

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3486/2016

ATAS/563/2017

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 22 juin 2017**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée aux ACACIAS, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître GABUS Pierre

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

## **EN FAIT**

1. Le 4 décembre 2003, A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une totale incapacité à exercer sa profession de femme de ménage depuis le 23 septembre 2002 en raison de lombo-sciatalgies.
2. Par décision du 19 décembre 2005, confirmée sur opposition le 30 mars 2006, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation sur la base d'un dossier comprenant, notamment :
  - un bref rapport du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, du 15 décembre 2003, confirmant le diagnostic de lombo-sciatalgies, présentes depuis 1997 ;
  - un rapport du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, en médecine du sport, en médecine physique et en rééducation, du 29 mars 2005, mandaté en tant qu'expert par l'OAI, concluant à des lombalgies chroniques depuis 1997, à des troubles dégénératifs étagés avec discrète arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1 et à de probables tendinopathies chroniques du sus-épineux gauche ; l'expert a relevé une nette discordance entre les plaintes de l'assurée, ses limitations fonctionnelles et les éléments contenus dans le rapport de son médecin-traitant (pour sa part, il ne voyait pas d'indication à retenir une telle répercussion sur la capacité professionnelle, vu le caractère discret et limité des phénomènes dégénératifs du rachis lombaire bas ; il lui semblait exagéré de conclure, à l'instar du médecin-traitant, que l'assurée n'aurait plus aucune capacité fonctionnelle résiduelle quelle que soit l'activité envisagée) ; en définitive, l'expert a conclu à une capacité de travail entièrement conservée dans l'activité de femme de ménage exercée quatre heures par semaine (seul devait être évité le port de charges de plus de 15 kg) et de 100% dans une activité adaptée ; l'expert a évoqué un possible conflit sous-acromial avec tendinopathie chronique du sus-épineux d'apparition récente en soulignant que cela ne modifiait pas ses conclusions (les seules limitations fonctionnelles liées à cette possible nouvelle pathologie consistaient à éviter de travailler bras tendus et chargés ou bras au-dessus de l'horizontale) ;
  - une première enquête économique sur le ménage, du 7 décembre 2005 (pièce 33 OAI), concluant à un empêchement global de 21.4% dans la sphère ménagère, tenant compte d'une aide exigible de la part du mari de l'assurée, dont il était souligné qu'il était très présent puisque bénéficiaire d'une rente d'invalidité partielle et sans activité professionnelle.

L'OAI a admis qu'au vu de la situation financière du couple, l'assurée, en bonne santé, aurait vraisemblablement augmenté son temps de travail de quatre h./sem. à

---

au moins 10 h./sem. et lui a en conséquence reconnu un statut d'active à 25%. Compte tenu de l'empêchement de 21.4% retenu dans la sphère ménagère, il est parvenu à un degré d'invalidité de 16%, insuffisant pour ouvrir droit à des prestations.

3. Le 22 novembre 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en invoquant des « maux de dos ».

Ont alors été notamment versés à son dossier :

- celui constitué par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA\_), dont il ressort que l'assurée a été victime d'un accident le 26 juin 2010 (glissade et chute sur le dos), suivi d'un second, le 7 septembre 2010 (nouvelle chute) ; la SUVA, par décision du 16 décembre 2010, a mis un terme à sa prise en charge au motif que les atteintes résiduelles n'étaient plus en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident ;
- un rapport du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 14 novembre 2010, concluant à un status post-contusion rachidienne et à une fibromyalgie ;
- un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 5 mars 2011 confirmant ces diagnostics et concluant à une totale incapacité à exercer l'activité habituelle de femme de ménage du 22 juin 2010 au 31 janvier 2011 ;
- un courrier du Dr D\_\_\_\_\_ du 23 mai 2011 expliquant que le diagnostic de fibromyalgie se basait sur la présence de douleurs chroniques touchant les quatre membres et le tronc, présentes au repos comme à l'effort, accompagnées d'une asthénie et de troubles du sommeil ; à l'examen clinique, l'assurée se plaignait de douleurs diffuses à la pression des points de Smythe ; selon le Dr D\_\_\_\_\_, la fibromyalgie n'était pas incapacitante au sens de la jurisprudence ; le diagnostic remontait au courant de l'année 2010 ;
- un rapport d'examen clinique rhumatologique de la doctoresse H\_\_\_\_\_, « experte médicale SIM », auprès du Service médical régional (ci-après : SMR), du 10 août 2011, confirmant une incapacité de travail de 100% du 22 juin 2010 au 31 janvier 2011 (selon l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ du 8 mars 2011) et concluant à une capacité pleinement recouvrée à compter du 1<sup>er</sup> février 2011, que ce soit dans l'activité habituelle exercée à raison de 8-10 h./sem. ou dans une activité adaptée exercée à plein temps ; étaient retenus à titre de diagnostics : des rachialgies chroniques avec irradiations pseudo-radiculaires vers les bras et la jambe gauche dans le contexte d'un trouble statique et modérément dégénératif avec dysbalance musculaire et déconditionnement (M 54.5) ; ont également été mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie et une obésité ; le médecin a souligné la nécessité de prendre en compte le trouble statique et dégénératif du rachis cervico-lombaire ainsi que l'atteinte mineure des genoux et les limitations y relatives (éviter le travail en position statique prolongée debout, en rotation/flexion/extension du tronc et en porte-à-faux, en position agenouillée, les déplacements sur terrain accidenté, les montées et

