

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3139/2014

ATAS/515/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2015

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o Mme B_____, à Carouge

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christine BULLIARD-MANGILI et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1964, est de nationalité française. Après avoir œuvré en qualité d'ambulancière, de secouriste bénévole et d'hôtesse d'accueil en France, elle a arrêté de travailler pour s'occuper de ses enfants, nés en 1997, 1998 et 2000. Elle est arrivée en Suisse le 28 octobre 2011 et a épousé le père de ses enfants, déjà domicilié à Genève, le 31 octobre 2011.
2. En date du 20 novembre 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en raison d'une sarcoïdose pulmonaire de degré III.
3. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a reçu différents documents, dont :
 - a. Une attestation du 12 août 2011 du docteur C_____, médecin généraliste et ostéopathe à Gaillard (France), aux termes de laquelle l'assurée présentait une affection de longue durée nécessitant la présence d'une aide-ménagère à raison de cinq heures par semaine durant six mois.
 - b. Un rapport du 12 décembre 2011 du Dr D_____, médecin auprès du centre hospitalier intercommunal Annemasse - Bonneville (France), suite à un examen de polygraphie ventilatoire dans le cadre d'une suspicion de syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil. Une polysomnographie était préconisée.
 - c. Un courrier du 30 août 2012 du Dr E_____, spécialiste FMH en pneumologie, au Dr F_____, spécialiste FMH en médecine interne, duquel il ressort que l'assurée était connue pour une pneumopathie interstitielle infiltrante fortement hypoxémiante, compliquée d'un syndrome restrictif sévère, qui avait nécessité une biopsie pulmonaire le 9 juin 2010. L'examen avait permis de retenir le diagnostic de sarcoïdose pulmonaire de stade probablement III. Compte tenu de la sévérité du tableau clinique, biologique, fonctionnel et radiologique, une corticothérapie à dose élevée avait d'emblée été entreprise avec une amélioration radiologique nette. Ce traitement avait malheureusement été grevé de nombreux effets secondaires, très mal vécus par l'assurée, qui l'avait interrompu en décembre 2011. Quelques mois après cet arrêt, en raison de la réapparition d'une dyspnée, de la toux, des difficultés respiratoires et des sibilances, un CT scan thoracique avait été réalisé le 24 mai 2012 ; il avait révélé un syndrome interstitiel bilatéral des deux sommets assorti d'une condensation biapicale non observée en septembre 2010. Suite aux résultats des examens de laboratoire du 6 juin 2012, à un examen clinique du 15 juin 2012, à une bronchoscopie du 28 juin 2012 et à une échocardiographie du 17 juillet 2012, le Dr E_____ a favorisé le diagnostic de rechute de la sarcoïdose au décours d'une corticothérapie prématurément interrompue. Il a ajouté que la situation semblait moins préoccupante qu'en juin 2010, aussi bien au niveau clinique que respiratoire fonctionnel. En outre, il a signalé une ostéoporose documentée par une ostéodensitométrie à la fin de l'année 2012.

d. Un courrier du 21 décembre 2012 du Dr E_____ au Dr F_____ suite à trois nouvelles consultations de l'assurée entre octobre et novembre 2012. Le Dr E_____ a retenu les diagnostics de suspicion de rechute de sarcoïdose pulmonaire, de douleurs lombaires d'origine indéterminée, de rhino-sinusite subaiguë en novembre 2012 avec un possible asthme, et de sarcoïdose pulmonaire. Il ressort de ce document qu'un traitement martial avait été introduit par le Dr F_____ en raison d'une anémie microcytaire hypochrome et hyposidérémique, avec un excellent résultat. Le Dr E_____ a relevé que subjectivement, la dyspnée, les douleurs et les oppressions thoraciques avaient plutôt diminué, et que la plainte principale concernait les douleurs lombaires qui irradiaient dans le membre inférieur droit et parfois à gauche. Concernant la suspicion clinique et radiologique de rechute de la sarcoïdose, la symptomatologie actuelle dégressive était moindre que celle présentée deux ans auparavant. Théoriquement, en raison de l'atteinte clinique, la reprise d'une corticothérapie était indiquée, mais l'assurée y était opposée à cause des effets secondaires et la symptomatologie plutôt dégressive, de sorte qu'il avait été convenu de renoncer à un tel traitement. Des contrôles respiratoires fonctionnels et radiologiques à six mois, une année et deux ans étaient prévus. S'agissant des douleurs lombaires avec des sciatalgies droites et gauches à inscrire dans le contexte d'une ostéoporose cortisonique traitée par biphosphonates, le Dr E_____ a invité le Dr F_____ à mener des investigations.

