



POUVOIR JUDICIAIRE

A/632/2019

ATAS/153/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 février 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à LE GRAND-SACONNEX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Aleksandra PETROVSKA

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Christine LUZZATTO et Diane BROTO , Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1975, de nationalité turque, arrivée en Suisse en avril 2011, a déposé en date du 7 avril 2014 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant un lupus présent depuis dix ans et en indiquant être femme au foyer.
2. Le professeur B_____, du service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a confirmé dans un bref rapport du 2 juin 2014 que l'assurée était atteinte depuis 2004 d'un lupus ayant entraîné une totale incapacité de travail depuis 2011 en tout cas. Cette atteinte se traduisait par l'apparition progressive d'arthralgie et de rash cutané typique. Il y avait eu péjoration, malgré les traitements.
3. Le service de dermatologie, en date du 20 juin 2014, a confirmé le diagnostic de lupus érythémateux systémique avec atteintes articulaires et cutanées.
4. Le dossier a été soumis au Service médical régional de l'AI (SMR) qui, en date du 29 août 2014 a admis une incapacité de totale de travail pour un lupus connu depuis 2004. Il a été relevé que l'intéressée avait bénéficié de plusieurs traitements immunosuppresseurs lourds, sans succès ou avec des effets secondaires. Les limitations fonctionnelles décrites consistaient en douleurs articulaires, douleurs musculaires et fatigabilité. Le SMR a demandé que le Prof. B_____ soit interrogé sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée et sur l'évolution de ladite capacité depuis 2011.
5. Le 8 décembre 2014, le Prof. B_____ a répondu que l'assurée ne disposait d'aucune capacité de travail dans une activité adaptée ; il a qualifié son état de stationnaire, sans changement dans les diagnostics, et précisé qu'elle avait besoin d'une aide-ménagère.
6. Le 2 juillet 2015, le SMR a constaté que la pathologie était connue depuis 2004, soit avant l'arrivée de l'assurée en Suisse, qu'elle s'était aggravée en 2011, qu'elle était stable depuis le printemps 2014, mais résistante aux différents traitements, avec un syndrome inflammatoire et des synovites multiples occasionnant des douleurs articulaires diffuses et des douleurs musculaires, ainsi qu'une fatigue. Les limitations fonctionnelles suivantes étaient retenues : pas de station debout prolongée, pas de marche sur terrain irrégulier, pas de travail bras au-dessus de l'horizontale, pas de travail en hauteur, pas de montée ou descente d'escaliers, pas de travail de force, pas de mouvements répétitifs de la main droite, pas de port de charges de plus de 2 kg avec la main droite. Le SMR a conclu à une totale incapacité de travail dans toute activité depuis 2011 et laissé le soin à l'OAI de se prononcer sur les empêchements ménagers.

7. Dès lors, une enquête ménagère a été diligentée (cf. rapport du 24 novembre 2015) :

champs d'activité	exigibilité	pondération champ d'activité en %	empêchements en %	empêchements pondérés
5.1 conduite du ménage 2-5%		5%	0%	0%
exigibilité	0%		0%	0%
5.2 alimentation 10-50% préparation, cuisson, service, travaux de nettoyage de la cuisine, provisions		40%	70%	28%
exigibilité	30%		40%	16%
5.3 entretien du logement 5-20% épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, faire les lits		20%	80%	16%
exigibilité	30%		50%	10%
5.4 emplettes et courses diverses 5-10%		10%	50%	5%
exigibilité	50%		0%	0%
5.5 lessive et entretien des vêtements 5-20%		20%	50%	10%
exigibilité	30%		20%	4%
5.6 soins aux enfants et autres membres de la famille 0-30%		5%	0%	0%
exigibilité	0%		0%	0%
5.7 divers 0-50% soins infirmiers, entretien plantes, garde animaux domestiques, confection de vêtements, activité d'utilité publique, formation complémentaire, création artistique		0%	0%	0%
exigibilité	0%		0%	0%
total du champ d'activité				100%
total de l'exigibilité retenue				29%
total empêchement pondéré sans exigibilité				59%
total empêchement pondéré avec exigibilité				30%

L'assurée avait suivi l'école obligatoire en Turquie, était mariée et mère de trois enfants. Arrivée en Suisse en 2011, elle était femme au foyer. Elle affirmait qu'en

bonne santé, elle aurait « sûrement travaillé car ses enfants [étaient] grands » ; elle aurait fait des ménages, sans pouvoir préciser à quel taux d'occupation.

