

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1834/2016

ATAS/120/2017

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 20 février 2017**

**9<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1954 en Turquie, sans formation, a rejoint son mari et ses enfants en Suisse en 2001. À cette époque, les enfants du couple étaient déjà majeurs.
2. Le 28 mai 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).
3. Dans un rapport du 28 août 2013, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis le 28 janvier 2008. Retraçant son anamnèse, il a mentionné qu'elle n'avait jamais été à l'école en Turquie et qu'elle était analphabète. Dans son jeune âge, elle avait travaillé dans une ferme familiale. Après le suicide de l'un de ses fils en 2003, alors âgé de 22 ans, l'assurée disait avoir changé et avoir pris beaucoup de poids. Son médecin traitant d'alors, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale exerçant à Nyon, lui aurait prescrit des antidépresseurs à la suite de ce triste événement mais l'assurée n'aurait pas été suivie par un psychothérapeute. Depuis qu'elle était en Suisse, elle n'avait jamais travaillé, ne parlait pas le français et était très mal intégrée.

Le Dr B\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail :

- gonalgie droite dégénérative depuis 2011 ;
- obésité de classe III, BMI 41 depuis 2008 ;
- séropositivité pour HVB (hépatite B) et HVC (hépatite C) depuis 2008 ;
- cervico-lombalgies depuis 2008 ;
- status variqueux aux membres inférieurs depuis 2008 ;
- asthénie psychique et physique depuis 2006 ;
- état dépressif et trouble de l'adaptation depuis 2001.

En revanche, les diagnostics suivants étaient sans effet sur la capacité de travail :

- hypercholestérolémie depuis 2010 ;
- hypertension artérielle depuis 2010 ;
- hépatomégalie et stéatose hépatique depuis 2009 ;
- cholestérolose de la vésicule biliaire depuis 2009 ;
- « splénomégalie » (vraisemblablement : splénomégalie) depuis 2009 ;
- dyspnée, hypoventilation base pulmonaire Dx ;
- hystérectomie en 2004.

Depuis que le Dr B\_\_\_\_\_ la suivait, l'assurée avait perdu seulement 9 kg malgré toutes les mesures diététiques et le Xénical qu'il lui prescrivait. En raison de son

état psychique, il l'avait orientée vers une psychologue turcophone, Madame D\_\_\_\_\_, psychothérapeute FSP, qu'elle avait vue à plusieurs reprises.

Invité à se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée n'avait jamais travaillé mais que sa capacité de travail était nulle depuis le 6 août 2013 pour une durée indéterminée et qu'il ne fallait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de celle-ci. Les restrictions physiques ou psychiques existantes se manifestaient « au travail » par des douleurs, de la fatigue et des angoisses. Interrogé sur d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, plus précisément la possibilité de réduire les restrictions énumérées par des mesures médicales, le Dr B\_\_\_\_\_ a répondu par la négative, ajoutant que l'assurée était âgée de 59 ans, analphabète, obèse, et qu'elle ne parlait pas le français.

Le Dr B\_\_\_\_\_ a également complété la rubrique consacrée aux travaux qui pouvaient encore être exigés de l'assurée, compte tenu des limitations dues à son état de santé, dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap : l'assurée pouvait exercer des activités uniquement en position assise, travailler avec les bras au-dessus de la tête, en rotation (en position assise/en position debout), soulever/porter (limite de poids de 5 à 10 kg) et monter les escaliers. En revanche, elle ne pouvait pas exercer d'activité uniquement en position debout, ni dans différentes positions, ni principalement en marchant (terrain irrégulier), ni en se penchant, ni accroupie, ni à genoux, ni sur une échelle/un échafaudage. En outre, les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation étaient limitées, de même que la résistance.

En outre, le Dr B\_\_\_\_\_ a versé au dossier les rapports suivants :