descentes d'escaliers, les ports de charges répétitifs) ; si l'activité de nettoyeuse n'était que difficilement exigible, elle restait encore possible à raison de 4-8 h./sem. ; une activité adaptée aux limitations était exigible à plein temps, avec une diminution de rendement de l'ordre de 20% (pièce 74 OAI) ;

- une seconde enquête ménagère diligentée le 12 juin 2012 (pièce 88 OAI), concluant à un taux d'empêchement de 18% dans la sphère ménagère, de 77%. Il a été noté que dans la sphère ménagère, les empêchements étaient relativement modérés et qu'il avait été tenu compte de l'exigibilité de l'aide du mari, retraité ;
  - un rapport d'expertise orthopédique du 19 mars 2013, du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à l'intention de l'assurance accident (pièce 117 OAI) concluant, à titre de diagnostics principaux, à un status après fracture/tassement de D11 en août 2012, à une hypercyphose dorsale, à un status après contusion lombaire et à un status après contusion du coude gauche ; selon l'expert, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle mais l'assurée pourrait recouvrer une capacité de 40% dans un délai de trois à cinq mois ;
  - un bref rapport du Dr B\_\_\_\_\_, du 17 juillet 2013, mentionnant une aggravation survenue en août 2012, indiquant à titre de limitations fonctionnelles : « toutes » (sic).
4. Par décision du 20 septembre 2012, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.
  5. Le 22 octobre 2012, celle-ci a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant principalement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction.
  6. Après réception d'un certain nombre de documents médicaux se rapportant à l'accident subi par l'assurée le 17 août 2012, l'OAI a conclu à l'annulation de sa décision et au renvoi du dossier pour complément d'instruction sous forme d'une expertise rhumato-psychiatrique et nouvelle décision.
  7. La Cour de céans a statué en ce sens par arrêt du 8 avril 2013 (ATAS/348/2013).
  8. Par courrier du 13 juin 2013, le conseil de l'assurée a demandé à l'OAI de mettre sur pied l'expertise envisagée.
  9. Le 22 juillet 2013, l'OAI lui a communiqué les questions qu'il entendait poser aux experts en lui impartissant un délai pour les compléter, ce qu'a fait l'assurée par courrier du 26 juillet 2013.
  10. Par courrier du 5 février 2014, le conseil de l'assurée a relancé l'OAI.
  11. Le 10 février 2014, celui-ci lui a répondu que l'avancement de la procédure n'était pas de son ressort : tenu de passer par le biais d'une plateforme électronique, il y avait enregistré le mandat d'expertise le 25 juillet 2013 et restait dans l'attente des coordonnées du centre qui pourrait l'effectuer.
  12. Par courrier du 14 février 2014, l'assurée a mis l'OAI en demeure d'accélérer l'instruction.

13. Le 1<sup>er</sup> mai 2014, elle a saisi la Cour de céans d'un premier recours pour déni de justice, que la Cour de céans a admis par arrêt du 4 décembre 2014 (ATAS/1264/2014), en invitant l'OAI à mettre sur pied une expertise bidisciplinaire (rhumatologie et psychologique) d'ici fin 2014.
14. Le Centre d'expertise médicale (CEMed), plus particulièrement les docteurs F\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie et G\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport en date du 19 mars 2015.  
  