Son mari était au chômage depuis 2012. Les assurances étaient prises en charge par l'aide sociale, le loyer payé par son époux, qui était tout le temps à la maison. Une fille, née en 1997, sans activité, était également à la maison. Quant au fils, né en 2000, il fréquentait le cycle d'orientation et rentrait prendre ses repas à la maison.

Depuis l'apparition de l'atteinte à la santé, l'assurée continuait à diriger le ménage en indiquant aux membres de sa famille ce qu'il fallait faire. Elle demandait de l'aide à sa fille et à son mari.

L'enquêtrice s'est livrée à une description détaillée de ce que pouvait faire ou non l'assurée depuis l'apparition de l'atteinte à sa santé dans les différents domaines répertoriés dans le tableau final. Le taux d'empêchement dans le ménage a été évalué à 59%, pondéré, compte tenu de l'aide exigible des membres de la famille, à 30%.

8. Le 18 janvier 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.

L'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels ne s'élevant qu'à 30%, le degré d'invalidité, inférieur à 40%, n'ouvrait pas droit à des prestations.

9. Le 29 février 2016, l'assurée a contesté ce projet en soulignant son incapacité totale à travailler. Elle a allégué que son conjoint, sans emploi, recherchait du travail et n'était pas souvent présent au foyer pour l'aider. Quant à sa fille, elle venait de quitter le domicile familial, de sorte qu'elle ne pouvait plus compter sur son aide non plus.

10. Le gestionnaire en charge du dossier a noté que si la fille de l'assurée avait quitté le domicile familial, son fils de 16 ans et son mari sans emploi continuaient d'y vivre. Dès lors, il n'y avait pas de motifs pour diminuer l'aide exigible de la part des membres de la famille : il avait été admis que trois personnes en bonne santé vivaient sous le même toit que l'assurée et l'aidaient à part égale ; désormais, ce 30% devait être réparti sur deux personnes au lieu de trois.

Cette exigibilité diminuait lorsque les personnes vivant sous le même toit étaient également atteintes dans leur santé ou avaient une activité professionnelle hors du domicile astreignante avec des horaires irréguliers ou encore de nombreuses périodes d'éloignement du domicile. Tel n'était pas le cas en l'occurrence.

11. Par décision formelle du 13 mai 2016, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation, faute de degré d'invalidité suffisant.

12. Le 24 mars 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande en invoquant toujours son lupus.

Elle a en outre joint à sa demande un courrier adressé le 28 février 2017 à son conseil par le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie,

qui la suivait depuis décembre 2016. En substance, après avoir décrit la situation, ce médecin concluait à un trouble dépressif récurrent épisode sévère sans symptômes psychotiques.

13. Dans un rapport du 2 juin 2017, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale, a conclu à une totale incapacité de travail, depuis juin 2011, dans toute activité en raison d'un lupus, d'un syndrome de Sjögren, d'une pneumopathie interstitielle et d'un état dépressif.
14. Dans un rapport du 15 juin 2017, le Dr C_____ a conclu à son tour à une totale incapacité de travail en raison d'un trouble dépressif récurrent sévère et d'une obésité médicamenteuse s'ajoutant au lupus déjà connu. Il a également mentionné, à titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, les difficultés de l'assurée dans les rapports avec son époux, une suspicion de syndrome d'apnées du sommeil, une anémie, une hypovitaminose D3, un syndrome des jambes sans repos et un bruxisme. Le médecin a fait remonter le début de cette incapacité au 13 décembre 2016.
15. Le gestionnaire en charge du dossier de l'assurée a constaté qu'elle était inscrite à l'assurance vieillesse et survivants (AVS) en tant que personne non active depuis janvier 2014, tout comme son époux et qu'elle n'avait jamais travaillé, ni en Suisse, ni dans son pays d'origine. En conséquence de quoi, le gestionnaire a confirmé son statut de ménagère (cf. document du 25 juillet 2017).
16. Le dossier a été soumis une nouvelle fois au SMR qui, le 14 mars 2018, a constaté qu'un syndrome de Sjögren associé au lupus était désormais signalé qui lui était inconnu lors de la précédente demande et ce, bien qu'il ait été mis en évidence en même temps que le lupus et donc connu de longue date.

Le SMR a considéré que la maladie rhumatologique était stabilisée et a conclu à une totale incapacité de travail dans toute activité dès 2011, comme précédemment.

