

c o n s i d é r a n t e n f a i t

A. A._____, née en 1960, mariée, ressortissante B._____, domiciliée à C._____, violoncelliste de formation, est arrivée en Suisse le 5 septembre 1996. Depuis son entrée dans notre pays, elle n'a exercé aucune activité lucrative.

Le 5 janvier 2007, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: l'OAI), en raison d'un conflit sous-acromial à droite, d'une bursite sous-acromiale à droite avec status post infiltration sous-acromiale, d'un status post bursite trochantérienne de la hanche droite, d'un syndrome lombo-vertébral chronique sur trouble statique et discopathie L5-S1. En outre, les médecins consultés ne s'entendent pas sur un diagnostic supplémentaire, celui d'hyperlaxité ligamentaire ou de syndrome d'Ehlers-Danlos. L'assurée a requis un reclassement dans une nouvelle profession et une rente.

Après avoir procédé à des mesures d'instruction, dont notamment la mise sur pied d'une expertise rhumatologique et d'une expertise psychiatrique, l'OAI a retenu qu'elle ne subit aucun empêchement du point de vue psychiatrique et que, du point de vue rhumatologique, elle est limitée dans les travaux de force et les travaux répétitifs impliquant le membre supérieur droit. Selon l'enquête ménagère effectuée à son domicile le 29 mai 2007, elle présente des empêchements dans l'accomplissement de ses tâches ménagères de 23 %. Partant, il a refusé de prester par décision du 18 mars 2008.

B. Contre cette décision, A._____, représentée par Intégration handicap interjette recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal en date du 29 avril 2008. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'office intimé pour motivation sur le choix de la méthode d'évaluation de son invalidité ainsi que pour détermination sur les arguments présentés par la Dresse D._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, au sujet du "Syndrom der ligamentären Hyperlaxität". A l'appui de ses conclusions, elle ne fait valoir que des arguments formels ayant trait à la violation de l'obligation de motiver et à celle du droit d'être entendu.

Le 30 mai 2008, la recourante a versé une avance de frais de 800 francs.

Dans ses observations du 10 septembre 2008, l'OAI propose le rejet du recours. Il relève que la décision querellée mentionne clairement que l'invalidité des assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative est évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir les travaux habituels. D'après lui, on peut dès lors aisément en déduire que la méthode d'évaluation dite spécifique a été choisie précisément parce qu'il considère que l'assurée, sans atteinte à la santé, n'exercerait pas d'activité lucrative. Sur le fond, il explique également pourquoi il a retenu cette méthode. A son avis, il ressort en outre également clairement de la décision querellée que les éléments rapportés tant par la recourante que par la Dresse D._____ n'ont pas permis de mettre en doute la pertinence des conclusions des experts.

Dans ses contre-observations du 13 novembre 2008, la recourante persiste dans ses griefs formels de violation du droit d'être entendu. Elle estime ainsi que l'OAI n'a pas motivé sa décision du 18 mars 2008, notamment en ne s'exprimant pas sur les

arguments soulevés par la Dresse D._____. L'OAI ne lui a en outre pas transmis le dossier dans son intégralité dès lors que n'y figurait pas la pièce intitulée "Proposition relative au taux d'invalidité des personnes s'occupant du ménage". Enfin, il n'a pas expliqué, même de manière sommaire, pourquoi il a fait application de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Ces violations du droit d'être entendu ne peuvent à son sens être réparées devant l'Instance de céans, raison pour laquelle la décision doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée.

Par la suite, la recourante a adressé à la Cour de céans plusieurs nouveaux rapports médicaux qui retiennent que sa capacité résiduelle de travail est soit nulle, soit restreinte. Ces rapports, lesquels ont été soumis à l'OAI pour éventuelle prise de position, ne l'ont toutefois pas amené à changer son point de vue.

Il n'y a pas eu d'autre échange d'écritures entre les parties.

Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

e n d r o i t

1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.
2. Les dispositions légales prévoyant notamment la suppression du principe de la gratuité de la procédure, dispositions introduites dans le cadre de la première partie de la cinquième révision de l'AI et entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2006, sont ici applicables.

Les modifications de la loi sur l'assurance-invalidité du 6 octobre 2006 (2^{ème} partie de la 5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), les circonstances commandent d'examiner le bien-fondé de la décision du 18 mars 2008 à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1^{er} janvier 2008, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1, 129 V 1 consid. 1.2).

3. En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante est en droit d'obtenir une rente d'invalidité.

Dans son recours et ses écritures subséquentes, elle reproche toutefois uniquement à l'autorité intimée de n'avoir pas motivé sa décision quant au choix de la méthode utilisée, de n'avoir pas non plus suffisamment discuté ses objections et notamment les arguments présentés par la Dresse D._____. Enfin, elle estime que ce droit a également été bafoué dans la mesure où elle n'a pas eu connaissance de la proposition faite par l'enquêteur sur les empêchements auxquels elle est confrontée dans la tenue de son

ménage. Ce grief doit être examiné à titre liminaire dans la mesure où, s'il devait recevoir une réponse positive, il scellerait le sort du présent litige.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), l'assureur doit en effet motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties; cette obligation a au demeurant été déduite par la jurisprudence du droit d'être entendu, garanti par l'article 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst.; RS 101], afin que le destinataire de la décision puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties. Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 129 I 232 consid. 3.2, 126 I 97 consid. 2b). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la potentielle gravité des conséquences de la décision et des circonstances du cas particulier; plus la liberté d'appréciation ou la latitude de jugement de l'autorité est importante et plus la mesure prise porte atteinte aux droits des particuliers, plus la motivation doit être circonstanciée (ATF 112 Ia 107 consid. 2b, 133 II 429).

Selon la jurisprudence, le droit de consulter les documents internes de l'administration ne peut être déduit ni des normes sur la consultation du dossier contenues dans la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021) ou dans la LPGA, ni de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (SVR 2007 IV no 48 156 consid. 3.4; ATF 125 II 473, 115 V 297 consid. 2g). On qualifie de documents administratifs internes les documents qui n'ont pas le caractère de preuves dans une procédure, mais qui sont d'usage interne et sont destinés à faciliter la tâche de l'organe de décision, qui doit se former une opinion sur l'affaire à traiter (p. ex. projets, propositions, notes, rapports, etc.). En ne donnant aucun droit à la consultation de ces documents, on empêche que soient entièrement divulgués d'autres éléments que ceux que l'organe administratif a considérés comme décisifs ou qui ont été mentionnés dans la motivation de la décision elle-même. Les rapports et expertises internes à l'administration qui portent sur les questions litigieuses liées à l'état de fait ne sont pas considérées comme des pièces internes; elles doivent pouvoir être consultées car le droit d'être entendu, à quelques exceptions près, comprend celui de participer à l'administration des preuves menée par l'administration et de s'exprimer à cet égard. En revanche, il n'en va pas de même des rapports établis par des experts de l'administration que se limitent à apprécier, de leur point de vue de spécialiste, des faits en soi établis (ATF 115 V 207, 104 Ia 69).

b) En l'espèce, la décision litigieuse mentionne expressément que l'invalidité des personnes qui n'exerçaient pas d'activité lucrative est évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir les travaux habituels. S'en suit un tableau listant les travaux ménagers, la pondération faite en fonction du ménage de l'assurée, les empêchements constatés lors de l'enquête et le taux d'invalidité en résultant pour chacun d'entre eux. On ne peut dès lors que comprendre que c'est la méthode d'évaluation dite spécifique qui a été choisie par l'autorité intimée. Celle-ci n'avait en outre pas de raisons de motiver plus avant ce choix dès lors que l'assurée ne l'a nullement remis en cause lorsqu'elle

s'est rendue le 28 janvier 2008 dans les bureaux de l'OAI pour déposer oralement ses objections au projet de décision du 3 janvier précédent, lequel contient déjà rigoureusement les éléments susmentionnés. En effet, il ressort du procès-verbal dûment signé par la recourante qu'elle s'est limitée à discuter les diagnostics posés et à demander une contre-expertise rhumatologique.