Ils ont confirmé le diagnostic de fibromyalgie, tout en soulignant l'existence parallèle d'une problématique ostéo-articulaire sévère, qualifiée de prédominante et durable ; sur le plan rhumatologique, les experts jugeaient que l'activité de femme de ménage n'était plus exigible, quel que fût le nombre d'heures par semaine effectuées ; sur le plan psychique, la capacité de travail a été jugée complète en temps et en rendement, sans limitation ; ont été retenues à titre de limitations somatiques : le fait de ne pouvoir conserver une position statique prolongée plus de trente minutes, de ne pouvoir travailler bras en hauteur, de ne pouvoir porter de charges de plus de 3 kg, de ne pouvoir ni s'agenouiller, ni se pencher en avant et de devoir éviter les déplacements sur terrain inégal et escaliers ; l'assurée ne pouvait donc plus effectuer les tâches inhérentes à l'activité d'une femme de ménage (pièce 162 OAI) ;
15. Le 15 avril 2015, le SMR s'est rangé aux conclusions de cette expertise, qualifiée de convaincante.
16. Une nouvelle enquête économique sur le ménage a eu lieu le 15 juin 2015, qui a conclu à des empêchements globaux de 54%, pondérés à 27%, compte tenu d'une aide exigible de l'époux de 27% ; il a été relevé qu'aux dires de l'assurée, celle-ci pouvait continuer à réaliser de petites tâches ménagères et effectuer des activités assises (aide à la cuisine, pliage du linge) ; sa belle-fille lui apportait son aide pour le nettoyage et le repassage ; l'enquêtrice a indiqué avoir tenu compte des atteintes (importante cyphose dorsale sur fractures/tassements des vertèbres D10 et D11 et ostéoporose grave connue depuis décembre 2012).
17. Le 23 juillet 2015, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1er juin 2011, compte tenu d'un degré d'invalidité de 40%.
18. Le 26 août 2015, l'assurée a contesté ce projet en alléguant en substance que l'enquête ménagère était contraire aux conclusions de l'expertise du CEMed et ne tenait absolument pas compte de sa situation médicale.
19. Le 30 juin 2016, l'assurée a saisi la Cour de céans d'un nouveau recours pour déni de justice, lequel a été admis par arrêt du 25 août 2016 (ATAS/685/2016). L'OAI a été invité à notifier valablement une décision formelle à l'assurée dans les meilleurs délais.

- 
20. Par décision du 15 septembre 2016 « annulant et remplaçant celle du 4 février 2016 » - dont il convient de relever qu'elle n'était jamais parvenue à l'assurée - l'OAI a reconnu à celle-ci le droit à un quart de rente à compter du mois de juin 2011.

L'OAI a constaté que, depuis juin 2010, début du délai d'attente d'une année, la capacité de travail et les aptitudes de l'intéressée à accomplir ses travaux habituels avaient été considérablement restreintes. A l'issue du délai d'attente, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité.

Auparavant, l'intéressée exerçait une activité professionnelle à raison de 7 h./sem., ce qui correspondait à un taux d'occupation de 17,50% ; les autres 82,50% correspondaient aux tâches ménagères.

Se référant à la dernière enquête ménagère réalisée en juin 2015, l'OAI a admis un degré d'empêchement dans la sphère ménagère de 27%.

Dès lors, le degré d'invalidité global s'établissait à 39,78% arrondi à 40% (100% dans la part professionnelle de 17,5% = 17,5% + 27% d'empêchement dans la sphère ménagère de 82,5 % = 22,28 %).

L'OAI a relevé que la dernière enquête ménagère était celle aboutissant au taux d'empêchement le plus élevé depuis 2005, traduisant ainsi la péjoration de l'affection. Avait été prise en compte l'aide exigible des membres de la famille de l'assurée. L'OAI a également relevé que lors du dernier entretien à domicile, l'assurée avait affirmé qu'en l'absence de toute atteinte à sa santé elle aurait poursuivi son activité comme femme de ménage à temps partiel.

21. Par écriture du 14 août 2016, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> juin 2011.

S'agissant tout d'abord de son statut, la recourante indique que jusqu'à son incapacité totale de travail, elle a exercé son activité de femme de ménage à raison de 9 h./sem. en moyenne, ce que l'intimé avait du reste admis dans sa décision du 20 septembre 2012.

Elle relève que la première enquête sur le ménage du 7 décembre 2005 concluait à un empêchement de 21,4%, la seconde, effectuée en juin 2012, à un empêchement de 18% seulement alors même que son état s'était dégradé et la troisième à un empêchement de 27%. Elle en tire la conclusion que les pourcentages retenus au titre d'empêchements dans ces différentes enquêtes ménagères n'ont aucun fondement. La recourante en veut pour démonstration le fait que les empêchements évoqués dans les trois enquêtes se ressemblent fortement, en dehors de quelques modifications mineures, et que l'enquêtrice a pourtant abouti à chaque fois à un taux différent. Quoi qu'il en soit, les taux sont selon elle incompatibles avec les constatations médicales du CEMed. Qui plus est, elle conteste formellement le contenu de l'enquête ménagère du 12 juin 2012.

