

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/597/2012

ATAS/910/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 juillet 2012

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame J_____, domiciliée à Onex, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître PALLY Marlène

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Dana DORDEA, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame J _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1956, mariée, originaire de Serbie et Monténégro, mère de neuf enfants nés entre 1978 et 1991, est arrivée en Suisse le 4 novembre 1994, en provenance du Kosovo. Réfugiée, au bénéfice d'un permis C, l'assurée n'a jamais exercé d'activité lucrative en dehors de son foyer. Elle a effectué l'école primaire au Kosovo jusqu'à l'âge de 15 ans, puis a travaillé dans l'exploitation agricole de ses parents jusqu'à son mariage.
2. L'assurée a déposé une demande prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après OAI) en date du 22 novembre 2002 visant à l'octroi d'une rente.
3. Dans un rapport du 11 décembre 2002, le Dr L _____, chef de clinique du Département de médecine communautaire des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après HUG) a diagnostiqué un état anxio-dépressif avec somatisation, objectivé depuis fin 1999, des dorso-lombalgies chroniques sur trouble statique et insuffisance musculaire, depuis fin 1999, des céphalées chroniques d'origine mixte connues (cervicogènes de tension et possible somatisation)depuis 1994. Selon le médecin, la demande a été effectuée sur conseil de l'assistant social de la patiente, malgré l'absence de certificat médical attestant d'une incapacité de travail prolongée. L'état anxio-dépressif est traité par un anti-dépresseur, sans suivi psychiatrique, car refusé par la patiente. Le pronostic reste réservé, tant que la patiente refuse une prise en charge psychiatrique. S'agissant des céphalées et des dorso-lombalgies, le pronostic est plutôt mauvais, compte tenu de la péjoration des troubles dégénératifs. En revanche, il est bon s'agissant de l'asthme. La patiente doit éviter les travaux physiques intenses et le port de charges lourdes. Un travail léger ne nécessitant pas d'effort physique, à raison de quelques heures par jour est exigible, à 50 % de préférence.
4. Dans le questionnaire servant à déterminer le statut, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle exercerait une activité de blanchisseuse à 50 %, pour des raisons financières.
5. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 13 avril 2004 au domicile de l'assurée, en présence d'une de ses filles. L'assurée a indiqué que sans handicap, elle travaillerait à 100 % pour éviter de devoir aller demander de l'aide à l'Hospice général tous les mois. Elle aurait suivi des cours de français à l'Université ouvrière de Genève (UOG) dès le 5 janvier 2004, à raison de 3 heures par semaine. Elle a dû cependant arrêter les cours après un mois, car cela la fatiguait trop. Son mari n'a jamais pu travailler, car il a été torturé au Kosovo et est arrivé malade en Suisse. Selon l'enquêtrice, l'assurée doit être considérée comme une ménagère, dès lors qu'elle aurait dû travailler dès son arrivée en Suisse pour pallier au manque à gagner, son mari étant arrivé vraisemblablement invalide en Suisse. Les

empêchements retenus à hauteur de 50 % par le médecin-traitant sont surévalués en ce qui concerne les tâches ménagères (13.8 % selon l'enquête).

6. L'OAI a mandaté le Département de psychiatrie des HUG pour expertise. La Dresse M_____, cheffe de clinique adjointe, a rendu son rapport en date du 26 octobre 2004. Elle expose avoir examiné l'assurée en date des 13 juillet 2004, 16 août et 19 août 2004, la traduction ayant été effectuée par une des filles et une nièce de l'expertisée. L'assurée n'a jamais travaillé sur le marché professionnel avant ou après son mariage. Depuis leur arrivée en Suisse, elle et son époux n'ont jamais travaillé et n'ont fait aucune démarche notable pour faciliter leur intégration sociale, tous deux ne parlant encore que leur langue maternelle. L'expertisée se plaint de maux de tête depuis environ six ans, ainsi que de douleurs dans la région lombaire. Elle reste couchée la plupart du temps et affirme ne pouvoir s'occuper des tâches quotidiennes. Ce sont les enfants qui font les courses, préparent les repas et font le ménage. L'assurée les aide de manière irrégulière. Au status psychiatrique, l'examen des fonctions cognitives est dans la norme. La thymie est fluctuante, avec une forte tendance à la clinophilie, étroitement liée au seuil de douleur subjectif. Les capacités de décentration des ruminations anxio-dépressives (ressources internes) sont inexistantes, l'expertisée se laissant aller à une passivité totale face à la maladie. L'utilisation des ressources externes est également très défaillante, se résumant à une consommation médicale inadéquate. Il n'y a pas d'idéation suicidaire exprimée et aucune symptomatologie psychotique floride n'est mise en évidence. L'expert a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger F33.0 et de syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4. Les troubles psychiques diminuent la capacité de travail de l'assurée parce qu'ils ne sont pas correctement traités, alors qu'un exercice physique raisonnable est utile pour soigner la dépression et qu'une remobilisation est fortement conseillée pour améliorer le tonus musculaire. Dans le travail ménager, seules les tâches plus lourdes sont à prendre en considération, avec une diminution de la capacité de travail de 20 %. La capacité de travail peut être améliorée par un suivi psychiatrique et un traitement antidépresseur.
7. Par décision du 2 décembre 2004, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente.
8. Par courrier daté du 29 décembre 2004, reçu par l'OAI le 3 janvier 2005, l'assurée a fait part de ce qu'elle ne pouvait pas travailler à 100 %.
9. Le 31 janvier 2005, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, visant à l'octroi de mesures médicales et d'une rente. Par décision du 21 mars 2005, l'OAI a refusé d'entrer en matière, l'assurée n'ayant pas rendu plausible une modification de sa situation dans le délai imparti.
10. L'assurée a déposé une troisième demande de prestations en date du 3 janvier 2006.

