RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1146/2020 **ATAS/600/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 juin 2021

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER	recourante

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1971 en République de Serbie, est mariée et mère de trois enfants majeurs, nés respectivement en 1995, 1996 et 1997. Elle a fréquenté l'école primaire dans son pays et n'a aucune formation certifiée. Arrivée en Suisse le 27 décembre 2006, elle est titulaire d'un permis F.

2. Les 18 janvier 2012 et 13 mars 2019, l'assurée a fait des demandes de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) en vue d'obtenir des prothèses auditives, en raison d'une baisse de l'acuité auditive, demandes auxquelles l'OAI a fait droit par décisions des 25 avril 2012 et 7 mai 2019.

3. Le 25 octobre 2019, l'OAI a reçu une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et rente) de l'assurée. Elle indiquait avoir été en incapacité complète de travail de 2006 à 2019, souffrir d'une atteinte décrite comme « divers problèmes sanitaires » depuis 2014 et être en traitement depuis 2018 au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégré des Hôpitaux universitaires de Genève, département de santé mentale (ci-après : CAPPI).

4. Dans un rapport rempli à l'attention du Secrétariat aux migrations (ci-après : SEM) et versé au dossier de l'OAI le 25 octobre 2019, le médecin traitant de l'assurée, le docteur B_____, relevait que sa patiente avait été suivie en institution dès 2007 et plus spécifiquement au CAPPI des Eaux-Vives depuis le 19 novembre 2018. De l'anamnèse dressée par ce médecin, il ressortait que l'assurée était femme au foyer et vivait avec son époux et leurs trois enfants majeurs à Genève. Elle prenait des cours de français deux fois par semaine et faisait des séances hebdomadaires de physiothérapie. Elle avait rapporté avoir subi des événements de guerre très traumatiques au Kosovo à l'issue desquels elle avait développé des symptômes d'un état de stress post-traumatique (ci-après : ESPT) et reçu des médicaments psychotropes (Fluoxetine, Benzodiazepine) par un psychiatre sur place. Par la suite, elle avait vécu chez sa belle-famille où elle avait été agressée sexuellement par son beau-frère. En raison d'un conflit de famille et de menaces de mort qui planaient sur elle et son mari, ces derniers ont vendu leur terrain et quitté leur pays pour migrer en Suisse, en 2006. Arrivée au Centre d'enregistrement des requérants d'asile à Vallorbe, elle avait présenté des troubles du comportement ayant nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique, du 30 janvier 2007 au 23 mars 2007. Elle avait développé des crises dissociatives avec un état dépressif sévère. Sur le plan psychiatrique, l'état thymique avait peu évolué avec une patiente restée très fragile, passive, elle manquait d'initiative et présentait des plaintes somatiques au premier plan. La thymie était neutre à triste, les affects étaient mobilisables et congruents au contenu de la pensée. Était en outre ajouté par le médecin dans le chapitre des douleurs et troubles annoncés : « persistance du conflit de couple avec agression verbale. Problème de couple et notion de violence conjugale en début 2010 de la part de son mari et violence psychologique. Se fait insulter par la famille car n'arrive pas vu son état à être une aide dans la vie familiale. Le réseau social est

pauvre ». Lors des consultations mensuelles, la patiente était ponctuelle, observante du suivi médical malgré une anxiété anticipatoire, calme, collaborante, bien orientée et ne souffrait pas de déficit de l'attention ni de la concentration. Son discours était cohérent, fluide, clair et informatif mais pauvre, son humeur neutre ou triste. La patiente présentait au premier plan une anxiété face à ses problèmes physiques et décrivait une angoisse récurrente de mort et beaucoup de préoccupations pour l'avenir de sa famille. Elle rapportait des idées noires passagères et fluctuantes, mais pas d'idéation suicidaire. Il n'y avait pas de symptômes florides de la lignée psychotique. L'appétit était conservé mais diminué, le sommeil perturbé (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, levers précoces). La patiente était généralement nosognosique. Sur le plan médicamenteux, elle comprenait l'indication du traitement psychotrope et y adhérait, tout en présentant des difficultés à accepter toute adaptation ou modification et était très pessimiste sur son efficacité clinique. Au sujet de l'évolution, le médecin indiquait que sur le plan psychiatrique, l'état clinique de sa patiente s'était fortement amélioré dans un premier temps depuis sa sortie d'hospitalisation (2007) dans le sens où elle n'avait plus présenté d'état dissociatif. Mais l'état anxieux et thymique avait très peu évolué avec une patiente qui restait très fragile. Les diagnostics étaient « trouble panique (F41.0 selon ICD 10) - trouble psychosomatique multiple – hypochondrie (F45.2 selon ICD 10) - état de stress post-traumatique (F43.1 selon ICD 10). Le traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré comprenait un suivi mensuel et une médication quotidienne (Venlafaxine 225 mg, Mirtazapine 30 mg, Imovane 7.5 mg, Temesta 1 mg en réserve). Une amélioration ne pouvait pas être attendue sans traitement mais pouvait l'être avec un traitement.

