

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4707/2017

ATAS/1122/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 novembre 2018

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Michel BOSSHARD

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Pierre-Bernard PETITAT,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1955, est mariée à Monsieur A_____, né en 1945, depuis 1975 et mère de deux filles, nées respectivement en 1976 et 1979.

Depuis son arrivée en Suisse en 1984, l'assurée a travaillé presque sans interruption pour le compte de divers employeurs, en particulier pour une blanchisserie, jusqu'au 31 janvier 2007.

2. Le 20 décembre 2016, l'assurée a déposé une demande de prestation auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en invoquant une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} janvier 2015, en lien avec une « démence et Alzheimer du lobe frontale évolutive » présents depuis 2009, aggravés en 2016. En août 2016, elle avait également fait un accident vasculaire cérébral (AVC).
3. Le même jour, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI. Elle avait besoin d'aide pour se vêtir/dévoiler, manger, les soins du corps et aller aux toilettes, ainsi que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.
4. Dans plusieurs rapports reçus par l'OAI le 16 janvier 2017, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a confirmé que cette dernière avait besoin d'une aide globale dans la vie courante. Sans son entourage, elle devrait forcément être institutionnalisée. Seule, elle était incapable de structurer sa journée et de faire face aux situations du quotidien. L'accompagnement était dispensé par son mari depuis l'été 2016.

Le médecin retenait les diagnostics de démence fronto-pariétale évolutive depuis 2016 et d'AVC ischémique temporal droit depuis août 2016. La situation allait en s'aggravant, étant précisé qu'une hospitalisation avait eu lieu au sein des Hôpitaux universitaires genevois (ci-après : HUG) du 17 au 23 août 2016.

La maladie avait débuté en 2015-16. La capacité de travail était nulle dans toute activité en raison de la démence.

5. Dans un rapport du 17 janvier 2017, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, a retenu les diagnostics de trouble neurocognitif majeur, dégénérescence fronto-temporale probable, ayant débuté en 2005 et évolué progressivement. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail, une dyslipidémie et un AVC ischémique temporal droit d'origine indéterminée en août 2016.

La situation allait en s'aggravant. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 12 mars 2015, date de la première consultation.

Le Dr C_____ a joint à son rapport deux autres, émis par la consultation de la mémoire des HUG les 14 avril et 14 juillet 2015.

6. Le 10 février 2017, le docteur D_____, du Service médical régional de l'AI (SMR), a admis une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 23 mars 2015.
7. Dans une note interne du 20 février 2017, l'OAI a considéré que le statut de l'assurée était celui d'une ménagère. En effet, il ressortait de l'extrait de son compte individuel AVS que l'intéressée avait travaillé à 100% dans une blanchisserie de 1994 à 2006, avait été au chômage en 2007 et 2008, puis avait cotisé à l'AVS en tant que personne sans activité durant plusieurs années avant que l'atteinte à sa santé n'ait des répercussions sur sa capacité de travail, en mars 2015.
8. Le 11 avril 2017, Madame E_____, infirmière du Service externe de l'OAI, s'est rendue chez l'assurée pour évaluer les droits de l'assurée en matière d'allocation pour impotent, ainsi que pour effectuer une enquête ménagère à domicile.
9. Dans son rapport du 25 avril 2017 portant sur l'impotence, l'enquêtrice a rappelé les diagnostics d'AVC ischémique temporal en août 2016 et de démence. Elle a noté que l'assurée vivait avec son mari à leur domicile.

L'assurée n'avait besoin d'aucune aide pour les actes ordinaires de la vie, hormis pour l'entretien des contacts sociaux : elle ne pouvait plus suivre une discussion et participer.

Son mari l'aidait à adapter ses vêtements en fonction de la météo. Elle ne pouvait pas se rendre à ses rendez-vous sans être accompagnée. Ces éléments devaient être retenus dans le cadre de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Depuis mars 2015, l'assurée perdait progressivement en autonomie pour organiser sa journée. Elle était guidée par son mari pour le respect des horaires et la planification des activités.

S'agissant du ménage, elle n'était plus en mesure de voir ce qu'il y avait à faire et manquait de cohérence. Ses filles avaient dû faire appel à une femme de ménage depuis que leur mère avait eu un AVC.