e. Un rapport du 9 février 2013 du Dr F_____, lequel a retenu, à titre de diagnostic ayant des effets sur la capacité de travail, une sarcoïdose pulmonaire existant depuis la fin de l'année 2009 et, à titre de diagnostics sans effets sur ladite capacité, des lombalgies chroniques et un tabagisme. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 19 juillet 2012, soit depuis qu'il la suivait, en raison d'une dyspnée d'effort. Elle ne pouvait notamment pas exercer des activités en position uniquement debout, à genoux, accroupi, principalement en marchant, travailler avec les bras au-dessus de la tête, soulever ou porter des charges, monter des escaliers ou sur une échelle, et sa capacité de résistance était limitée par la dyspnée.

f. Un rapport du 12 septembre 2013 de ce médecin mentionnant que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé en raison des effets secondaires de la corticothérapie. La capacité de travail de l'assurée était nulle et les limitations fonctionnelles observées consistaient en une dyspnée et une prise pondérale.

g. Un rapport du 18 octobre 2013 établi par le Dr E_____, duquel il ressort que l'assurée avait été victime d'une rechute de sarcoïdose pulmonaire avec une symptomatologie respiratoire, un syndrome biologique inflammatoire et une atteinte pulmonaire, documentés radiologiquement. Cette rechute avait nécessité une reprise de la corticothérapie à raison de 40 mg de Prednisone par voie buccale par jour. Sous ce régime, l'évolution avait été favorable tant subjectivement qu'au plan radiologique avec une régression de l'atteinte parenchymateuse par rapport au CT scan du 24 mai 2012. Les fonctions pulmonaires du 23 septembre 2013 étaient

dans les limites de la norme. L'assurée restait invalidée par une dyspnée d'effort sur un probable asthme surajouté et par des douleurs thoraciques et dorsolombaires d'origine indéterminée.

4. Par avis du 12 février 2014, la Dresse G _____, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après SMR), a rappelé les atteintes à la santé signalées par les médecins traitants, soit une sarcoïdose pulmonaire et des douleurs lombaires, et retenu, à titre de limitations fonctionnelles, une dyspnée d'effort, les positions debout et assise prolongées, le port de charges lourdes de manière répétée, la montée et la descente d'escaliers, la marche en terrain irrégulier, la position en porte-à-faux et la position agenouillée. La Dresse G _____ a conclu que la dyspnée d'effort consécutive à la sarcoïdose, avec des fonctions pulmonaires dans les limites de la norme, induisait une incapacité totale de travail dans les activités nécessitant des mouvements et des charges, mais que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'assurée conservait une pleine capacité de travail. De même, les douleurs lombaires induisaient des limitations fonctionnelles, mais dans une activité adaptée à ces restrictions, l'assurée était totalement capable de travailler.
5. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 29 avril 2014 par une infirmière au domicile de l'assurée, laquelle a alors notamment exposé avoir choisi d'arrêter de travailler depuis la naissance de ses enfants et vivre des allocations familiales et du revenu de son époux, chauffeur de taxi.

Les empêchements, qui comprenaient l'exigibilité des membres de la famille, soit le mari de l'assurée et leurs trois enfants adolescents, ont été pondérés comme suit :

| Champs d'activités | Exigibilité | Pondération champs d'activité en % | Empêchement en % | Empêchement pondéré |
|---|-------------|------------------------------------|------------------|---------------------|
| Conduite du ménage (planification, organisation, répartition du travail, contrôle) | | 5% | 0% | 0% |
| Exigibilité | 0% | | 0% | 0% |
| Alimentation (préparation, cuisson, service, travaux de nettoyage de la cuisine, provisions) | | 40% | 20% | 8% |
| Exigibilité | 20% | | 0% | 0% |
| Entretien du logement (épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, faire les lits) | | 20% | 50% | 10% |
| Exigibilité | 30% | | 20% | 4% |
| | | | | |