11. Par décision du 27 avril 2006, l'OAI a une nouvelle fois refusé d'entrer en matière, l'assurée n'ayant pas rendu plausible une modification de sa situation.
12. L'opposition de l'assurée a été rejetée par l'OAI en date du 24 août 2006.
13. En date du 4 février 2010, l'assurée a déposé une quatrième demande de rente. Elle a produit un certificat médical établi par le Dr N_____, médecin interne au Département de chirurgie des HUG, attestant d'une incapacité de travail totale du 29 septembre 2009 au 19 octobre 2009, un résumé de séjour du 9 au 10 octobre 2009 aux HUG pour une hernie ombilicale et un rapport d'échographie du coude droit du 15 septembre 2009, effectué suite à une plaie suturée, qui a mis en évidence une petite formation d'environ 5 mm plutôt solide en regard de la portion moyenne de la cicatrice.
14. Dans un certificat médical daté du 24 février 2010, le Dr O_____, spécialiste FMH en médecine générale, indique que l'état de santé de l'assurée s'est aggravé ces dernières années, plus particulièrement depuis août 2006. La patiente présente un asthme sévère avec un syndrome obstructif pulmonaire chronique, des problèmes ostéo-articulaires avec des cervicalgies chroniques sur atteinte dégénérative importante, une gonarthrose bilatérale à prédominance gauche, des lombalgies chroniques, des paresthésies douloureuses de la région cubitale de l'avant-bras et de la main droite, suite à un accident au coude droit de l'été 2009. Sur le plan psychique, elle souffre d'un état dépressif et anxieux chronique et ancien. Le médecin atteste d'une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} octobre 2010.
15. Le Dr P_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive relève dans un certificat non daté mais reçu le 26 février 2010 par l'OAI une évolution défavorable avec aggravation des dysthésies.
16. Le 14 juin 2010, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière que cette dernière a contesté, par l'intermédiaire de sa mandataire.
17. Suivant l'avis du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise rhumato-psychiatrique et mandaté le BUREAU ROMAND D'EXPERTISES MEDICALES (BREM) à cet effet. L'assurée a été examinée en date du 24 février 2011 par le Dr Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine interne, et la Dresse R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, avec la collaboration d'une interprète de la Croix-Rouge. L'assurée se plaint de douleurs ostéo-articulaires diffuses dans tout le corps, le genou gauche et l'avant-bras droit. Sur le plan psychique, aux questions ciblées, elle dit ressentir parfois de l'anxiété se manifestant par une boule à l'estomac, des difficultés à respirer, des tremblements et une transpiration. Elle ne souffre pas d'attaque de panique, de phobie, de symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique, de trouble affectif