L'intéressée ne faisait plus de repas complet, laissait brûler la nourriture et pouvait faire des soupes instantanées pour le dîner. Sur injonction de son mari et en sa présence, elle pouvait encore faire de petites choses à la cuisine.

Les démarches administratives avaient toujours été prises en charge par une de ses filles.

L'assurée se lavait sans aide, ni injonction. Toutefois, elle pouvait se doucher plusieurs fois par jour, ayant oublié qu'elle l'avait déjà fait.

Une infirmière passait une fois par semaine pour un contrôle et la préparation du semainier. Incapable de prendre les médicaments dans la boîte, c'était son mari qui devait les lui donner pour que son traitement soit suivi correctement.

Elle pouvait sortir pour quelques courses simples en bas de chez elle mais ne pouvait respecter un horaire. Ses filles passaient la voir régulièrement.

Elle pouvait rester seule quelques heures lorsque son mari faisait quelques courses.

Depuis 2009, l'assurée perdait progressivement en autonomie en raison de son atteinte à la santé. L'aide quotidienne et les injonctions régulières tout au long de la journée remplissaient les conditions d'octroi de deux heures d'aide pour un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Une allocation pour impotent de degré faible était due à l'issue du délai de carence, soit en mars 2016.

10. Dans le rapport d'enquête économique sur le ménage rédigé le même jour, l'enquêtrice a mentionné les diagnostics de tumeur du lobe frontal, d'AVC en 2016 et de démence.

Il a été relaté qu'arrivée en Suisse comme réfugiée, l'assurée était mariée et avait deux enfants.

Elle avait travaillé à plein temps dans une blanchisserie jusqu'en 2006.

Aux dires de l'intéressée, elle aurait continué à travailler si elle avait été en bonne santé. Elle avait été contrainte de renoncer à son statut de femme active parce qu'elle ne retrouvait pas de travail.

Ses revenus provenaient de la rente AVS de son mari.

Le statut de l'assurée devait être déterminé par le gestionnaire du dossier de l'OAI en fonction des éléments du dossier.

En raison des limitations de l'assurée déjà énoncées dans le rapport concernant l'impotence, l'enquêtrice a retenu un taux d'empêchement pondéré de 41%.

Ce taux prenait en considération l'aide pouvant être apportée par le mari de l'assurée, dont il a été précisé qu'il était tout le temps à leur domicile.

Le taux d'empêchement a été calculé de la façon suivante :

travaux	exigibilité en %	pondération en %	empêchement en %	empêchement pondéré
conduite du ménage			80 %	4 %
<i>exigibilité</i>	30 %	5 %	50 %	2.5 %
alimentation			70 %	31.5 %
<i>exigibilité</i>	30 %	45 %	40 %	18 %
entretien du logement			80 %	16 %
<i>exigibilité</i>	30 %	20 %	50 %	10 %
emplettes et courses diverses			50 %	5 %
<i>exigibilité</i>	30 %	10 %	20 %	2 %
lessive et entretien des vêtements			70 %	14 %
<i>exigibilité</i>	30 %	20 %	40 %	8 %
soins aux enfants ou aux autres membres de la famille			0 %	0 %
<i>exigibilité</i>	0 %	0 %	0 %	0 %
divers			0 %	0 %
<i>exigibilité</i>	0 %	0 %	0 %	0 %
total des champs d'activité				100 %
<i>total de l'exigibilité retenue</i>				30 %
total – empêchement pondéré sans exigibilité				70.5 %
total – empêchement pondéré avec exigibilité				41 %

11. Le 15 juin 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2017, sur la base d'un degré d'invalidité de 41%.

L'OAI a considéré que, sans atteinte à sa santé, l'intéressée n'aurait pas exercé d'activité professionnelle. Le statut retenu était donc celui d'une personne se consacrant exclusivement à ses travaux habituels.

L'enquête ménagère avait permis de conclure à un empêchement de 41% dans les travaux habituels. Ce taux correspondait au degré d'invalidité et ouvrait droit à un quart de rente d'invalidité.

Dans la mesure où la demande de prestations avait été déposée en décembre 2016, le droit à la rente était ouvert dès juin 2017.