La recourante argumente ensuite à titre d'exemple différents taux ressortant de l'enquête. Ses arguments seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt. Pour le reste, la recourante conteste également l'aide exigible de 27% retenue pour son époux. Selon elle, c'est une exigibilité de 15% au maximum qui doit être retenue, s'agissant d'un homme âgé de plus de 70 ans, souffrant d'importants problèmes de santé.

22. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 14 novembre 2016, a proposé une modification de la décision litigieuse en ce sens qu'il admet que l'assurée doit se voir reconnaître un statut d'active de 23% en lieu et place de 17,5%, tout en faisant remarquer que cette modification n'influe pas sur le résultat.

Pour le reste, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il rappelle que, selon la jurisprudence, l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile d'un assuré constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine. En l'occurrence, il considère que l'enquêtrice a tenu compte de l'ensemble des éléments médicaux du dossier et des limitations fonctionnelles découlant des atteintes à la santé. Elle a du reste consigné dans son rapport la liste des diagnostics retenus. Par ailleurs, l'enquête repose dans une large mesure sur le comportement et les déclarations de l'assurée. L'intimé soutient qu'elle doit dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante.

23. Par écriture du 19 décembre 2016, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle rappelle que trois enquêtes ménagères se sont succédé et qu'aucune n'a abouti à la même conclusion. Qui plus est, elle conteste que ce rapport soit le reflet de ses déclarations.

### **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. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
3. Il n'est pas contesté que, depuis la décision initiale du 19 décembre 2005, l'état de santé de l'assurée s'est aggravé au point de ne plus lui permettre d'exercer la moindre activité lucrative. Quant au statut d'active de la recourante, l'intimé a

admis qu'il convenait de le fixer à 23%. Seule reste donc litigieuse la question du degré d'invalidité de la recourante dans la sphère ménagère.

4. 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 sans activité lucrative ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53).

5. Selon la définition légale, l'incapacité de gain consiste en la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui, 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Dans ce contexte, la rente de l'assurance-invalidité vise à la compensation d'un préjudice patrimonial qui présente une certaine importance (art. 28 al. 2 LAI); cela présuppose que la personne assurée subisse un dommage matériel objectif correspondant à une perte de gain ou à une incapacité à vaquer à ses occupations habituelles liée à l'invalidité de 40 % au moins.
6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, 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 médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 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 est 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 (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de

---

l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

7. En l'occurrence, la recourante conteste l'empêchement retenu dans la sphère ménagère.

a. C'est le lieu de rappeler qu'en ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels, l'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine. Pour déterminer 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 handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin le contenu doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place (arrêt 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). De plus, le total des activités ménagères doit toujours se monter à 100% (VSI 1997 p. 298).

Comme lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 28 al. 2 LAI, 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 en l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel ne peut être déterminé que 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 (arrêt du 28 février 2003 en la cause S.-P., I 685/02, déjà cité). 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 faut faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c).

b. En l'espèce, contrairement à ce qu'allègue la recourante, il n'existe aucun élément permettant de mettre en doute la valeur probante et les conclusions de l'enquête ménagère.

Certes, plusieurs enquêtes ont été diligentées entre 2005 et 2015, qui ont abouti à des résultats différents, ce dont on ne saurait tirer de conclusions quant à leur crédibilité puisque, précisément, elles se sont échelonnées sur une période de dix ans.

Quoi qu'il en soit, seule la dernière enquête est déterminante à ce stade. Ainsi que le fait remarquer l'intimé, c'est elle qui retient le taux d'empêchement le plus élevé, ce qui est cohérent au vu de la péjoration de l'état de santé de la recourante au fil du temps.

Comme le fait également remarquer l'intimé, cette enquête a été effectuée par une professionnelle de la santé parfaitement au courant du dossier médical de l'assurée puisqu'elle a mentionné les principales atteintes à la santé dans son rapport.

Au surplus, l'assurée n'amène aucun élément objectif permettant de contester les empêchements retenus par l'enquêtrice dans les différents postes. A cet égard, elle se contente de substituer son appréciation à celle de l'enquêtrice.