5. L'OAI a également versé au dossier de l'assurée dans le cadre de son instruction un certificat médical du mois d'avril 2019 du Dr B_____ attestant d'une incapacité de travail complète justifiée par l'état de santé mentale de sa patiente (trouble panique et un trouble psychosomatique multiple – hypochondrie) ainsi qu'un certificat de la docteure C_____. Cette dernière y indiquait que sa patiente était régulièrement suivie, tous les deux mois, au programme Santé Migrants des HUG pour les raisons médicales suivantes :

   « 1. Fibrillation auriculaire paroxystique symptomatique avec fonction cardiaque conservée, nécessitant un suivi annuel en cardiologie ou plus fréquent en fonction de la symptomatologie. Dans ce contexte, la patiente bénéficie d'un traitement anticoagulant (Xarelto : fluidifiant du sang) afin d'éviter toute complication liée à la fibrillation (risque d'AVC : accident vasculaire cérébral) ainsi que d'un traitement permettant un contrôle de la fréquence et du rythme cardiaque (béta-bloquant et Flécaïnide). 2. Facteurs de risque cardiovasculaire (FRÇV) multiples dont une obésité morbide en nette péjoration durant la dernière année malgré les mesures hygiéno-diététiques introduites, et actuellement en cours d'investigations en raison d'une suspicion de syndrome de Cushing (production excessive de cortisol dans le

sang). Elle présente également une hypertriglycéridémie ainsi qu'un diabète de type 2 traité par Metformine (antidiabétique oral). Un suivi régulier (plusieurs fois/an avec contrôle glycémie, cholestérol, fonction rénale dans le sang, contrôle des urines et contrôle ophtalmologique) est impératif chez cette jeune patiente afin de prévenir toute complication éventuelle au long cours (maladie, des yeux, infarctus du myocarde, AVC, insuffisance rénale). 3. Sur le plan endocrinologie, elle est suivie pour une hypothyroïdie (glande thyroïdienne fonctionnant peu) dans un contexte d'une thyroïde multi nodulaire, substituée par hormones thyroïdiennes (Euthyrox) à vie. Des contrôles de la fonction thyroïdienne ainsi qu'une imagerie de la glande thyroïdienne sont nécessaires aux 6 mois. 4. Syndrome des apnées du sommeil en cours d'investigations et qui nécessitera probablement un appareillage nocturne. 5. Surdité de perception bilatérale sévère appareillée et suivie annuellement par nos collègues ORL des HUG. 6. Carence en vitamine D substituée quotidiennement par voie orale. 7. Sur le plan psychiatrique, syndrome de stress post-traumatique (PTSD) ainsi qu'un syndrome dépressif sévère traité par Mirtazapine et Xanax. Elle bénéficie d'un suivi régulier par des psychiatres dont le Dr B_____ ».

6. Par note du 22 novembre 2019, l'OAI a retenu le statut de ménagère, l'assurée, âgée de 47 ans, étant mère au foyer, arrivée en Suisse en 2006 et n'y ayant jamais travaillé.