Quant au deuxième reproche fait à l'autorité intimée, celle-ci précise d'une part, dans la décision attaquée, qu'après examen, elle constate qu'aucun nouvel élément ne lui permet de revoir sa position et elle explique, d'autre part, s'être basée sur les expertises médicales effectuées par le Dr E. _____ et par le Dr F. _____. La première partie de la phrase, qui ne figurait pas dans le projet de décision, fait référence directe au rapport médical de la Dresse D. _____ dès lors que ce document a été déposé par l'assurée à l'appui de ses objections orales du 28 janvier 2008. L'OAI a estimé - et expressément mentionné dans la décision - qu'à son sens ce rapport n'apportait aucun élément nouveau. A lire cette pièce, on constate effectivement que la médecin se limite pour l'essentiel à discuter les diagnostics posés par les experts et à proposer une nouvelle expertise. S'agissant d'une invalidité dont l'évaluation repose non pas principalement sur une appréciation médicale mais sur les empêchements constatés dans l'accomplissement des tâches ménagères lors d'une enquête à domicile (cf. consid. 5 ci-dessous), l'OAI n'avait manifestement pas à développer son argumentaire à cet égard. En outre, dans la mesure où il fait siennes les conclusions des experts, il énonce par là-même les motifs pertinents qui l'ont guidé et sur lesquels repose sa décision. Par conséquent, quand bien même sa motivation n'est pas détaillée, ses explications étaient suffisantes pour permettre à la recourante de saisir la portée de la décision entreprise.

Au demeurant, même si l'on devait admettre une violation du droit d'être entendu, force est d'admettre qu'elle n'est pas crasse au point de ne pas autoriser sa réparation par-devant l'Instance de céans qui dispose d'un plein pouvoir de cognition. L'autorité intimée s'est en effet longuement déterminée sur les raisons qui l'ont incitée à faire application de la méthode spécifique tout comme celles qui l'ont conduite à ne pas retenir le rapport de la Dresse D. _____ dans ses observations du 10 septembre 2008. L'assurée a toutefois persisté dans ses conclusions formelles dans ses contre-observations du 13 novembre 2008.

Enfin, elle estime que le document intitulé "Proposition relative au taux d'invalidité des personnes s'occupant d'un ménage" émanant de l'enquêteur aurait dû figurer dans le dossier de l'OAI remis pour consultation. Ce document constitue toutefois un document interne qui ne doit pas obligatoirement être tenu à la disposition des parties, au contraire de l'enquête économique sur le ménage. Cette dernière contient en effet les constatations de l'enquêteur et surtout les indications de l'assurée quant à ses atteintes à la santé, à la description de son ménage et des difficultés rencontrées dans l'accomplissement de ses travaux ménagers eu égard aux limitations qu'elle présente. Cette pièce doit impérativement être versée au dossier dès lors qu'elle est à la base de la décision qui est ensuite rendue et qu'elle porte sur les faits qui doivent précisément être établis. Elle figure d'ailleurs bel et bien au dossier constitué. Le document contesté constitue en revanche la proposition d'un spécialiste de l'administration fixant les empêchements présentés par l'assurée, compte tenu de la pondération des différentes activités et de l'atteinte à la santé de l'assurée, telle qu'elle ressort des faits établis dans l'enquête elle-même et dont il résulte le taux d'invalidité. Or, la fixation de ce taux est de la compétence de l'OAI et le document en question sert précisément à lui permettre de se forger une opinion et de rendre la décision qui lui incombe. On doit dès lors admettre

qu'il s'agit bien là d'une pièce interne à l'administration. Au demeurant, la proposition de l'enquêteur, laquelle ne consiste qu'en un tableau regroupant toutes les indications susmentionnées, y compris le taux d'invalidité posé en regard de chacune des activités ménagères et le taux global, a été repris intégralement dans le projet de décision du 3 janvier 2008 puis également dans la décision du 18 mars suivant. La proposition a de plus finalement également été transmise à l'assurée. Dans ces circonstances, la Cour de céans estime qu'elle ne se trouve nullement en présence d'une violation du droit d'être entendu.