12. Par décision formelle du 25 octobre 2017, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2017, sur la base d'un degré d'invalidité de 41%.
13. Par acte du 27 novembre 2017, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2017, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

La recourante conteste le statut de ménagère qui lui a été reconnu. Elle allègue que si elle a cessé toute activité professionnelle il y a plusieurs années, c'est en raison du début de sa maladie d'Alzheimer. Dès lors, l'intimé aurait dû évaluer sa capacité à exercer une activité lucrative. Cette capacité étant nulle, l'octroi d'une rente entière d'invalidité se justifie.

Pour le surplus, la recourante reproche à l'intimé de s'être basé sur une enquête datant de plus de six mois, alors même qu'elle souffre d'une maladie évolutive. Si un quart de rente pouvait éventuellement se justifier en avril 2017, cela n'était plus le cas en juin 2017, dans la mesure où elle n'était plus en mesure de prendre soin d'elle, ce qui justifiait l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

La recourante a joint à son recours plusieurs documents, dont :

- un rendez-vous à la consultation pour la mémoire adressé à la recourante le 16 juin 2009 ;
- une lettre de sortie des HUG du 25 août 2016 suite au séjour de l'intéressée du 17 au 23 août 2016 dû à son AVC ; le diagnostic secondaire de démence fronto-pariétale évolutive y est retenu ;
- un rapport du Dr C_____ du 3 juillet 2017 relevant un certain degré d'aggravation de l'état de santé de la recourante, étant précisé qu'elle restait stable au quotidien sur le plan fonctionnel, du retentissement et du comportement ;
- une attestation du 2 novembre 2017 indiquant que la recourante fréquentait le foyer de jour du F_____ tous les lundis et jeudis ;
- une attestation du 7 novembre 2017 indiquant que l'intéressée fréquentait l'accueil de jour du Salon de G_____ deux jours par semaine (depuis le 12 septembre 2017), en raison de ses difficultés neurologiques et intellectuelles ;
- un certificat du 6 novembre 2017 du Dr B_____ attestant du fait que les problèmes chroniques de santé du mari de la recourante rendaient difficile la prise en charge à domicile de son épouse. Il avait besoin d'aide à cet effet ;
- un contrat de clientèle du 23 février 2017 conclu avec l'institution de maintien, d'aide et de soins à domicile (IMAD).

14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 14 décembre 2017, a conclu au rejet du recours.

L'intimé rappelle que la recourante n'exerce plus d'activité lucrative depuis 2006 et qu'elle a cotisé comme personne sans activité lucrative depuis 2009. Selon le SMR et la consultation de la mémoire des HUG, l'atteinte invalidante à la santé a débuté en 2015, soit des années après la cessation de toute activité lucrative. C'est donc bien un statut de ménagère à 100% qui doit être retenu.

S'agissant de l'évaluation de l'invalidité, elle repose sur le rapport d'enquête ménagère, lequel a été élaboré par une personne qualifiée qui avait connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps découlant des diagnostics médicaux. Il a été tenu compte des indications de la recourante et des participants. Le rapport est plausible, motivé, suffisamment détaillé en ce qui concerne les limitations et correspond aux indications relevées sur place. Rien ne permet de remettre en cause sa valeur probante.

L'aide du mari et de la femme de ménage ont été pris en compte, étant précisé qu'aucun élément médical ne permet de remettre en cause l'aide exigible du mari telle que retenue.

Des empêchements compris entre 50 et 80% ont été retenus, ce qui est conséquent.

15. Dans sa réplique du 22 janvier 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle allègue avoir souffert, dès 2006, de troubles de la concentration et d'états de fatigue, dont elle estime qu'ils ont certainement été la cause de son licenciement. En juillet 2007, elle a été examinée une première fois aux HUG pour des troubles de mémoire et de concentration. Les constatations faites par le médecin à l'époque révèlent, à la lumière de la doctrine médicale, qu'en 2007, elle souffrait déjà de l'atteinte du lobe frontal et de la maladie dégénérative conduisant à la démence qui l'affecte aujourd'hui. C'est cette maladie qui a provoqué sa perte d'emploi fin 2006 et qui l'a empêchée de reprendre une activité lucrative stable.