7. L'OAI a procédé à une enquête ménagère au vu de ce statut. Selon les constats de cette enquête, l'empêchement a été arrêté à 19 %. L'enquêtrice avait fait un entretien d'une heure chez l'assurée en présence de celle-ci et sa fille qui faisait la traduction pour sa mère qui intervenait de temps en temps. L'atteinte à la santé diagnostiquée était un trouble panique et un stress post-traumatique, étant précisé qu'il s'agissait d'une liste non exhaustive, l'enquêtrice ayant pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales au dossier et les éléments retenus par le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) faisant foi. À la question de savoir si sans le handicap, une activité lucrative serait exercée, l'assurée a répondu par la négative ; elle n'avait jamais travaillé et avait toujours été femme au foyer. Toutefois, l'assurée a indiqué à l'enquêtrice que si elle était en bonne santé, elle aimerait travailler, faire des ménages en l'absence de diplôme. Elle n'avait pas fait de recherches d'emploi depuis qu'elle était arrivée en Suisse. L'époux de l'assurée et celle-ci étaient dépendants de l'Hospice général. La fille de l'assurée était étudiante pour devenir éducatrice de la petite enfance et les deux fils étaient sécuritas. L'époux était en « demande de rente » et avait été chauffeur de taxi au Kosovo. Six personnes habitaient le foyer, l'assurée et son époux, leurs trois enfants majeurs et leur belle-fille. Quant aux travaux au sein du foyer, l'enquêtrice a relevé qu'avant l'atteinte à la santé, l'assurée vivait au Kosovo et prenait soin de sa famille et préparait les repas pour ses enfants encore petits. L'assurée a indiqué que depuis son arrivée en Suisse, elle préparait les repas plutôt le soir quand toute la famille était à la maison. Depuis 2019, elle préparait les repas

du soir avec sa belle-fille. Elles se partageaient le travail car elles étaient toutes les deux à la maison durant la journée. La fille de l'assurée a précisé que lorsque sa mère se sentait moins motivée, sa belle-sœur préparait le repas, seule. Après le repas, chacun avait l'habitude de ranger ses couverts dans le lave-vaisselle. La fille de l'assurée et sa belle-fille faisaient ensuite en général le peu qui restait à faire pour ranger la cuisine. La fille a ajouté que l'état de santé de sa mère était fluctuant et que, partant, cette dernière n'était pas toujours active de la même manière, elle pouvait tantôt être entreprenante et tantôt rester couchée sur le canapé. Sa mère étant malade depuis longtemps, elle et ses deux-frères ont appris à participer activement aux tâches ménagères y compris la préparation et le rangement après les repas. L'empêchement était de 50 % sur une pondération de champs d'activités de 30 %. L'exigibilité était de 30 %. Quant à l'entretien du logement, il n'a pas été possible pour l'enquêtrice de recueillir des informations sur les conditions de vie de l'assurée avant l'atteinte à la santé, au Kosovo, l'assurée pouvait uniquement dire qu'elle n'était pas malade quand elle vivait au Kosovo. Depuis son arrivée en Suisse, elle a vécu en foyer puis dans deux appartements successifs avec toute sa famille, chaque membre du foyer prenant soin de sa propre chambre. L'assurée nettoyait sa salle de bains, alors que celle utilisée notamment par sa belle-fille était nettoyée par cette dernière. Son époux ou sa belle-fille passait l'aspirateur une fois par semaine. Cette dernière, depuis son emménagement dans sa belle-famille, s'occupait du gros du ménage et l'assurée y participait quand elle se sentait bien, pouvait faire la poussière et un peu de rangement. Une à deux fois par année, tous les membres de la famille s'attelaient ensemble aux gros nettoyages. Pour évaluer les empêchements de l'assurée, l'enquêtrice a pris en compte que cette dernière se sentait fatiguée et manquait d'énergie vitale ainsi que de l'exigibilité des membres de la famille. Sur une pondération pour ces tâches de 35 %, un empêchement de 65 % a été retenu et une exigibilité de 30 % a été fixée. Quant aux achats, il est indiqué que l'assurée a toujours fait les courses avec son époux. Elle se rendait seule faire des courses d'appoint dans un commerce à proximité. Les autres membres de la famille ayant tous le permis de conduire pouvaient également se charger des courses. Quant aux tâches administratives, l'assurée, illettrée, ne s'en est jamais chargée. La pondération pour ces tâches a été fixée à 10 %, un empêchement de 30 % a été retenu et l'exigibilité fixée à 30 %. Pour la lessive, l'enquêtrice a noté que l'assurée et sa belle-fille se chargeaient de faire laver et sécher les vêtements que, cela fait, chaque membre de la famille plie et range. Sur une pondération pour cette tâche de 20 %, un empêchement de 30 % a été retenu et l'exigibilité fixée à 30 %. Aucun soin aux proches n'entrait en ligne de compte, les enfants étant tous adultes. L'empêchement pondéré sans exigibilité était dès lors de 49.30 % et celui avec exigibilité de 19 %.