- un rapport du 19 novembre 2012 des docteurs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en radiologie, décrivant le genou droit de l'assurée de la manière suivante :
  - o opacité au niveau du cul-de-sac sous quadricipital pouvant correspondre à un épanchement intra-articulaire ;
  - o aspect légèrement pointu des épines tibiales et ébauche de pincement du compartiment interne dans le cadre de lésions dégénératives débutantes ;
- un rapport d'imagerie médicale du 12 novembre 2009, établi par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, concluant à une hépatomégalie évoquant une stéatose, une splénomégalie modérée, des foyers de cholestérolose au sein de la vésicule biliaire et à des troubles ventilatoires au niveau de la base pulmonaire droite ;
- un rapport du docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, établi le 29 février 2008, concluant à une varice modérée sur le mollet droit, alimentée par une veine perforante poplitée externe, se terminant sur la face interne de la jambe. Il n'y avait pas de varice du côté gauche. Il était

donc peu probable que celle qui était présente du côté opposé explique les lourdeurs et les œdèmes vespéraux dont se plaignait l'assurée. Ces symptômes paraissent plutôt en rapport avec son obésité et sa sédentarité. Si l'assurée souhaitait traiter sa varice, le Dr B\_\_\_\_\_ pouvait discuter avec elle l'indication à un traitement par phlébectomies avec ligature des deux veines perforantes.

4. Par communication du 25 octobre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait examiné la possibilité de mettre en place des mesures d'intervention précoce suivies d'éventuelles mesures de réadaptation mais que de telles mesures n'étaient actuellement pas indiquées. En conséquence, l'instruction du dossier se poursuivait dans le but de déterminer si l'assurée remplissait les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité.
5. Invitée par l'OAI à lui indiquer, au vu du dossier médical, dans quelle mesure l'assurée avait des empêchements dans son ménage, la doctoresse I\_\_\_\_\_, médecin SMR, a répondu par avis du 28 novembre 2013 que pour pouvoir indiquer quels étaient ces empêchements, il fallait au préalable préciser la nature exacte des atteintes à la santé et leurs répercussions fonctionnelles. Dans ce contexte, la Dresse I\_\_\_\_\_ a proposé la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire qui serait confiée, via la plateforme Med@p, à un centre de type COMAI, charge à celui-ci d'étendre le champ d'examen à la médecine interne, la gastroentérologie, la rhumatologie et la psychiatrie.
6. Par communication du 3 décembre 2013, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il était nécessaire qu'elle se soumette à une expertise médicale pluridisciplinaire.
7. Dans une note du 15 octobre 2015, le docteur J\_\_\_\_\_, médecin SMR, a indiqué qu'au vu des atteintes à la santé « qui [devraient] être confirmées ultérieurement », le SMR était en mesure de décrire « les limitations fonctionnelles attendues » : alternance des positions assise et debout, ne pas se pencher, pas de travail accroupi ou à genoux, pas de rotation en position assise/debout, ne pas monter sur une échelle/échafaudage, ne pas monter les escaliers, pas de port de charges au-delà de 5 kg, fragilité psychologique, manque de motivation.
8. Le 28 novembre 2015, l'OAI a chargé une enquêtrice de la réalisation d'une enquête économique sur le ménage, ajoutant à son intention que les atteintes à la santé seraient précisées ultérieurement par le SMR mais que ce service avait d'ores et déjà décrit les limitations fonctionnelles dans la note du 15 octobre 2015.
9. Le 7 décembre 2015, une enquêtrice de l'OAI s'est rendue au logement que l'assurée occupait seule avec son mari. Présent sur les lieux ce dernier avait assuré la traduction.

Entendue par l'enquêtrice, l'assurée a déclaré qu'elle était uniquement femme au foyer et elle qu'elle n'aurait pas exercé d'activité lucrative même si son état de santé le lui avait permis. Puisque son mari avait épuisé son droit aux prestations de l'assurance-chômage, elle-même et son mari bénéficiaient de l'aide sociale depuis novembre 2011. Sous ch. 1 du formulaire d'enquête (« atteintes à la santé »), il était

---

indiqué que l'assurée souffrait d'obésité, d'hépatite B et C, de gonalgies droites, de cervico-lombalgies et d'antécédents de dépression. Sous ch. 2.5 du formulaire (« date et motif de l'abandon ou de la réduction de l'activité lucrative »), la mention suivante avait été apposée : « IT depuis août 2013 ?? ».

L'enquêtrice a considéré que le mari de l'assurée était en bonne santé et disponible. Aussi a-t-elle estimé qu'en faisant abstraction de l'aide qui pouvait être exigée de lui, les empêchements rencontrés par l'assurée se présentaient comme suit :

- 25% dans la conduite du ménage (planification, organisation, répartition du travail, contrôle), soit 1.25% en tenant compte d'une pondération de ce champ d'activité à 5% ;
- 40% dans l'alimentation (préparation, cuisson, service, travaux de nettoyage de la cuisine, provisions), soit 16% (pondération de 40%) ;
- 50% dans l'entretien du logement (épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, faire les lits), soit 10% (pondération de 20%) ;
- 25% pour les emplettes et courses diverses (poste, assurances, services officiels), soit 2.5% (pondération de 10%) ;
- 30% pour la lessive et l'entretien des vêtements (laver, suspendre, ramasser, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures), soit 6% (pondération de 20%) ;
- 80% dans le poste « divers » (soins infirmiers, entretien des plantes, confection de vêtements, etc.), soit 4% (pondération de 5%).