Le 5 décembre 2017, les HUG ont procédé à un contrôle évolutif du tableau clinique à prédominance frontale évocateur d'une maladie neurodégénérative progressive à début précoce et sporadique et d'une dégénérescence fronto-temporale associée à des séquelles d'un AVC. Les médecins ont constaté une aggravation cognitive et globale (cette dégénérescence est une forme neurodégénérative progressive et distincte de la maladie d'Alzheimer). La recourante relève que les médecins utilisent aujourd'hui le même vocabulaire qu'en 2007, lors du premier diagnostic. Elle en tire la conclusion qu'elle doit se voir reconnaître un statut d'active.

Subsidiairement, si un statut de ménagère devait lui être reconnu, elle persiste dans les termes de son recours et demande une nouvelle « évaluation sociale », compte tenu du temps écoulé entre l'enquête ménagère et la décision et les rapports attestant d'une dégradation de son état de santé.

La recourante a joint à son écriture plusieurs pièces, dont :

- un rapport du docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie, du 27 juillet 2007 faisant état de difficultés de compréhension, d'une certaine persévération, d'un discret grasping bilatéral, d'un facial gauche avec ptose palpébrale évoquant plutôt une atteinte périphérique – dans le contexte de troubles respiratoires durant le sommeil ;
- un article médical sur le syndrome frontal ;
- un rapport du Dr C_____ du 5 décembre 2017 confirmant une aggravation cognitive et globale de l'état de la recourante.

16. Dans une note de travail du 6 février 2018, le Service des enquêtes de l'intimé a considéré que le rapport médical du 5 décembre 2017 confirmait l'aggravation cognitive et globale. De ce fait, il admettait une aggravation et une péjoration dans l'exécution des tâches ménagères par rapport à ce que la recourante pouvait faire en avril 2017. Les empêchements retenus étaient de 100% dans toute activité ménagère. Compte tenu de l'exigibilité du mari de 30%, les empêchements dans la sphère ménagère étaient de 70%.

17. Dans sa duplique du 9 février 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il maintient que la recourante doit être considérée comme une ménagère à 100%. Il relève que l'examen pratiqué en 2007 rapportait des plaintes de troubles mnésiques et de la concentration, soit des limitations fonctionnelles légères et non incapacitantes dans l'activité habituelle. Il n'est donc pas établi au degré de vraisemblance prépondérante requis que l'activité professionnelle a été interrompue en raison de l'atteinte à la santé. En tout état de cause, ladite activité a cessé en 2005, soit deux ans avant l'examen médical de 2007. Enfin, l'ensemble des médecins fixent le début de l'incapacité de travail à 2015.

Selon le rapport du 3 juillet 2017 des HUG, le mari de la recourante prend en charge les tâches complexes de la vie quotidienne, l'intéressée participant un peu à la cuisine et aux courses ; elle prend le bus sans se perdre et est autonome pour les tâches de base (habillage, toilette, douche, etc). Ainsi, il n'existe pas d'élément permettant de remettre en doute les conclusions de l'enquête à domicile.

Selon le rapport du 5 décembre 2017 des HUG, les activités instrumentales de la vie quotidienne sont nulles alors que les activités de base sont conservées. L'aggravation cognitive est globale. Une inscription préventive en EMS est conseillée.

Le certificat médical indiquant que le mari de la recourante souffre d'atteintes à la santé entravant l'aide qu'il peut apporter à son épouse est insuffisant pour admettre une réduction de l'exigibilité, étant relevé que ces difficultés n'ont pas été alléguées au moment de l'enquête.

La comparaison des status décrits dans les rapports des HUG de juillet et décembre 2017 rend vraisemblable une aggravation de l'état de santé de la recourante en décembre 2017, soit postérieurement à la décision litigieuse.

Une augmentation de la rente ne pourra intervenir qu'en mars 2018 au plus tôt, soit trois mois après l'aggravation de l'état de santé, sur la base d'une invalidité de 70%.

Cela étant, ces faits excèdent l'objet du litige.

18. Par courrier du 26 février 2018, la recourante a pris note de la position de l'intimé et a persisté dans ses conclusions.
19. À la suite de quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

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

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante ainsi que, notamment, sur le statut à lui reconnaître.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de

gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats, ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI; art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]).

6. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie-rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49%, de 50 à 59%, de 60 à 69% ou de 70% ou plus (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

7. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré

accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il

considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. En l'espèce, l'intimé a retenu un statut de ménagère au motif que la recourante n'a plus travaillé depuis 2007, qu'elle a été au chômage en 2007 et 2008, qu'elle a depuis lors cotisé à l'AVS en tant que personne sans activité et que, selon le SMR, l'atteinte à la santé a des répercussions sur sa capacité de travail depuis le 23 mars 2015.

Pour sa part, la recourante soutient que si elle a perdu son emploi et n'a pu en retrouver d'autre, c'est en raison des premiers symptômes de sa maladie et donc de son état de santé.

Il ressort effectivement de l'extrait de compte individuel de la recourante que cette dernière a cessé toute activité professionnelle le 31 janvier 2007, qu'elle a bénéficié d'indemnités chômage en 2007 et 2008 et qu'elle a cotisé à l'AVS en tant que personne sans activité depuis lors. Cela étant, en se contentant d'interpréter l'extrait de compte individuel de la recourante, l'intimé a ignoré plusieurs éléments au dossier pouvant nuancer, voire modifier, son appréciation.

En effet, dans le cadre de l'enquête ménagère d'avril 2017, la recourante a déclaré à l'enquêtrice qu'elle aurait continué à travailler si elle avait été en bonne santé. Elle a également indiqué ne pas être parvenue à retrouver du travail. Dans la mesure où la recourante n'était pas représentée à cette époque et où ses déclarations n'ont fait l'objet d'aucune variation, un certain crédit peut leur être accordé.

S'ajoute à cela que, depuis son arrivée en Suisse, la recourante a toujours travaillé, jusqu'au 31 janvier 2007, et qu'à cette époque, ses filles étaient suffisamment âgées pour ne plus être à sa charge.

Sur le plan médical, l'intimé retient que l'incapacité de travail de la recourante a débuté en mars 2015, s'appuyant sur l'appréciation du SMR et le rapport du 17 janvier 2017 du Dr C_____. Ce faisant, il ne tient pas compte du fait que la dégénérescence fronto-temporale de la recourante a débuté en 2005, selon le Dr C_____, et qu'elle a évolué progressivement, que la recourante a annoncé dans sa demande de prestations des problèmes de santé présents depuis 2009, soit l'année suivant sa période de chômage, et que l'enquêtrice a relevé que la recourante avait perdu progressivement en autonomie pour raisons de santé depuis 2009 (cf. rapport de l'impotence du 25 avril 2017).

L'ensemble de ces éléments nuance l'évaluation du statut de la recourante découlant de son extrait de compte individuel. Toutefois, compte tenu du caractère

sommaire de l'instruction du dossier, la Chambre de céans manque d'informations pour pouvoir trancher la question du statut de la recourante. En effet, le dossier ne contient aucune information au sujet de la situation financière et familiale de la recourante et de son mari entre 2006 et 2009, période durant laquelle l'intéressée a perdu son emploi et bénéficié du chômage. On ignore également les raisons pour lesquelles la recourante a échoué dans sa recherche d'emploi en 2007 et 2008. Enfin, si le Dr C_____ a effectivement considéré que la capacité de travail de la recourante était nulle depuis le 12 mars 2015, il a également précisé que cette date correspondait à la première consultation de la recourante. La question de savoir si l'incapacité de travail de la recourante est antérieure au 12 mars 2015 n'est donc pas élucidée, par plus que celle de l'évolution de sa maladie et de son éventuelle influence sur l'échec à reprendre une activité lucrative.

Partant, l'instruction du dossier étant lacunaire, il appartiendra à l'intimé de clarifier les points qui précèdent, afin que le statut, puis le degré d'invalidité de la recourante puissent être déterminés.

11. Au vu de ce qui précède, le recours est admis partiellement et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision. La cause lui étant renvoyée, l'intimé veillera également à se prononcer sur l'évolution des droits de l'assurée suite à l'aggravation documentée en décembre 2017 et admise par l'OAI.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'750.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 300.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision, portant également sur la période postérieure à décembre 2017.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 1'750.- à titre de participation à ses dépens.
5. Met un émolument de CHF 300.- à la charge de l'intimé.
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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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