8. Par décision du 9 mars 2020, confirmant un projet de décision du 27 janvier 2020, l'OAI a refusé la demande de prestations d'invalidité de l'assurée compte tenu du fait que l'empêchement ménager était de 19 %, soit insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité et compte tenu du fait que l'« atteinte à la santé était déjà

présente à son arrivée en Suisse, à savoir le 27.12.2006 », de sorte que l'assurée ne remplissait pas les conditions d'assurance.

9. Par acte du 8 avril 2020 et complément du 29 mai 2020, l'assurée a recouru contre cette décision devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), concluant à son annulation et à l'allocation d'une rente d'invalidité ordinaire ou partielle dès le 25 octobre 2019 en fonction de sa capacité de gain effective, sous suite de frais et dépens. Elle faisait grief à l'OAI d'avoir considéré qu'elle avait un statut de ménagère. Elle avait constamment effectué des démarches pour valoriser sa capacité de gain et plusieurs offres d'emploi. Compte tenu de son permis F et du fait qu'elle n'était pas apte au placement à plein temps, elle n'a pas pu travailler, mais avait fait 862 heures de cours auprès de l'Association D_____ entre 2015 et 2018. Ses capacités intellectuelles avaient baissé en 2018 et elle n'avait fait plus que 80 heures en moyenne de cours de français par année. Elle avait appris en août 2017 que son frère au Kosovo avait une tumeur au cerveau, ce qui l'avait considérablement affectée. Sa capacité de travail s'était progressivement dégradée, sur fond de fragilité préexistante, affection cardiaque, problèmes cardiovasculaires, d'ouïe et de diabète. Sa capacité de travail était nulle selon son médecin en avril 2019, mais probablement déjà en octobre 2018. Il y avait lieu de retenir que la capacité de travail était entière en 2016 puis nulle au plus tard en avril 2019. Elle sollicitait l'audition de sa psychiatre, la doctoresse E_____.

   À l'appui de son recours, l'assurée a notamment produit un courriel par lequel elle a envoyé un curriculum vitae à une entreprise le 7 octobre 2016, un autre du 16 septembre 2016, six lettres datant toutes de février et janvier 2016 par lesquelles elle était informée que sa candidature était rejetée, un curriculum vitae avec la notion de nettoyages chez des privés de 1997 à 1999 et de travail de couturière dans une boutique au Kosovo entre 2002 et 2004, une attestation de réussite du cours de couture dispensé par l'Hospice général du 9 au 14 décembre 2011 ainsi qu'une attestation de l'Association D_____ où elle s'était rendue « pour améliorer ses compétences linguistiques et s'intégrer après six ans de séjour en Suisse » et au sein de laquelle elle avait suivi quelques heures de cours par semaine entre 2013 et 2019 (un cours de français pour débutant à raison de six heures par semaine en 2013 et 2014, un cours pour faux débutant à raison de six heures par semaine en 2014, un cours d'alphabétisation à raison de six heures par semaine en 2015, un cours d'intégration à raison de six heures par semaine en 2015-2016, un atelier de couture à raison de trois heures par semaine en 2016, un atelier de couture à raison de trois heures par semaine en 2016-2017, un cours d'alphabétisation à raison de six heures par semaine en 2016-2018, un cours de piscine à raison de trois heures par semaine en 2017-2018, un atelier de couture à raison de trois heures par semaine en 2017-2018, un cours de yoga à raison d'une heure et demie par semaine en 2018, un cours de gymnastique à raison d'une heure par semaine en 2018, un

cours parler-écouter à raison de trois heures par semaine en 2018-2019, un cours de lecture à raison de trois heures par semaine en 2018-2019).