Au total, les empêchements pondérés s'élevaient à 39.75%. En fixant l'aide exigible du mari à 25% pour la conduite du ménage, 30% pour l'alimentation, 30% pour l'entretien du logement, 25% pour les emplettes, 30% pour la lessive et l'entretien des vêtements et à 0% pour le poste « divers », soit à 27.75% en tout et pour tout, l'assurée ne rencontrait d'empêchement que dans les trois postes suivants : alimentation (4%), entretien du logement (4%) et divers (4%), de sorte que son empêchement dans la sphère ménagère s'élevait à 12% (39.75 – 27.75).

10. Par avis du 3 mars 2016, le docteur J\_\_\_\_\_ a estimé qu'au vu de l'atteinte à la santé, les résultats de l'enquête ménagère étaient « cohérents avec les constats médicaux ». Sur quoi, l'OAI a estimé dans une note interne qu'il y avait lieu de retirer le dossier de la plateforme Med@p. En effet, au vu du statut de femme au foyer, confirmé par l'enquête ménagère, et des conclusions de cette dernière, il était possible de statuer.
11. Par projet de décision du 7 mars 2016, confirmé le 2 mai 2016, l'OAI a refusé toute rente d'invalidité à l'assurée. Il ressortait des renseignements recueillis qu'elle était mère au foyer depuis de nombreuses années et qu'ainsi, son statut était celui d'une personne se consacrant complètement à ses travaux habituels. Étant donné qu'il ressortait du rapport d'enquête ménagère que ses empêchements avaient été évalués

---

à 12% en tenant compte de l'aide apportée par son mari, cet empêchement – qui déterminait le degré d'invalidité – était trop faible pour donner droit à une rente d'invalidité.

12. Par acte du 2 juin 2016, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours à l'encontre de la décision du 2 mai 2016, concluant à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit aux prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente. À titre préalable, elle a demandé qu'un délai lui fût accordé pour compléter son recours.

Elle souffrait de problèmes de santé depuis 2001, en particulier d'une obésité de classe 3 (BMI 41), d'une gonalgie droit dégénérative et de cervico-lombalgies. Elle souffrait également, sur le plan psychique, d'un état dépressif/trouble de l'adaptation qui s'était aggravé avec le décès de son fils en 2003. Aussi a-t-elle renvoyé au rapport du 28 août 2013 établi par le Dr B\_\_\_\_\_ pour la liste détaillée de ces affections.

C'était la dégradation générale de son état de santé et l'aggravation corrélative des limitations fonctionnelles qui avaient motivé le dépôt d'une demande de prestations en mai 2013.

13. Le 23 juin 2016, la recourante a complété ses observations en se référant aux limitations fonctionnelles figurant au point n° 3 du rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 28 août 2013, soutenant que les affections dont elle souffrait n'étaient pas compatibles avec l'exercice des activités ménagères que l'enquêtrice avait retenues dans son rapport d'enquête. En effet, elle était incapable d'exercer une activité en position debout, de se pencher ou de s'accroupir, de sorte qu'il lui était totalement impossible de s'occuper de l'entretien du logement. De même, elle était très limitée pour faire les courses, cuisiner ou faire la vaisselle, contrairement à ce qu'avait estimé l'enquêtrice. Enfin, il lui était également impossible d'assumer la lessive ou le repassage, qui exigeaient des mouvements dont elle était devenue incapable.

En définitive, l'intimé n'avait pas suffisamment tenu compte des limitations fonctionnelles qu'elle rencontrait dans l'exercice de ses activités ménagères. Ainsi, le taux d'invalidité avait été mal évalué. Il convenait par ailleurs de souligner que l'intimé n'avait jamais mis en œuvre d'expertise médicale pour évaluer son état de santé et les limitations fonctionnelles dont elle souffrait, alors même que la Dresse I\_\_\_\_\_, médecin SMR, avait considéré dans son rapport du 28 novembre 2013 qu'avant de pouvoir indiquer les empêchements dans la sphère ménagère, il fallait au préalable préciser la nature exacte des atteintes à la santé et leurs répercussions fonctionnelles. Or, une telle expertise n'avait jamais été mise en œuvre par l'intimé.