En revanche, il a constaté qu'une nouvelle atteinte était apparue sur le plan psychiatrique qui entraînait de nouvelles limitations fonctionnelles, mais qui s'était améliorée sous traitement antidépresseur.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : diminution des capacités de concentration et d'attention, ralentissement psychomoteur, difficultés de gestion des émotions, difficultés à prendre des initiatives et des décisions, vulnérabilité au stress, grande fragilité psychologique. Dès lors, une nouvelle enquête ménagère était préconisée.

17. Celle-ci a abouti aux constatations suivantes (cf. rapport du 28 mai 2018) :

champs d'activité	exigibilité	pondération champ d'activité en %	empêchements en %	empêchements pondérés
-------------------	-------------	-----------------------------------------	----------------------	--------------------------

5.1 conduite du ménage 2-5 %		5%	50%	2.5%
exigibilité	30%		20%	1%
5.2 alimentation 10-50 % préparation, cuisson, service, travaux de nettoyage de la cuisine, provisions		45%	70%	31.5%
exigibilité	30%		40%	18%
5.3 entretien du logement 5-20 % épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, faire les lits		20%	90%	18%
exigibilité	30%		60%	12%
5.4 emplettes et courses diverses 5-10 %		10%	50%	5%
exigibilité	50%		0%	0%
5.5 lessive et entretien des vêtements 5-20 %		20%	50%	10%
exigibilité	30%		20%	4%
5.6 soins aux enfants et autres membres de la famille 0-30 %		0%	0%	0%
exigibilité	0%		0%	0%
5.7 divers 0-50 % soins infirmiers, entretien plantes, garde animaux domestiques, confection de vêtements, activité d'utilité publique, formation complémentaire, création artistique		0%	0%	0%
exigibilité	0%		0%	0%
total du champ d'activité				100%
total de l'exigibilité retenue				30%
total empêchement pondéré sans exigibilité				67%
total empêchement pondéré avec exigibilité				37%

L'enquêtrice a noté que l'assurée avait toujours été femme au foyer, que depuis 2015, son époux avait retravaillé périodiquement, que le revenu de la famille était complété par l'aide sociale, que les deux filles aînées avaient quitté le domicile familial et que seuls cohabitaient désormais avec l'assurée son époux - qui rentrait pour le repas du soir après avoir travaillé dans une entreprise de déménagement - et son fils, né en 2000, - qui rentrait également pour le repas du soir, après avoir suivi sa formation de coiffeur.

Comme lors de l'enquête précédente, les différents domaines ont été décrits en détails. Finalement, l'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels a été fixé à 67%, pondéré à 37% en tenant compte de l'aide exigible de la part du mari et du fils de l'assurée, tous deux en bonne santé. S'agissant du second, il a été relevé que, de facto, il ne participait que très peu aux tâches ménagères.

18. Le dossier a été soumis au SMR qui, le 16 octobre 2018, a émis l'avis que le rapport d'enquête paraissait cohérent avec les limitations fonctionnelles retenues pour l'atteinte psychiatrique.
19. Le 23 octobre 2018, un projet de décision a été adressé à l'assurée, dont il ressortait que l'OAI se proposait de rejeter sa nouvelle demande, faute d'invalidité suffisante, le degré de celle-ci restant inférieur à 40%.
20. Par courrier du 20 décembre 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a contesté ce projet.

Elle a critiqué le taux d'empêchement de 37%, alléguant que tous les médecins lui avaient reconnu une totale incapacité de travail.

Au surplus, elle s'est référée à l'avis du Dr C_____ selon lequel il serait « primordial pour sa mandante de pouvoir bénéficier d'une rente AI à 100% pour avoir une vie sereine » (sic). En effet, elle dépendait entièrement de son mari et cette situation de dépendance ne faisait qu'accentuer son état dépressif.

Quant à l'aide exigée des membres de sa famille, elle l'a également contestée au motif que son époux travaillait à plein temps et que son fils était également en formation.

21. Une décision de refus de prestations a formellement été rendue le 17 janvier 2019.
22. Par écriture du 18 février 2019, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 24 mars 2017.

En substance, elle demande la mise sur pied d'une expertise médicale pour établir le degré de son empêchement à accomplir ses travaux habituels. Quant au fond, elle fait valoir qu'elle a « manifestement droit » à une rente d'invalidité entière, dans la mesure où ses médecins ont conclu à une totale incapacité de travail, d'une part, et/ou, selon son psychiatre traitant, il serait primordial pour elle de pouvoir bénéficier d'une rente entière « pour avoir une vie sereine ».

23. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 12 mars 2019, a conclu au rejet du recours.

L'intimé fait valoir que le rapport d'enquête ménagère apparaît cohérent avec les limitations fonctionnelles retenues pour l'atteinte psychiatrique, que dans son recours, l'assurée n'invoque aucun fait précis étayé par un élément figurant au dossier susceptible de remettre en cause ses conclusions, que l'enquête a été effectuée par une personne spécialisée dans ce genre d'examen, qui a par ailleurs développé de manière circonstanciée les différentes rubriques faisant partie de son

mandat après avoir pris connaissance de l'intégralité du dossier médical et avoir tenu compte de son état de santé.

Or, selon la jurisprudence, une enquête économique sur le ménage effectuée au domicile remplissant toutes les exigences de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante est contraignante.

24. Par écriture du 13 mai 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Selon elle, le taux d'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels de 37% retenu par l'enquêtrice est « contredit par tous les certificats médicaux produits ». À cet égard, elle rappelle que le Dr C_____ a conclu à une totale incapacité de travailler depuis décembre 2016 et que le Dr D_____ a conclu à une totale incapacité de travailler depuis 2011. Elle reproche à l'intimé de n'en avoir tout simplement pas tenu compte.

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. 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.

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).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est dégradé, depuis la décision initiale du 13 mars 2016, au point de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

5. a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son

invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA ; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce.

c. Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue ; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu.

Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

6. 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 l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA).

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).

7. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

8. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain ; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI

(ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b ; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

9. 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. À 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 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

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).

10. En l'espèce, un nouveau diagnostic a été mentionné en mars 2017, soit un état dépressif récurrent sévère, qui n'est pas contesté par l'intimé, pas plus que les limitations fonctionnelles en découlant, lesquelles ont été énumérées par le SMR dans son avis du 14 mars 2018. Dans ces conditions, une expertise médicale telle que sollicitée par la recourante apparaît inutile, d'autant que la totale incapacité à travailler de la recourante n'est pas non plus contestée. Elle est tout simplement dénuée de pertinence, dans la mesure où elle ne s'est pas vu reconnaître un statut d'active. Elle ne conteste d'ailleurs pas le statut de non active retenu par l'intimé, dont on relèvera au demeurant qu'il est justifié, puisque la recourante n'a jamais exercé d'activité lucrative, que ce soit avant ou après son arrivée en Suisse, avant ou après la survenance des atteintes à la santé, avant ou après être devenue mère de famille. Dans ces circonstances, l'allégation selon laquelle elle aurait travaillé si elle avait été en bonne santé ne convainc pas, d'autant moins que l'intéressée se montre dans l'incapacité de préciser à quel taux et où elle semble considérer que son fils et son époux n'ont pas à participer aux tâches ménagères.

Dès lors, seule importe la question du degré d'empêchement de l'assurée à accomplir ses tâches habituelles.

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).

Or, en l'espèce, il n'existe aucun élément permettant de mettre en doute la valeur probante et les conclusions de l'enquête ménagère.

Comme le fait 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.

Il existe dans l'assurance-invalidité - ainsi que dans les autres assurances sociales - un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2 p. 209). Ainsi, 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, au titre de son obligation de réduire le dommage, adopter une méthode de travail appropriée, répartir son travail en fonction de ses aptitudes et de ses disponibilités et demander, dans la mesure du raisonnable, l'aide de ses proches (ATF 133 V 504 consid. 4.2 p. 509 s. et les références; arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] I 761/81 du 15 septembre 1983 consid. 5, in RCC 1984 p. 143 s.).

Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive.

L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2 p. 509 ss et les arrêts cités).

En l'occurrence, comme l'a relevé l'intimé, tant l'époux que le fils de l'assurée sont en bonne santé. Certes, l'un travaille – épisodiquement – et l'autre est en formation.

Il n'est cependant pas allégué qu'ils effectueraient régulièrement de nombreuses heures supplémentaires, seraient souvent en déplacement professionnel ou auraient des horaires irréguliers. En ce cas, une aide à hauteur de 30% apparaît parfaitement raisonnable.

Dès lors, l'enquête économique n'apparaît pas critiquable, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé s'y est référé.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La Présidente

Marie-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