10. Par acte du 3 juillet 2020, l'OAI a répondu au recours en concluant au rejet de celui-ci et transmis son dossier. Le statut de ménagère était fondé, les cours pris auprès de l'Association D_____ ne constituaient pas des indices économiques concrets de l'intention de l'assurée d'exercer une activité lucrative. En tout état de cause, l'assurée ne remplissait pas les conditions d'assurance dans la mesure où l'atteinte à sa santé était survenue avant son arrivée en Suisse.

11. Le 11 août 2020, la recourante a répliqué ; il ressortait des pièces au dossier qu'elle avait eu l'intention de travailler mais ses atteintes à la santé et son statut ne le lui avaient pas permis. Un statut d'actif à 100 % aurait dû être retenu dans son cas. Elle n'aurait pas eu de raison de refuser un emploi à plein temps. En août 2017, elle avait été considérablement affectée en apprenant que son frère souffrait d'une tumeur au cerveau. Sa capacité de travail avait été réduite et nulle depuis avril 2019. Elle remplissait les conditions pour prétendre à une rente de l'OAI dès le mois d'octobre 2019.

12. Le 19 août 2020, l'OAI a persisté dans ses conclusions et rappelé que l'atteinte à la santé était bien antérieure à l'arrivée de la recourante en Suisse.

13. Le 25 août 2020, la recourante a renoncé à formuler des observations.

14. Par courrier du 1er mars 2021, la chambre de céans a sollicité une prise de position de l'OAI sur les pièces médicales mentionnant des troubles somatiques.

15. Le 22 mars 2021, l'OAI a fait parvenir sa détermination et celle d'un médecin du SMR selon lequel les troubles somatiques étaient traités. Il n'y avait pas de répercussions sur la fonction cardiaque qui était conservée ni de complications en lien avec le diabète. Le syndrome d'apnée du sommeil était traité et ne créait de façon générale pas de limitation fonctionnelle. Les possibilités de faire des activités ménagères n'étaient pas réduites par les troubles somatiques évoqués par les médecins de la recourante. L'atteinte psychique réduisait en revanche ses capacités dans ses activités de ménagère, ce qui avait été pris en compte dans l'enquête ménagère notamment.

16. Par courrier du 13 avril 2021, la recourante a rappelé que son médecin attestait une incapacité de travail totale dès le 9 avril 2019. Son statut n'était pas celui d'une personne non active. Les atteintes somatiques nécessitaient de la physiothérapie et n'étaient pas documentées dans le dossier de l'OAI. Elle avait suivi des cours pour s'intégrer et persistait dans ses conclusions. Subsidiairement, elle sollicitait, si la cause n'était pas en état d'être jugée, une expertise psychiatrique et, plus subsidiairement, si le statut d'active devait être retenu, elle solliciterait l'audition de sa fille F_____ et de son fils G_____.

17. 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 - 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.

3. 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).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Est litigieux le droit à une rente d'invalidité. Il n'est pas contesté par les parties que l'atteinte psychiatrique justifie une incapacité de travail totale, quelle que soit l'activité exercée. Par contre, est litigieuse la question de savoir quand est survenue l'invalidité en particulier si elle est survenue avant l'arrivée en Suisse de la recourante et quelle méthode d'évaluation de l'invalidité doit être appliquée, notamment si c'est à juste titre que l'OAI a utilisé la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité en retenant que, sans atteinte à la santé, la recourante n'aurait pas exercé d'activité lucrative.

6. Conformément à l'art. 6 al. 2 LAI - qui vaut en tant que conditions générales en principe pour toutes les prestations de l'assurance-invalidité -, les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3 (ressortissants étrangers de moins de 20 ans), aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse.

7. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA).

8. Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

9. Le moment de la survenance de l'invalidité doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 140 V 246 consid. 6.1 ; ATF 126 V 5 consid. 2b ; ATF 118 V 79 consid. 3a et les références).