Partant, mal fondé, ce grief doit être rejeté. Il sied dès lors d'entrer en matière sur le fond du litige.

4. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, également applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Selon l'art. 28 LAI, al. 1 ou 2 selon la version en vigueur avant et après le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux d'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière.

Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

b) D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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.

L'ancien Tribunal fédéral des assurances a jugé que les principes développés par la jurisprudence sur les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité et de révision ainsi que sur la détermination du taux d'invalidité s'appliquent en principe également sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343).

c) D'après l'art. 28 al. 2^{bis} LAI (en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), qui correspond à l'actuel art. 28a al. 2 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, l'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels.

Aux termes de l'art. 28 al. 2^{ter} LAI (également en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), puis 28a al. 3 LAI depuis le 1^{er} janvier 2008, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28 al. 2^{bis}, puis l'art. 28a al. 2 LAI dès le 1^{er} janvier 2008, pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de

l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité.

La jurisprudence rendue sur l'application de la méthode mixte prévue à l'ancien art. 27^{bis} du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) pour l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel n'est pas modifiée avec l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 130 V 393).

L'ancien art. 28 al. 2^{ter} LAI, puis l'art. 28a al. 3 LAI, consacre la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour cent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (SVR 1996 IV no 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références). L'invalidité totale s'obtient en additionnant les degrés d'invalidité correspondant aux parts respectives attribuées aux activités lucrative et non lucrative (VSI 1999 p. 231 consid. 2b et les références).

La jurisprudence considère que la méthode mixte permet justement un traitement respectant le principe de l'égalité des droits. En outre, dès lors qu'il n'a pas modifié sa jurisprudence à ce propos, mais qu'il l'a au contraire confirmée, la haute Cour fédérale tient cette méthode mixte pour conforme au droit matrimonial entré en vigueur le 1^{er} janvier 1988 (cf. art. 163 CC; RCC 1992 p. 139 et 140 consid. 2c; ATF 125 V 146 / VSI 1999 p. 231 consid. 5d; cf. ég. VSI 2001 p. 155).

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 (Tribunal fédéral, arrêt non publié 9C_693/2007 du 02.07.2008; ATF 128 V 93).

La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste 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; Tribunal fédéral, arrêts non publiés I 308/04 du 14.01.2005 consid. 6.2, I 249/04 du 06.09.2004 consid. 5.1.1, I 155/04 du 26.07.2004 consid. 3.2, et I 685/02 du 28.02.2003 consid. 3.2).

Toutefois, en présence de troubles d'ordre psychique, l'enquête sur les activités ménagères ne constitue pas un moyen de preuve approprié pour évaluer le degré d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage. 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. Aussi, les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels ont-elles plus de poids que l'enquête à domicile (Tribunal fédéral, arrêts non publiés I 99/00 du 26.10.2000 consid. 3d/VSI 2001 p. 155, 311/03 du 22.12.2003 consid. 5.2 et I 497/02 du 14.08.2003 consid. 2.2).

d) Selon la jurisprudence, le choix de l'une des trois méthodes d'évaluation du degré d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépend 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 catégories en fonction de ce qu'il aurait fait – les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes – si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (Tribunal fédéral, arrêt non publié I 85/07 du 14.04.2005 consid. 3.2; ATF 125 V 146).

5. a) Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si c'est à juste titre que l'autorité intimée a fait application de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité et retenu que, sans atteinte à la santé, l'assurée n'aurait pas exercé d'activité lucrative alors que cette dernière affirme au contraire qu'elle aurait œuvré comme violoncelliste à plein temps.

Conformément à la jurisprudence susmentionnée, dite méthode est retenue lorsqu'un assuré n'a pas exercé d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à sa santé et qu'il n'a pas envisagé de manière vraisemblable en prendre une jusqu'au prononcé de la décision de l'administration.