Ainsi, s'agissant de la rubrique « alimentation », elle reproche à l'enquêtrice de n'avoir retenu qu'un empêchement de 55% alors que, selon le CEMed, elle ne fait qu'éplucher quelques légumes pour la préparation des repas. Les médecins du CEMed ne se sont toutefois jamais déterminés sur la capacité ou l'incapacité de la recourante à effectuer ses différentes tâches ménagères, ce qui relève précisément de la compétence de l'enquêtrice. Les médecins se sont contentés de relater ce que l'assurée leur indiquait. Pour le reste, ils ont défini un certain nombre de limitations en relation avec l'activité habituelle.

À cet égard, il convient de rappeler que l'assurée ne peut tirer argument du fait qu'une incapacité totale lui a été reconnue dans son ancienne activité professionnelle de femme de ménage ou de nettoyeuse. En effet, selon la jurisprudence, une activité de nettoyeuse professionnelle ou de femme de ménage ne saurait être comparée à la tenue du foyer familial qui recouvre nombre d'activités sans exigence physique particulière (planification, organisation, répartition du travail, contrôle) ou dont les exigences dépendent directement de la taille du ménage et du nombre de ses occupants (préparation des repas, entretien du linge, emplettes, etc.). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (cf. arrêt I 593/03 du 13 avril 2005 consid. 5.3). D'autant que, pour satisfaire au devoir de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage est tenue de faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité, par exemple en adoptant une méthode de travail adaptée ou en recourant précisément à l'aide des membres de sa famille dans la mesure habituelle (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222).

Pour en revenir au poste « alimentation », l'enquêtrice relève que, comme c'était déjà le cas auparavant, l'assurée dit pouvoir aider à la préparation, voire même préparer un repas simple. La plupart du temps, c'est son époux qui prépare le repas, comme c'était déjà le cas avant l'atteinte à la santé. Dans ces conditions, l'empêchement de 55% retenu ne paraît pas discutable, d'autant que, toujours selon la jurisprudence, on peut admettre que la préparation des repas soit facilitée par l'achat de produits alimentaires prêts à l'emploi (arrêts I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.3.2.1).

La recourante argue qu'elle est par ailleurs totalement incapable de passer l'aspirateur, de repasser ou d'entretenir les sols et conteste dès lors l'empêchement de 75% retenu au titre de l'entretien du logement. Selon elle, c'est un empêchement de 90% au minimum qui devrait être retenu. A cet égard, l'enquêtrice a relevé que l'assurée pouvait encore enlever la poussière à sa hauteur et nettoyer les lavabos. Le degré d'empêchement retenu ne paraît dès lors pas non plus arbitraire.

Il en va de même du taux d'empêchement de 60% retenu pour les courses, puisque la recourante peut se rendre au supermarché à proximité pour de petites courses.

Quant à l'empêchement de 60% retenu pour la lessive, il correspond au fait que la recourante puisse s'occuper du tri du linge et plier celui-ci.

Enfin, s'agissant des activités quotidiennes, rien n'indique qu'un empêchement de plus 20% se justifierait dans la mesure où si l'assurée a dû renoncer au crochet, elle reste capable de garder l'un de ses petits-enfants une demi-journée par semaine, de lire et de regarder la télévision.

Pour le surplus, de façon générale, on rappellera que découle de l'obligation de réduire le dommage, celle de tenir compte de l'aide que peuvent apporter les proches à l'assurée, en l'occurrence, non seulement son mari mais également sa belle-fille. A ce propos, on notera que l'époux de la recourante avait déjà pour habitude de se charger des repas et des tâches administratives avant l'apparition de l'atteinte à la santé et qu'aucun élément au dossier ne permet de retenir que les efforts qu'il continue de fournir concrètement aujourd'hui serait en réalité au-dessus de ses forces ou de ses capacités.

Même en admettant une diminution de l'aide exigible à 20% pour tenir compte de l'âge avancé du mari de la recourante, cela ne conduit à aucun changement en termes de droit à la rente (34% d'empêchement conduisant à un degré d'invalidité de 26.18% s'ajoutant aux 23% de la sphère professionnelle, soit un degré d'invalidité global de 49.18%). On ne saurait en tout cas souscrire au degré de 15% d'aide exigible suggéré par la recourante, dans la mesure où elle dispose non seulement de l'aide de son mari, mais également de celle de sa belle-fille.

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Prend acte de ce que l'intimé reconnaît à la recourante un statut d'active à 23%.
3. Rejette le recours.
4. Met un émolument de CHF 200 à la charge de la recourante.
5. 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-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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