10. La LAI ne repose pas sur une notion uniforme du cas d'assurance. Celui-ci doit être envisagé et déterminé par rapport à chaque prestation entrant concrètement en ligne de compte (« *System des leistungsspezifischen Versicherungsfalles* ») : il convient d'examiner pour chaque prestation pouvant entrer en considération selon les circonstances, au sens de l'art. 4 al. 2 LAI, quand l'atteinte à la santé est susceptible, de par sa nature et sa gravité, de fonder le droit à la prestation particulière (ATF 140 V 246 consid. 6.1 ; ATF 126 V 241 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 659/06 du 22 février 2007, in SVR 2008 IV n° 14 p. 41).

11. En ce qui concerne la rente d'invalidité, la survenance du cas d'assurance correspond, en règle générale, à l'ouverture du droit à la rente (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI, valable depuis le 1er janvier 2015, ch. 1034]).

12. Le moment de la survenance de l'invalidité ne dépend en particulier ni de la date où une demande a été déposée, ni de celle à partir de laquelle une prestation est requise et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend pour la première fois que l'atteinte à la santé peut fonder un droit à des prestations (ATF 126 V 5 c. 2b ; 118 V 79 c. 3a). L'invalidité peut ainsi survenir à plusieurs moments différents, à raison d'une seule atteinte à la santé, en fonction de la sorte de prestation spécifique entrant en considération ; de ce fait, le cas d'assurance doit être déterminé de manière autonome en application de chaque norme légale d'octroi des diverses prestations (SVR 2007 IV n° 7 c. 1.1). Ceci signifie que le rejet d'une prétention spécifique, faute de réalisation des conditions d'assurance à l'époque déterminante, ne porte pas préjudice à des prétentions d'un autre genre envisageables par la suite (SVR 2008 IV n° 14 c. 4).

13. S'agissant du droit à une rente, l'invalidité est, de par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir un droit à une rente lorsque sont réunies les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI (qui a codifié la jurisprudence développée à partir de l'ancien art. 29 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). En ce qui concerne les mesures professionnelles de

réadaptation, selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Contrairement à ce qui prévaut en matière de droit à la rente (art. 28 al. 1 LAI), la loi ne définit pas de degré d'invalidité minimal donnant droit à des mesures de réadaptation professionnelle (ATF 116 V 80 c. 6a).

14. L'OAI a nié le droit de l'assurée à l'obtention d'une rente, en avançant que cette dernière ne remplissait pas les conditions d'assurance lui permettant de prétendre à l'octroi de telles prestations dès lors qu'à son arrivée en Suisse (en 2006), elle était déjà atteinte dans sa santé.

    La recourante estime, quant à elle, qu'elle remplit les conditions d'assurance. Elle a connu une aggravation de ses troubles psychiques en 2017.

    Il convient dès lors dans un premier temps de déterminer le moment de la survenance de l'invalidité chez l'assurée sur la base des principaux documents médicaux versés au dossier.

    Il n'existe pas de rapport médical portant sur la prise en charge de la recourante avant son arrivée en Suisse. En revanche, la recourante a exposé n'avoir jamais été capable de travailler depuis son arrivée en Suisse, tant dans sa demande de prestations qu'à l'enquêtrice. Le médecin traitant de la recourante a indiqué que sa patiente avait déjà été traitée sur le plan psychique au Kosovo en raison d'un état de stress post-traumatique lié à des événements de guerre traumatisants et qu'ensuite de cela elle avait été violée par un membre de sa famille avant de devoir quitter son pays avec son époux et ses enfants en raison d'un profond conflit familial. Il est par ailleurs établi par pièces que la recourante a, dès son arrivée en Suisse, dû être hospitalisée pour des troubles psychiques liés à des événements traumatisants vécus au Kosovo. Elle a continué à être suivie sur le plan psychologique après sa sortie de l'hôpital. Son médecin a exposé au sujet de l'évolution de la santé de sa patiente que sur le plan psychiatrique, l'état clinique s'était fortement amélioré dans un premier temps depuis sa sortie d'hospitalisation (2007) dans le sens où elle n'avait plus présenté d'état dissociatif mais l'état anxieux et thymique avaient très peu évolué. Sa patiente restait très fragile. En 2019, il posait toujours les diagnostics de trouble panique (F41.0 selon ICD 10) - trouble psychosomatique multiple – hypochondrie (F45.2 selon ICD 10) - état de stress postraumatique (F43.1 selon ICD 10) - qui justifiaient une incapacité de travail complète.