A cet égard, la Cour de céans relève que la recourante est arrivée en Suisse le 5 septembre 1996 pour jouer dans un orchestre. Elle a fait la connaissance de son mari, l'a épousé peu de temps après, mais n'a jamais exercé une quelconque activité lucrative. Selon le rapport du 1^{er} entretien pluridisciplinaire du 26 février 2007, sous la rubrique "Parcours professionnel", il est indiqué que, depuis son entrée en Suisse, elle n'a jamais joué dans un orchestre alors qu'elle était invitée dans notre pays à cet effet. Elle n'a pas non plus pu faire reconnaître son diplôme de violoncelliste (équivalence). Selon ce rapport de février 2007, sous la rubrique "Situation socio-familiale", elle a déclaré avoir dû arrêter de jouer du violoncelle ainsi que certaines activités physiques. Elle affirme en outre avoir postulé, sans succès, à des postes de vendeuse, d'aide-infirmière ou de dame de nettoyage. De l'enquête économique sur le ménage, il ressort qu'elle n'a jamais travaillé en Suisse car elle et son mari désiraient avoir un enfant, projet qui, malgré plusieurs

démarches médicales, a finalement échoué. Elle a également ajouté que, *"vu les échecs des tentatives d'avoir un enfant, elle se sent seul[e] à la maison, elle ressent le besoin de pouvoir travailler à 100 % comme [violoncelliste] [...]"*. Dans le cadre de l'entretien pluridisciplinaire de février 2007 déjà évoqué, l'assurée a précisé qu'elle avait fait une fausse-couche en 2003, alors qu'elle avait 43 ans, et estime que c'est suite à cette grossesse que ses problèmes actuels ont débuté. Dans sa demande de prestations du 8 janvier 2007, elle a également indiqué que ses problèmes de santé ont commencé en 2003.

Il ressort de ce qui précède que, lorsqu'elle est arrivée en Suisse, l'assurée avait l'intention de travailler puisqu'elle a déclaré qu'elle avait été invitée pour jouer dans un orchestre. En outre, à cette époque manifestement, sa santé lui permettait de le faire. Il est en outre établi qu'elle s'est rapidement mariée et qu'elle n'a finalement jamais exercé d'activité lucrative. Elle et son époux avaient le désir d'avoir un enfant. Il faut dès lors admettre que l'absence d'activité lucrative de la recourante depuis son entrée en Suisse en 1996, plus de dix ans avant sa demande de prestations auprès de l'OAI, n'est nullement en lien avec sa situation médicale. Il apparaît bien plus que c'est par choix personnel qu'elle n'a pas exercé d'activité lucrative. De plus, elle n'a pas réussi à rendre vraisemblable les postulations multiples qu'elle déclare avoir faites et concède n'avoir jamais entrepris de démarches auprès de l'assurance-chômage. Même dans son recours, elle ne prend pas la peine de se déterminer plus avant à cet égard. Depuis sa fausse-couche en 2003, date qui correspond en outre au début de ses problèmes de santé selon ses propres déclarations, et à tout le moins jusqu'au prononcé de la décision contestée, il en va de même. L'assurée a déposé sa demande de prestations en 2007 seulement, quatre années après sa grossesse. Si elle était véritablement déterminée à reprendre une activité lucrative adaptée à son état de santé, on ne comprend dès lors pas pourquoi elle a tant attendu avant de demander un reclassement professionnel, compte tenu en outre de son âge. Là non plus, elle ne réussit pas à rendre vraisemblable qu'elle était décidée à exercer une activité lucrative, se bornant à affirmer avoir entrepris de nombreuses démarches dans ce sens. Dans ses différentes écritures dans le cadre de la présente procédure, elle n'apporte enfin aucun élément permettant d'apporter plus de crédit à ses allégations.