| | | | | |
|--|-----|-----|------|------------|
| Emplettes et courses diverses (poste, assurances, services officiels) | | 10% | 50% | 5% |
| Exigibilité | 30% | | 20% | 2% |
| Lessive et entretien des vêtements (laver, suspendre, ramasser, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures) | | 20% | 40% | 8% |
| Exigibilité | 20% | | 20 % | 4% |
| Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille | | 5 % | 0% | 0% |
| Exigibilité | 0% | | 0% | 0% |
| Divers (soins infirmiers, entretien des plantes et du jardinage, garde des animaux domestiques, confection de vêtements, activité d'utilité publique, formation complémentaire, création artistique). | | 0% | 0 % | 0% |
| Exigibilité | 0% | | | 0% |
| Total de l'exigibilité retenue | | | | 21% |
| Total – Empêchement pondéré sans exigibilité | | | | 31% |
| Total – Empêchement pondéré avec exigibilité | | | | 10% |

L'enquêtrice a relaté que l'assurée pouvait continuer à conduire son ménage normalement, comme avant la survenance de l'atteinte à la santé, de sorte qu'il n'y avait aucun empêchement pour ce poste. Un empêchement de 20 % était retenu pour le poste lié à l'alimentation et une exigibilité de 20 %. L'assurée avait déclaré qu'elle continuait à préparer à manger pour ses enfants, notamment des repas chauds tous les soirs. Elle ne pouvait pas faire des repas très compliqués en raison du manque de place (la cuisine mesurait environ 2m²). Ses enfants l'aidaient pour mettre la table et ranger après les repas, et sa fille l'aidait également pour faire la vaisselle, à la main car il n'y avait pas de machine. L'assurée prenait son temps pour effectuer ces tâches, car elle était rapidement essoufflée. Elle ne devait pas faire beaucoup de déplacements, tout étant à portée de main compte tenu de la taille de la cuisine. Concernant l'entretien du logement, l'empêchement retenu était de 50 % et l'exigibilité de 30 %. L'assurée s'était montrée assez évasive sur la situation qui prévalait avant son atteinte à la santé, notamment sur son domicile. Le ménage dans le petit studio qu'elle occupait dorénavant consistait à entretenir une

salle de bain, une toute petite cuisine et une pièce avec une table basse, un grand lit, un canapé et un petit lit. L'assurée nettoyait régulièrement les sanitaires. Elle n'avait pas d'aspirateur et n'avait jamais fait de grands nettoyages, la poussière était enlevée par sa fille avec un chiffon, et les enfants faisaient leurs lits. L'empêchement retenu était de 50 % pour le poste relatif aux emplettes et courses et l'exigibilité de 30 %, étant relevé qu'avant ses problèmes de santé, l'assurée ne faisait pas les courses, faute d'argent, et que son mari s'en chargeait. Depuis l'atteinte, la situation était identique car son mari ne lui donnait pas d'argent. Il achetait les vêtements avec les enfants. Elle ne s'intéressait pas aux papiers de son époux, mais gérait les siens et ceux des enfants. Quant à l'entretien des vêtements, l'empêchement était de 40 % et l'exigibilité de 20 %. Avant l'atteinte, l'assurée était en mesure de faire la lessive pour ses enfants et son mari, mais ne repassait pas. Dorénavant, elle se rendait environ une fois par semaine avec ses enfants qui portaient le linge au lavoir le plus proche, car, étant en sous-location, elle n'avait pas le droit d'utiliser la buanderie. Lorsque son fils incontinent mouillait son lit, il nettoyait lui-même les draps et les suspendait dans la salle de bain. L'assurée pouvait laver des choses à la main en cas de besoin, mais cela engendrait des douleurs dans les poignets, la cortisone ayant fragilisé ses articulations. Faute d'espace de rangement dans le studio, le linge était rangé dans les valises. Aucun empêchement n'était retenu pour les soins aux enfants, étant rappelé que les trois adolescents étaient autonomes pour se rendre dans leurs écoles respectives, mais l'un d'eux avait un retard qui nécessitait une plus grande disponibilité. L'assurée a déclaré qu'elle avait toujours voulu rester disponible pour ses enfants et qu'elle se sentait empêchée lorsqu'elle vivait des émotions fortes qui la rendaient dyspnéique. Enfin, pour le poste divers, l'assurée n'avait jamais eu d'activité particulière et il n'y avait aucun empêchement. Le total de l'empêchement pondéré sans exigibilité se montait à 31 %, et celui avec exigibilité à 10 %.