    L'affection psychique existait incontestablement avant l'arrivée de la recourante en Suisse.

    Il apparaît en outre, au degré de vraisemblance prépondérante, que la recourante a toujours été en incapacité totale de travailler depuis son arrivée en Suisse, conformément à ses déclarations et l'avis médical de son médecin. Les atteintes

psychiques, même en l'absence de l'état dissociatif connu par la patiente en 2007, l'ont toujours empêchée de travailler, son médecin traitant l'attestant encore en avril 2019. Il ne ressort pas du dossier que les atteintes somatiques, actuellement en traitement, auraient également une influence sur la capacité de travail de la recourante. En tout état de cause, la recourante étant en incapacité de travail totale en raison de ses atteintes psychiques, des atteintes somatiques ne sauraient réduire une capacité d'ores et déjà nulle.

La chambre de céans constate au vu de ce qui précède que l'invalidité de la recourante existait avant son arrivée en Suisse et que l'état de santé de la recourante, malgré une amélioration sur le plan dissociatif, ne lui a jamais permis d'avoir une capacité, même partielle, de travail depuis son arrivée en Suisse.

La recourante ne remplit en conséquence pas les conditions pour obtenir une rente de l'assurance-invalidité. La décision de l'intimé est dès lors conforme au droit.

15. Dans l'hypothèse non réalisée ici où la recourante aurait rempli la condition pour faire valoir un droit à une rente de l'assurance-invalidité, soit en l'absence d'une invalidité préexistante à son arrivée en Suisse, la chambre de céans constaterait ce qui suit au sujet du statut retenu par l'intimé (statut de non active) et contesté par la recourante.

16. 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 déterminer quelle méthode d'évaluation de l'invalidité appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale (ou, selon les circonstances, extraordinaire) de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]).

Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Il faut tenir compte d'éléments tels que 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, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301ss consid. 2b). La volonté hypothétique de l'assuré doit être prise en considération ; son établissement soulève toutefois la difficulté qu'elle constitue un fait interne, qui ne saurait être considéré comme établi par la seule déclaration de l'assuré qu'à défaut d'atteinte à la santé il aurait exercé une activité lucrative à tel ou tel taux ; il

faut qu'il puisse se déduire d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral I.693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1).

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).

À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a confirmé le statut de non active d'une mère qui n'avait travaillé que durant deux mois en 2006, depuis son arrivée en Suisse en 1992, qui n'avait fourni aucune pièce attestant de recherches d'emplois depuis 1992, qui s'était annoncée comme femme au foyer et n'avait recherché aucun emploi avant sa maladie, alors qu'elle disait avoir la volonté de travailler (arrêt du Tribunal fédéral 9C_352/2014 du 14 octobre 2014). À l'inverse, il a admis le statut d'active à 100 % d'une assurée, en prenant en compte les modestes revenus de son mari, les enfants désormais adultes et une activité exercée à temps complet pendant huit mois avant d'être atteinte dans sa santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C 260/2013 du 9 août 2013).

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

17. En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante avait un statut de non active au motif qu'il n'existait pas d'élément économique concret pouvant établir l'intention de la recourante de réaliser un revenu ou d'augmenter sa capacité de rendement économique.

    Pour sa part, la recourante fait valoir qu'elle a fait des démarches pour valoriser sa capacité de gains, y compris plusieurs offres d'emploi dans divers établissements, sans succès. Son permis F ne lui avait pas offert la possibilité de s'inscrire au chômage, alors qu'elle était apte à plein temps. Elle avait en outre suivi de nombreuses heures de cours.

    Il apparaît au dossier que la recourante a suivi différents cours, entre 2013 et 2019, de langue, de sport et de couture. Elle les a suivis, à teneur de l'attestation, « pour améliorer ses compétences linguistiques et s'intégrer en Suisse ». La volonté d'exercer une activité lucrative ne s'inscrivait manifestement pas dans ces démarches au regard des cours suivis et de l'objectif que la recourante avait poursuivi durant ces six années.