Dans de telles circonstances, il n'y a aucune raison d'admettre que, à tout le moins lorsque la décision a été rendue, elle aurait, sans atteinte à la santé, exercé une activité lucrative à plein temps. C'est ainsi à bon droit que l'OAI a utilisé la méthode spécifique pour déterminer son invalidité.

b) Cela étant, il convient encore de déterminer son taux.

S'agissant de son état de santé, il ressort du volumineux dossier médical que l'assurée souffre d'atteintes somatiques, en particulier d'un conflit sous-acromial à droite, bursite sous-acromiale à droite avec status post infiltration sous-acromiale, status post bursite trochantérienne hanche droite, syndrome lombo-vertébral chronique sur trouble statique et discopathie L5-S1. En outre, les médecins se battent sur un diagnostic supplémentaire: les uns prétendent qu'elle souffre d'hyperlaxité ligamentaire et les autres qu'elle est atteinte du syndrome d'Ehlers-Danlos de type III, type qui serait invalidant. L'expert psychiatrique exclut toutefois toute comorbidité psychiatrique, se contentant d'évoquer un éventuel trouble somatoforme douloureux, dont les manifestations sont avant tout également somatiques. En présence de telles atteintes, il importe dès lors peu de trancher la question du diagnostic contesté par les médecins. En

effet, en l'absence de trouble psychique, est prioritairement déterminante, pour fixer l'invalidité des personnes qui s'occupent des tâches ménagères, l'enquête ad hoc réalisée sur place.

A cet égard, soulignons que la recourante n'a pas contesté l'enquête en soi, ni les informations qui y sont contenues; en particulier, elle ne conteste pas la pondération des différentes tâches et les empêchements fixés. Il sied néanmoins de relever que l'enquêteur avait dans un premier temps introduit sous la rubrique "Divers" un taux de 45 % pour tenir compte de son activité de violoncelliste, laquelle lui demandait autrefois environ 6 heures de travail par jour. Comme cette activité constitue pour elle la seule activité lucrative qu'elle envisage, elle ne peut à juste titre pas être intégrée dans ce tableau, lequel recense les tâches ménagères et autres activités non lucratives exclusivement.

Cela étant, la pondération des tâches, telle qu'elle figure dans la décision attaquée, apparaît tout à fait correcte compte tenu de la grandeur du ménage et des conditions dans lesquelles elles sont réalisées. Les empêchements tiennent en outre raisonnablement compte des problèmes rencontrés par l'assurée dans son quotidien: en particulier, ils sont compatibles avec les limitations fonctionnelles évoquées par les médecins, même si ces dernières ont été indiquées dans le cadre de l'examen de l'exercice d'une activité lucrative. Ainsi, les médecins excluent les travaux de forces répétitifs impliquant le membre supérieur droit, tout comme les activités physiques excessives, l'assurée devant néanmoins maintenir une activité physique régulière de niveau modéré. Rappelons ici que, compte tenu de l'obligation de diminuer le dommage à laquelle la recourante est tenue, elle doit notamment exiger le concours de son époux pour l'aider dans ces différentes tâches. Pour l'entretien du logement, un empêchement de 50 % a été retenu, taux qui semble adapté à la situation de la recourante, tout comme le 30 % fixé pour les emplettes et courses diverses. Quant à l'entretien des vêtements, dont l'empêchement est de 20 %, il tient compte notamment de ce que l'assurée n'a jamais repassé son linge, indépendamment de ses problèmes de santé, et de ce que le couple a trouvé une solution pour mener à bien cette activité-là. Il résulte de ce qui précède que le taux d'invalidité présenté par l'assurée se monte bel et bien à 23 %, taux insuffisant pour lui permettre de prétendre à une rente.

Sur le vu de ce qui précède, son recours, mal fondé, doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Les frais de procédure, fixés à 800 francs, sont mis à la charge de l'assurée qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance de frais du même montant.

l a C o u r a r r ê t e :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de procédure, par 800 francs, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec l'avance du même montant.
- III. Aucune indemnité de partie n'est allouée.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Givisiez, le 27 mai 2011/ape

Le Greffier :

La Présidente :

Communication.