Évoquant sa situation sur le plan psychique, la recourante a sollicité un délai complémentaire pour produire un rapport de sa psychologue.

14. Le 15 août 2016, la recourante a produit une attestation délivrée le 11 juillet 2016 par sa psychothérapeute, Mme D\_\_\_\_\_, certifiant qu'elle avait bénéficié d'un

suivi psychologique à son cabinet en 2013 pendant trois mois, à raison de deux fois par mois dans sa langue maternelle. Durant cette période, la recourante présentait des troubles du sommeil, ainsi qu'une anxiété et culpabilité importantes, accompagnés de symptômes dépressifs dans le cadre de craintes et d'appréhensions par rapport à l'avenir. La recourante était restée en Turquie avec ses enfants alors que son mari était déjà en Suisse. En 1994, les enfants du couple étaient venus rejoindre leur père en Suisse, laissant leur mère en Turquie jusqu'en 2001. La recourante avait décrit cette période de sept ans (1994-2001) comme une période de souffrance et de solitude absolue. En 2003, elle avait perdu l'un de ses fils suite à une courte maladie. À la suite de ce décès, le cours de sa vie s'était trouvé entièrement changé ; chaque jour de sa vie était empreint de culpabilité et de regrets. Elle avait énormément regretté de s'être tenue absente de la vie de ses enfants pendant sept ans. Elle était persuadée que si elle n'avait pas été séparée de son fils aujourd'hui disparu, il serait encore en vie. Une autre source de souffrance tenait au fait que ce fils avait laissé derrière lui une petite fille avec laquelle la recourante avait perdu tout contact après le décès de son fils. En effet, l'épouse de celui-ci avait décidé de couper les liens avec sa belle-famille.

15. Par acte du 13 septembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours.

La recourante n'avait jamais exercé d'activité en Suisse et ne contestait pas ce point. Les limitations fonctionnelles décrites par son « médecin-psychiatre traitant » (recte : médecin généraliste traitant) étaient les suivantes : douleurs, fatigue, antécédents de dépression en 2013. En l'occurrence la famille vivant au domicile concerné était constituée de la recourante et de son mari, en bonne santé et disponible. Il n'était assurément pas arbitraire de prendre en compte une exigibilité de 28% pour le mari. Cela étant, après enquête à domicile, le degré d'invalidité retenu n'était que de 12%, ce qui était insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

16. Le 14 septembre 2016, la chambre de céans a adressé à la recourante une copie de l'écriture de l'intimé. Elle lui a également accordé un délai au 6 octobre 2016 pour consulter le dossier faire part de ses éventuelles remarques.
17. En l'absence de réplique, 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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

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).

3. Le délai de recours est de 30 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.
4. Il convient préalablement de déterminer l'objet du litige.

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

En l'espèce, la décision querellée porte uniquement sur le refus d'une rente d'invalidité, à l'exclusion notamment d'éventuelles mesures de réadaptation. Ainsi, en tant que la recourante conclut à ce que la chambre de céans constate qu'elle a droit aux prestations de l'assurance-invalidité – éventuellement autres qu'une rente d'invalidité –, ses conclusions excèdent l'objet du litige. En conséquence, celui-ci porte exclusivement sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur son degré d'invalidité dans la sphère ménagère.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de

---

l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

En vertu de 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 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 exigibles. 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).

6. Selon l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.
7. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte –, dont l'application dépend 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_514/2014 du 23 décembre 2014 consid. 4).

Chez les assurés 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, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1 et 3.1.1).

8. a. Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans

l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 consid. 4).

b/aa. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.1 et les références).

b/bb. Il est vrai qu'un rapport d'enquête ménagère est avant tout conçu pour déterminer l'étendue des restrictions physiques, raison pour laquelle son caractère en principe probant ne peut toujours être admis sans réserve lorsqu'une personne souffre de troubles psychiques. Cependant, même dans cette hypothèse, la valeur probante d'un tel rapport doit être en principe admise lorsqu'il s'agit d'évaluer une invalidité reposant sur des motifs psychiques, c'est-à-dire lorsque des troubles psychiques apparaissent au premier plan. Toutefois, lorsque les résultats de l'enquête à domicile apparaissent en contradiction avec les avis médicaux – émis par des spécialistes – sur la capacité d'un assuré d'accomplir ses travaux habituels, il convient en principe d'accorder plus de poids à l'avis desdits spécialistes qu'au rapport d'enquête ménagère. En effet, pour la personne chargée de l'enquête ménagère, il n'est souvent possible qu'en partie d'apprécier l'étendue d'une affection psychique ainsi que les restrictions qui en découlent (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_620/2011 du 8 février 2012 consid. 4 et 9C\_201/2011 du 5 septembre 2011 consid. 2 et les références).