6. Le 23 juin 2014, la Dresse G_____ a retenu que le début de la maladie et de l'incapacité de travail à 100 % dans l'activité habituelle était antérieur au mois de juin 2010.
7. Par décision du 17 septembre 2014, confirmant son projet du 7 juillet 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que l'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels, fixé à 10 % suite à l'enquête ménagère, ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. En outre, l'assurée n'était pas domiciliée en Suisse lors de la survenance de l'invalidité, soit en juin 2011, puisqu'elle était arrivée dans ce pays le 28 octobre 2011, de sorte que les conditions d'assurance ne pouvaient pas être remplies.
8. Par acte du 15 octobre 2014, l'assurée a interjeté recours contre la décision précitée et conclu implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente. Elle a rappelé avoir présenté en 2012 une rechute à sa maladie pulmonaire inflammatoire (sarcoïdose), rechute qui affectait considérablement sa capacité de travail

puisque'elle ressentait un essoufflement au moindre effort en dépit d'une médication adéquate.

9. Dans sa réponse du 13 novembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a rappelé que le SMR avait considéré que le début de l'incapacité de travail durable était à tout le moins antérieur au mois de juin 2010, de sorte que la survenance de l'invalidité devait être fixée au mois de juin 2011, période à laquelle la recourante n'était pas encore domiciliée en Suisse. La recourante ne remplissait donc pas les conditions d'assurance. En outre, elle n'avait plus travaillé depuis la naissance de ses enfants et revêtait donc le statut de ménagère. Or, selon l'enquête du 29 avril 2014, son taux d'empêchement dans le ménage s'élevait à 10 %, si bien que même si les conditions d'assurance avaient été remplies, le droit à la rente n'aurait pas été ouvert. Enfin, l'aggravation de l'état de santé de la recourante survenue en 2012 ne constituait pas un nouveau cas d'assurance et ne permettait pas un nouvel examen des conditions d'assurance.
10. Le 18 novembre 2014, la chambre de céans a communiqué copie de cette écriture à la recourante, et lui a indiqué qu'elle disposait d'un délai au 9 décembre 2014 pour consulter le dossier et faire part de ses éventuelles remarques.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS/GE E 2 05), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

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

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

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au

moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 466 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 71 consid. 6b; ATF 112 V 356 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 17 septembre 2014 refuse l'octroi de prestations suite à la demande de la recourante du 20 novembre 2012, de sorte que sont applicables les modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

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. L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a nié à la recourante le droit à une rente d'invalidité.
6. a. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

b. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

L'art. 16 LPGA prévoit que, 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.

c. Selon l'art. 8 al. 3 LPGA, les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. L'art. 7 al. 2 est applicable par analogie.

L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à

l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI).

d. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra 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 toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301ss consid. 2b). 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 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

8. a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Selon la jurisprudence, 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 y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

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. 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 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

- b. Lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité d'un assuré à accomplir des tâches ménagères, un empêchement ne peut être pris en compte que si ledit assuré ne

parvient plus à exécuter la tâche en question et si cette tâche doit être confiée à des tiers rétribués ou à des proches qui enregistrent de ce fait une perte de gain ou pour lesquels cela représente une charge disproportionnée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 518/2004 du 25 novembre 2005 consid. 4). Il convient donc d'examiner dans chaque cas si la personne est encore en mesure d'exécuter la tâche en question et, dans la négative, si une tierce personne rétribuée ou un de ses proches s'en occupe.

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 460 consid. 4.2 et ATF 123 V 230 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 681/02 du 11 août 2003). 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).

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ;

ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. a. En l'espèce, il est rappelé que la recourante a choisi de cesser de travailler à la naissance de ses enfants et qu'elle n'a jamais exercé d'activité lucrative depuis qu'elle s'est installée en Suisse, bien que son enfant le plus jeune fût alors âgé de 11 ans. En dépit des conditions de vie précaires de sa famille, elle n'a jamais évoqué son intention de reprendre un emploi.

Par conséquent, le statut de ménagère à plein temps doit être confirmé, ce que la recourante ne conteste au demeurant pas.

b. Les rapports produits dans le cadre de la présente procédure attestent tous que la recourante présente deux atteintes à la santé : elle souffre d'une part d'une sarcoïdose pulmonaire diagnostiquée en juin 2010, et d'autre part de lombalgies chroniques.