bipolaire ou d'une psychose. Au status clinique, la recherche de points douloureux pour une fibromyalgie met en évidence la présence des 18 points sur 18. Le status psychique ne met pas en évidence de ralentissement psychomoteur ou de fatigabilité. Dans les troubles thymiques est présente une déprime. Des ruminations sont relatées sans idée noire, idée passive de mort ou idéation suicidaire. L'assurée se place en position de dépendance, elle est passive, dans l'attente d'une solution de l'extérieur. Le seuil anxiogène est en partie abaissé. Les défenses sont de l'ordre du déni et de la rationalisation, la pensée est focalisée sur le corps. Les capacités de mentalisation sont pauvres. Dans les éléments florides de la lignée dépressive sont présents un abaissement de l'humeur, un manque d'énergie vitale auquel l'assurée relate des troubles du sommeil dus aux douleurs, associés à des ruminations. Ces symptômes correspondent tout au plus à une dysthymie. Au titre de diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, les experts retiennent des lombalgies chroniques sur une discarthrose sévère L5-S1, depuis 1999, des cervicalgies chroniques sur une uncarthrose étagée de C4 à C7, depuis 2007 et un status après révision chirurgicale d'une plaie du coude droit et neurolyse extensive du nerf cubital et paresthésies résiduelles, depuis 2009. Les autres diagnostics, à savoir majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, dysthymie, fibromyalgie, obésité, maladie asthmatique et chondrocalcinose des deux genoux sont sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'appréciation du cas, les experts relèvent sur le plan somatique que l'assurée doit éviter les mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit et les mouvements de flexion et extension du rachis, le port de charges de plus de 5 kilos, les mouvements répétés avec l'avant-bras droit. La présence d'une chondrocalcinose des deux genoux n'a pas d'influence, en dehors de crises, sur la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, le traitement d'amitriptyline a pour but d'élever le seuil de la douleur et non pas d'agir sur la thymie, aucun suivi psychiatrique n'ayant été mis en place. L'assurée allègue d'importantes douleurs empêchant toute activité, même ménagère, mais elle peut se rendre annuellement en avion au Kosovo, se promener le week-end avec son fils, faire des courses avec ses filles et passer les soirées à discuter avec ses enfants. Lorsque les douleurs sont relatées, l'assurée présente un comportement démonstratif correspondant à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'expert psychiatre ne retient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, en l'absence de détresse majeure ou de conflit psychique conséquent, et ne retient aucune incapacité de travail. En conclusion, les pathologies physiques dont est affectée l'assurée entraînent une incapacité de travail de 30 % dans l'activité de ménagère. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière.

18. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée en date du 8 novembre 2011. Selon l'enquêtrice, sans handicap, l'assurée n'exercerait aucune activité lucrative, car elle a toujours été femme au foyer, elle a mis au monde et éduqué neuf enfants. Elle ne parle pas français et ne comprend

partiellement, et n'a jamais fait de démarche pour travailler. L'empêchement dans les activités ménagères a été évalué à 22,5 % en tenant compte de l'aide apportée par les autres membres de la famille.

19. Par décision du 23 janvier 2012, l'OAI, se fondant sur l'expertise et l'enquête ménagère, a refusé le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles.
20. Représentée par sa mandataire, l'assurée interjette recours en date du 23 février 2012. Elle conclut à l'annulation de la décision de l'OAI et à l'octroi d'une rente, subsidiairement de mesures professionnelles. La recourante récapitule les affections dont elle est atteinte et les douleurs qu'elle ressent, qui l'empêchent d'effectuer ses tâches ménagères. Elle soutient que son état de santé s'est aggravé, ainsi que le Dr S_____ l'atteste, tant sur le plan somatique que psychologique.
21. Dans sa réponse du 5 mars 2012, l'OAI conclut au rejet du recours, se référant aux conclusions de l'expertise et de l'enquête ménagère.
22. Après communication de cette écriture à la recourante, la cause a été gardée à juger le 19 mars 2012.
23. Le 22 mars 2012, la mandataire de la recourante a communiqué à la Cour de céans copie d'un certificat établi par la Dresse T_____, médecin généraliste du GROUPE MEDICAL D'ONEX, selon lequel l'état de santé physique et psychique de la patiente s'est progressivement aggravé depuis ces dernières années.
24. Ce document a été communiqué à l'intimé en date du 23 mars 2012.
25. Par décision du 27 mars 2012, la Vice-présidente du Tribunal civil a admis la recourante au bénéfice de l'assistance juridique dans le cadre de la présente procédure.
26. Sur 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. A 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. Cela étant, 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 345 consid. 3).

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité.
5. La Cour de céans relève à titre liminaire que l'intimé, au vu des éléments communiqués par la recourante, est entré en matière sur sa nouvelle demande et a mis en œuvre une expertise rhumato-psychiatrique, ainsi qu'une enquête ménagère.
6. a) 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). Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art 8 al. 3 LPGA). L'art. 7 al. 2 est applicable par analogie.

b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

c) 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 et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1)

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. Le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion d'admettre la conformité aux art. 5 al. 1 LAI et 27 al. 1 et 2 RAI de cette pratique administrative (ATFA non publiés du 9 avril 2001, I 654/00, du 22 août 2000, I 102/00 et du 15 novembre 1999, I 331/99). 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 faille faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (ATFA non publié du 22 décembre 2003, I 311/03).

d) 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 convient d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue.