c. Selon la pratique administrative ressortant des chiffres 3086ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, dans sa version dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015 (CIIAI ; état au 1<sup>er</sup> mars 2016), les travaux d'une personne non

---

invalide qui s'occupe du ménage constituent les pourcentages suivants de son activité: tenue du ménage (planification, organisation, répartition du travail, contrôle) : entre 2 % et 5 % ; alimentation (préparation, cuisson, service du repas, nettoyage de la cuisine, provisions) : entre 10 % et 50 %, entretien du logement (épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, faire les lits) : entre 5 % et 20 %, achats et courses diverses (poste, assurances, services officiels) : entre 5 % et 10 %, lessive et entretien des vêtements (laver, étendre et plier le linge, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures) : entre 5 % et 20 %, soins aux enfants ou aux autres membres de la famille: entre 0 % et 30 %, divers (par exemple soins infirmiers, entretien des plantes et du jardin, garde des animaux domestiques, confection et transformation de vêtements; activité d'utilité publique, formation complémentaire, création artistique) à l'exclusion des occupations purement de loisirs: entre 0 % et 50 %.

La part en pour-cent de l'activité ménagère accordée à chacun des postes en fonction de l'échelonnement prévu par la CIIAI relève du pouvoir d'appréciation, qui dépend d'une évaluation des circonstances concrètes de la situation en cause et n'est soumis à l'examen du juge de dernière instance que sous l'angle de l'excès ou de l'abus du pouvoir d'appréciation. En revanche, la constatation d'un empêchement pour les différents postes est une question de fait (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_19/2012 du 4 octobre 2012 consid. 5.1).

d. Comme les autres assurés, une personne qui s'occupe du ménage doit faire tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et de 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, il peut être exigé qu'elle répartisse mieux son travail, soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents, et qu'elle ait recours à l'aide des membres de sa famille (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, p. 578 n. 2156). 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 que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

9. En l'espèce, l'enquête réalisée par l'intimé satisfait aux exigences dégagées par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante. En effet, elle a été établie au domicile de la recourante en présence de cette dernière et de son mari – qui a assuré la traduction – et elle détaille précisément les différentes tâches ménagères et la

manière dont le foyer les a assumées avant et après l'atteinte de la recourante. La recourante ne fait du reste pas valoir que cette enquête ne serait pas conforme à ses déclarations.

En ce qui concerne les empêchements retenus, la recourante se réfère au rapport du 28 août 2013 du Dr B\_\_\_\_\_, plus particulièrement aux travaux qui peuvent encore être exigés d'elle compte tenu des limitations dues à son état de santé. Elle soutient que son incapacité d'exercer une activité en position debout, de se pencher ou de s'accroupir rendrait totalement impossible le fait de s'occuper de l'entretien du logement, de la lessive et du repassage et la limiterait fortement pour faire les courses, cuisiner ou faire la vaisselle.

Ces arguments ne sauraient être suivis pour plusieurs motifs. En premier lieu, il ne ressort pas du rapport du Dr B\_\_\_\_\_ que la recourante ne pourrait pas exercer d'activités en position debout. En effet, ce médecin indique qu'elle ne pouvait pas exercer d'activités « uniquement en position debout ». En second lieu, l'intimé a non seulement repris à son compte les limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr B\_\_\_\_\_ – en retenant via le rapport du SMR du 15 octobre 2015, soit avant l'enquête ménagère, que les limitations fonctionnelles concernaient l'alternance des positions assise et debout, le fait de ne pas se pencher, de ne pas travailler accroupi ou à genoux, de ne pas monter sur une échelle/échafaudage –, il les a même admises plus généreusement en estimant, contrairement au médecin traitant, que la recourante ne pouvait pas effectuer de rotation en position assise/debout, ni monter les escaliers ni porter de charges supérieures à 5 kg (contre 5-10 kg pour le Dr B\_\_\_\_\_). En troisième lieu, les incapacités alléguées par la recourante sont en contradiction avec les constatations de l'enquêtrice, fondées sur les déclarations de l'intéressée au moment de l'enquête. S'agissant de l'entretien du logement, il en ressort qu'elle « peut passer l'aspirateur et faire le nettoyage à sa hauteur, son époux l'aide pour faire ce qui est en hauteur ou demande une position accroupie ». Il est également indiqué, à propos de la lessive et de l'entretien des vêtements, « qu'elle peut étendre le linge et le plier, ranger » et qu'elle « aide pour les grandes pièces comme les draps » ou encore, pour ce qui est des emplettes et courses diverses, qu'elle « continue à aller à la poste si son époux le demande ».

