ci, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (ATFA non publiés du 8 novembre 1993, I 407/92 et du 11 août 2003, I 681/02). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222).

8. Dans le cas d'espèce, l'OAI a fondé le taux d'invalidité retenu sur l'enquête de ménage effectuée par une infirmière.

Ainsi, si l'on peut se référer dans une certaine mesure à cette enquête, elle ne peut toutefois pas servir de base pour déterminer l'incapacité de la recourante pour des raisons psychiques dans son activité de ménagère, un médecin devant se prononcer sur cette question. A cet égard, la Dresse B_____ a précisé, en juillet 2009, que la recourante ne faisait plus aucune activité à domicile, en raison d'un repli sur soi, une clinophilie importante, des troubles de concentration et d'attention, des ruminations constantes et perte de l'élan vital. De même, les nombreux rapports médicaux produits indiquent, parmi d'autres diagnostics, un état dépressif récurrent, les épisodes étant d'intensité moyenne à sévère, avec tentamen et hospitalisation, un trouble de la personnalité, de sorte que la capacité de l'assurée d'assumer ses activités ménagères, même partiellement, mais régulièrement, n'est pas établie. L'OAI n' a pas investigué plus avant les aspects psychiatriques de l'incapacité de la recourante à effectuer ses activités ménagères habituelles. Le constat de l'enquêtrice, infirmière, indiquant que la recourante se décharge des tâches ménagères par fatigue et manque d'entrain, de sorte que toutes ces tâches sont finalement assumées par sa fille et son gendre, est un élément qui doit être analysé du point de vue médical par un médecin psychiatre.

Par ailleurs, on est frappé par les divergences entre les capacités de l'assurée retenues par l'enquêtrice et les limitations indiquées par la recourante, qui sont les

conséquences des douleurs abdominales chroniques depuis 2005, attestées par plusieurs médecins. En effet, l'assurée garderait la position allongée et parfois debout pour souffrir moins, mais serait capable de faire la lessive (pliée devant la machine à laver), de repasser (en levant le bras et portant un fer) .

De surcroît, on ne parvient pas à déterminer avec précision quelle part de la capacité résiduelle d'effectuer les tâches habituelles est attribuée à l'assurée et à sa famille. Le cas des emplettes et des courses est clair, la totalité de l'activité (10%) est déléguée et assumée par la famille. Par contre, la répartition du poste alimentation (35% du total) est contestable. On comprend que l'incapacité retenue est de 30%, sans savoir si la mention de l'exigibilité de 30% est la part attribuée à la famille, ce qui impliquerait que l'assurée conserve une capacité à 40% d'assumer ces tâches-là. Or, l'enquêtrice admet que l'assurée ne peut que mettre la table. Il en va de même de certains autres postes.

Il résulte des considérations qui précèdent que l'invalidité dans l'activité ménagère fixée à un taux de 25 %, corrigé à 28,5% n'a pas été correctement évaluée, ni suffisamment motivée.

9. S'agissant de la participation des membres de la famille de l'assurée à la tenue du ménage, le possible déménagement de la fille et du gendre de l'assurée n'est pas déterminant en l'état. Cette modification de la situation de fait devra faire l'objet, le moment venu, d'une demande de révision.

Par contre, l'OAI n'a pas mentionné si les limitations de l'époux de la recourante, invalide à 50%, sous réserve de l'issue de son recours par devant le Tribunal Fédéral, ont été prises en compte lors de l'attribution à ce dernier d'une partie de la charge de nettoyage du logement familial.

De même, la situation particulière concernant l'obligation de diminuer le dommage, à savoir l'aide exigée de la fille et du gendre de l'assurée, n'a pas été examinée dans le détail. En effet, l'aide de la famille est exigible, dans la mesure habituelle.

Toutefois, le Tribunal fédéral rappelle que l'aide demandée à la famille doit rester raisonnable et ne doit pas pénaliser les membres de la famille dans leur activité professionnelle ou dans leurs études ou les restreindre dans leurs loisirs (arrêt du 17 janvier 2006, dans la cause I 735/04). L'aide généralement exigée des enfants est examinée lorsque ces derniers, mineurs ou étudiants, font ménage commun avec leurs parents, lesquels ont encore une obligation d'entretien envers eux.

L'OAI devra examiner plus précisément la situation particulière de la fille majeure, mariée et exerçant une activité lucrative, mais qui reste au domicile de ses parents ainsi que celle de son mari. En particulier, il convient de rechercher si cette présence n'est pas indispensable en raison des troubles psychiques de l'assurée, afin de soulager le mari de celle-ci et dont le soutien à été mis en évidence par les médecins, et si le poids de cette obligation n'exige pas de laisser au jeune couple du

temps pour des loisirs et pour se retrouver en dehors de la maison. A l'inverse, il faut tenir compte du fait que la fille et le gendre devraient aussi, s'ils tenaient leur propre ménage, consacrer du temps à ces activités habituelles. Finalement, il y a lieu de rappeler que malgré l'aide de la famille proche, une nièce doit aider au ménage, ce qui n'entre plus dans le cadre de l'aide exigible de la famille.

10. Au vu de ce qui précède, il s'avère que la capacité de la recourante dans ses tâches ménagères n'a pas été évaluée à satisfaction de droit. Le Tribunal de céans considère que l'OAI doit faire procéder à un examen bi-disciplinaire, effectué par des médecins spécialisés en psychiatrie et en chirurgie (viscérale) ou en médecine interne, afin de déterminer les empêchements de l'assurée dans la tenue de son ménage. Bien sûr, les médecins mis en œuvre devront aussi examiner le dossier médical déjà très fourni de l'assurée. Dans un second temps, l'OAI devra distinguer et motiver, pour chaque travail ménager, quelle est la part exigible attribuée à l'assurée et aux divers membres de sa famille, en tenant compte de leur place respective dans la famille et de leurs propres limitations. De la sorte, lorsque la fille et le gendre de l'assurée auront déménagé, le taux d'invalidité à retenir sera plus aisément déterminé, dans le cadre d'une demande de révision.
11. Par conséquent, le recours est admis et la décision annulée. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ailleurs, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI; 61 let. a LPGA) de sorte qu'il sera perçu un émolument de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 5 novembre 2009.
3. Renvoie le dossier à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants.
4. Condamne l'OAI au versement d'un émolument en faveur de la recourante de 1'000 fr.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI.
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 ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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