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les

écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

8. En l'espèce, l'intimé a retenu un statut de personne non active, ce que la recourante ne conteste pas. En effet, elle n'a jamais travaillé hors de son foyer, s'est toujours consacrée à son ménage, à l'éducation de ses neuf enfants et n'a jamais cherché un emploi depuis son arrivée en Suisse.

Sur le plan médical, les experts ont examiné la recourante en date du 24 février 2011 et fait procéder à des examens radiologiques complémentaires. Le rapport d'expertise comporte une anamnèse familiale, personnelle et sociale détaillée, réalisée avec le concours d'une interprète. Au status clinique, l'examen de l'appareil locomoteur n'a objectivé aucune contracture musculaire, l'examen neurologique ne montrait pas de diminution de la force aux quatre membres, la recherche de signe d'arthrite et d'arthrose s'est révélée négative. En revanche, la recherche de points douloureux pour une fibromyalgie a mis en évidence la présence des 18 points sur 18. L'expert a retenu, sur le plan somatique, des lombalgies chroniques sur une discarthrose sévère L5-S1, des cervicalgies chroniques sur une uncarthrose étagée de C4 à C7, un status après révision chirurgicale d'une plaie du coude droit et neurolyse extensive du nerf cubital et des paresthésies résiduelles. Ces pathologies et les limitations fonctionnelles qu'elles engendrent entraînent une incapacité de travail de 30 % dans l'activité de ménagère ; dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière. Du point de

vue psychiatrique, l'expert psychiatre n'a retenu qu'une dysthymie, sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert relève que pendant plusieurs années, malgré les recommandations des somaticiens, la recourante a refusé toute prise en charge psychiatrique. La prescription d'antidépresseurs en 2006 n'a pas entraîné d'amélioration, mais aucun taux sérique n'a été effectué. Par la suite, la recourante a été uniquement sous traitement d'amitriptyline dans le but d'élever le seuil de la douleur. La recourante ne présente pas de détresse majeure ou de conflit psychique conséquent. En revanche, lorsque les douleurs sont relatées, la recourante présente un comportement démonstratif correspondant à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Du point de vue psychiatrique, la capacité de travail est entière dans une activité simple.

La Cour de céans constate que le rapport d'expertise est complet et circonstancié, que les médecins ont pris en compte les plaintes de la recourante, que leurs conclusions sont claires et bien motivées, de sorte qu'il revêt pleine valeur probante. Quant aux rapports des Drs U_____, S_____ et de la Dresse T_____ faisant état d'une aggravation de l'état de santé, ils ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions des experts. En effet, outre le fait que les rapports des médecins traitants doivent être appréciés avec retenue, ils ne font pas état d'éléments qui n'auraient pas été portés à la connaissance des experts et dont ils n'auraient pas tenu compte.

La Cour de céans se rallie en conséquence aux conclusions de l'expertise du BREM.

9. Cela étant, au vu du statut de ménagère, l'évaluation de l'invalidité doit se faire sur la base de l'enquête économique effectuée par l'intimée au domicile de la recourante. En l'espèce, l'enquêtrice a retenu des empêchements de 22,5 % en tenant compte de l'aide apportée par les membres de la famille.

La Cour de céans rappelle à cet égard que 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 (arrêt non publié C. du 8 novembre 1993, I 407/92; arrêt S. du 11 août 2003, I 681/02). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également N_____, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222).

La recourante ne remet pas fondamentalement en cause les conclusions de l'enquête ménagère, se bornant à réitérer ses multiples plaintes et à déclarer qu'elle est dans l'incapacité de s'intégrer dans le monde social. Or, ce dernier point a été réfuté par les experts du BREM.

Au vu de ce qui précède, il convient de se référer aux conclusions de l'expertise et de l'enquête économique sur le ménage selon laquelle la recourante présente un degré d'invalidité de 22,5 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Quant aux mesures professionnelles, elles n'apparaissent pas indiquées, étant relevé qu'elles ne sont au demeurant pas requises. Ainsi que l'intimé l'a souligné, une aide au placement pourrait être octroyée, sur demande motivée.

10. Mal fondé, le recours est rejeté.
11. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510.03).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.
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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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