Dans ce contexte, la chambre de céans relèvera encore que le Tribunal fédéral a considéré dans plusieurs arrêts relatifs à des assurés n'exerçant pas/plus d'activité lucrative que ceux-ci disposaient de plus de temps pour aménager leurs tâches ménagères avec les pauses nécessaires (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 583/02 du 2 mai 2003 consid. 4.1 et I 511/00 du 22 février 2001 consid. 3d). Tel est également le cas ici.

Si l'atteinte à la santé entraîne certes des douleurs et de la fatigue (cf. rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 28 août 2013), l'enquêtrice en a tenu compte en estimant que même si la recourante avait mal au dos, changeait régulièrement de position et était limitée dans ses activités du fait de ses difficultés respiratoires (cf. point 5.2 de l'enquête ménagère), elle devait pouvoir exécuter elle-même la plupart des travaux ne

demandant pas de force particulière (travaux légers) ou de position fléchie, quitte à fractionner son travail et à se ménager des périodes de repos (cf. points 5.2 et 5.4 de l'enquête ménagère). Dans ces circonstances, on ne saurait critiquer l'étendue des empêchements admis par l'enquêtrice, compris dans une fourchette de 25 à 50%. De plus, ces taux apparaissent compatibles avec les affections mentionnées par le Dr B\_\_\_\_\_ et tiennent compte des limitations fonctionnelles retenues sur le plan physique par ce médecin et le SMR. Ainsi, le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ n'est pas de nature à remettre en cause la fiabilité des conclusions du rapport d'enquête ménagère.

Quant au rapport de Mme D\_\_\_\_\_, il n'en ressort pas que les troubles du sommeil, l'anxiété, la culpabilité et les symptômes dépressifs empêcheraient la recourante d'accomplir ses travaux habituels, à plus forte raison que les troubles en question ont été observés au cours d'un bref suivi de trois mois en 2013. Du reste, même si un état dépressif et un trouble de l'adaptation devaient subsister à ce jour comme l'indique le Dr B\_\_\_\_\_, le SMR en a tenu compte dans son avis du 15 octobre 2015 en retenant une fragilité psychologique et un manque de motivation. En outre, dans la mesure où l'enquête ménagère intègre le fait que la recourante doit fractionner son travail et se ménager des périodes de repos, on ne saurait dire que ses résultats apparaissent en contradiction avec les rapports de Mme D\_\_\_\_\_ et du Dr B\_\_\_\_\_, ce d'autant que les affections psychiques apparaissent nettement au second plan dans le tableau clinique dressé par ce médecin.

Compte tenu de ce qui précède, les résultats du rapport d'enquête ménagère sont cohérents avec les constats médicaux.

Dans un second moyen, la recourante reproche à l'intimé de n'avoir jamais mis en œuvre d'expertise médicale, s'écartant ainsi du premier avis émis par le SMR le 28 novembre 2013.

En examinant la situation de plus près, il apparaît que les conclusions de ce premier avis du SMR étaient motivées par le fait qu'il convenait de préciser la nature exacte des atteintes à la santé et leurs répercussions fonctionnelles. Dans la mesure où ces deux points sont détaillés de manière précise par le Dr B\_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 août 2013, le choix de l'intimé de ne pas diligenter l'expertise pluridisciplinaire qui avait été décidée dans un premier temps n'apparaît pas contestable.

Enfin, l'exigibilité retenue pour le mari de la recourante – fixée à 27.75% dans l'ensemble – apparaît admissible dès lors que celui-ci est en bonne santé et n'exerce pas d'activité lucrative.

Il résulte de ce qui précède qu'on ne saurait faire grief à l'intimé de s'être fondé sur les résultats de l'enquête du 7 décembre 2015 qui concluent à un degré d'invalidité de 12%.

10. En tous points mal fondé, le recours doit être rejeté.

11. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de la condamner au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

\*\*\*

**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

Irène PONCET

Catherine TAPPONNIER

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