    En outre, les quelques recherches d'emplois faites par la recourante au mois de janvier, février, septembre et octobre 2016 ne suffisent pas à établir une claire

intention de cette dernière d'exercer une activité lucrative, et ce depuis son arrivée en Suisse en 2006.

Lors de son arrivée en Suisse, ses enfants étaient déjà âgés de 9, 10 et 11 ans, ce qui ne l'aurait pas empêchée d'exercer une activité professionnelle ou d'en chercher une à temps partiel notamment.

Son état de santé la privait cependant de toute capacité de travail.

Elle a dès lors toujours été ménagère et se qualifiait elle-même de « femme au foyer » (cf. attestation de son médecin, demande d'assurance-invalidité et attestation établie au nom de l'Association D_____).

Malgré la situation précaire de la famille et le fait que ses enfants étaient majeurs, la recourante n'a fait aucune recherche d'emploi avant 2016. Si cela est compréhensible au regard de son atteinte à la santé, l'on ne peut pas considérer à un degré de vraisemblance prépondérante que la recourante aurait exercé une activité professionnelle en l'absence de l'atteinte à la santé. Les quelques recherches faites en 2016 n'étaient pas suffisantes pour retenir un statut d'actif.

C'est dès lors à juste titre que l'intimé a retenu le statut d'assurée non active dans ce cas.

18. Quant au taux d'invalidité retenu (dans l'hypothèse non réalisée ici où la recourante n'aurait pas été invalide lors de son arrivée en Suisse), la chambre de céans rappelle que chez l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une (art. 5 al. 1 LAI et 8 al. 3 LPGA), l'invalidité est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité d'accomplir ses travaux habituels (méthode spécifique ; art. 28a al. 2 LAI ; ATF 125 V 146 consid. 2a). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants, ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI).

Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi 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 incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 132 V 93 consid. 4).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des moyens de preuve disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir

un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a).

En ce qui concerne la valeur probante d'un 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. S'il est conforme à ces exigences, le rapport d'enquête a entière valeur probante. 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. Cette retenue découle en particulier du fait que la personne chargée du rapport d'enquête bénéficie de connaissances spécialisées et est plus proche des circonstances concrètes du cas d'espèce que le tribunal compétent en cas de recours (ATF 130 V 61 consid. 6.2).

19. En l'espèce, la recourante souffre d'atteintes psychiques qui la rendent, indépendamment des atteintes physiques, totalement incapable de travailler. Pour déterminer sa capacité d'accomplir ses tâches dans son foyer, une enquête ménagère a été réalisée.

    L'enquêtrice s'est entretenue avec l'assurée et sa fille et a pris en compte les éléments pertinents mis en avant par ces dernières quant à l'entretien du ménage et des tâches réalisées par la recourante et celles faites par ses trois enfants majeurs, sa belle-fille (ménagère) et son époux.

    Il n'existe pas de divergences entre les résultats de l'enquête économique et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, en l'occurrence puisque l'enquêtrice a pris en compte les déclarations de la recourante - ce qui n'est pas contesté - pour établir les tâches que cette dernière était en mesure de faire et celles qui étaient de facto faites par les autres membres de la famille.

    L'on peut en effet attendre des enfants majeurs et de la belle-fille de la recourante qu'ils participent - comme ils le font d'ailleurs - aux tâches ménagères aux côtés de leur mère, respectivement belle-mère, invalide et de leur père.

C’est dès lors à juste titre que l’intimé s’est fondé sur cette enquête ménagère.

La décision entreprise ne prête pas le flanc à la critique.

20. Le recours est rejeté.

21. Au vu de la motivation de la chambre de céans, les réquisitions de preuves formulées par la recourante doivent être rejetées. En effet, le dossier comportait suffisamment d’éléments pour vérifier si la recourante réalisait les conditions pour prétendre à une rente de l’assurance-invalidité, ce qui a permis à la chambre de céans de rejeter par appréciation anticipée des preuves les réquisitions et de statuer sur la cause.

22. La recourante n’obtenant pas gain de cause, les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à CHF 200.-, doivent être mis à sa charge (art. 69 al. 1bis LAI).

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

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