S'agissant de la première atteinte, le pneumologue a expliqué que la corticothérapie commencée en juin 2010 a permis une amélioration radiologique nette, mais a dû être interrompue en décembre 2011 en raison des effets secondaires. Suite à une rechute durant l'été 2012, avec la réapparition d'une dyspnée, de la toux, des difficultés respiratoires et des sibilances (courriers des 30 août et 21 décembre 2012 du Dr E_____), un syndrome biologique inflammatoire et une atteinte pulmonaire ont nécessité la reprise de la corticothérapie. L'évolution a été favorable et les fonctions pulmonaires considérées dans les limites de la norme en septembre 2013. Selon le Dr E_____, la recourante restait toutefois limitée par une dyspnée d'effort sur un probable asthme (rapport du 18 octobre 2013), ce qui a également été retenu par le médecin traitant (rapports des 9 février et 12 septembre 2013 du Dr F_____) et a dûment été pris en considération par le SMR (avis du 12 février 2014 de la Dresse G_____).

Concernant les douleurs lombaires, le Dr E_____ a estimé qu'elles s'inscrivaient dans le contexte d'une ostéoporose cortisonique (courrier du 30 août 2012) et qu'elles engendraient également des restrictions (rapport du 18 octobre 2013). Le médecin traitant spécialiste en médecine interne a posé le diagnostic de lombalgies chroniques sans répercussion sur la capacité de travail, et précisé que la recourante ne pouvait, compte tenu de son état de santé global, ni exercer des activités principalement en marchant, ni en position uniquement debout, à genoux ou accroupie, ni travailler avec les bras au-dessus de la tête, ni soulever ou porter des charges, ni monter des escaliers ou sur une échelle (rapports des 9 février et 12 septembre 2013 du Dr F_____). Ces restrictions ont bien été prises en compte par la Dresse G_____, laquelle a en outre signalé que la position en porte-à-faux devait être évitée (avis du 12 février 2014).

Il appert ainsi que les différents médecins appelés à se prononcer sur le cas de la recourante ont émis des conclusions similaires, tant en ce qui concerne les diagnostics que les limitations fonctionnelles.

c. L'intimé a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage, laquelle a été effectuée au domicile de la recourante par une personne qualifiée. Bien que l'enquêtrice ait uniquement mentionné le diagnostic de sarcoïdose pulmonaire, sans faire référence aux douleurs lombaires, il sied de relever que son rapport énumère correctement toutes les limitations retenues par le SMR, lesquelles tiennent dûment compte des lombalgies chroniques. L'enquêtrice a visité l'appartement de la recourante, relaté les indications de cette dernière sur les tâches qu'elle accomplissait elle-même par le passé et qu'elle continuait à effectuer, seule ou avec l'aide des membres de sa famille, depuis son atteinte à la santé. La chambre de céans relève à cet égard que la fixation d'une exigibilité globale de 21 % à la charge du mari et des trois enfants adolescents dans la sphère ménagère n'est pas critiquable. A titre d'exemple, le Tribunal fédéral a confirmé qu'une exigibilité globale de 30 % à charge du mari et des enfants, nés respectivement en 1991, 1993 et 1998, dans la sphère ménagère était tout à fait admissible (arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014). Pour le surplus, le texte du rapport apparaît plausible, est motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations et renseignements relevés sur place. Ainsi, en l'absence d'indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête, ce rapport doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. En conséquence, la chambre de céans s'en tiendra à l'évaluation de l'enquêtrice, selon laquelle le total de l'empêchement pondéré sans exigibilité s'élève à 31 %, et celui avec exigibilité à 10 %.

Enfin, la chambre de céans relève à l'attention de la recourante que l'enquête sur le ménage a été réalisée le 29 avril 2014, soit postérieurement à la rechute, de sorte que ce document tient compte des atteintes à la santé présentées depuis 2012 et des limitations fonctionnelles qui en découlent.

11. Par conséquent, le degré d'invalidité dans la sphère ménagère de 10 % est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. C'est à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante.

Dans ces conditions, nul n'est besoin d'examiner si les conditions d'assurance sont réalisées.

12. Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté.

La procédure n'étant plus gratuite depuis le 1^{er} juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

* * * * *

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

Statuant

A 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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