

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/786/2025

ATAS/976/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 novembre 2025**

**Chambre 3**

En la cause

A\_\_\_\_\_

représentée par l'Office de protection de l'adulte

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

**A. a.** Née en 1964, A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), est mariée et mère d'une fille née en 2002.

**b.** L'assurée a travaillé en qualité de vendeuse pendant trois ans avant d'occuper des emplois temporaires et de connaître de longues périodes de chômage.

**B. a.** Le 23 novembre 1999, l'assurée a déposé une première demande de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en invoquant des troubles psychiques et une obésité pathologique.

Cette demande a été rejetée par décision du 30 septembre 2003, au motif qu'aucune affection susceptible de diminuer durablement la capacité de travail et de gain n'avait été mise en évidence. Cette décision, entrée en force à l'échéance du délai d'opposition, a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- un rapport établi le 28 décembre 1999 par le docteur B\_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant de l'assurée, faisant état d'un état dépressivo-anxieux et d'une obésité pathologique, expliquant que sa patiente suivait une psychothérapie depuis un tentamen, le 24 mars 1999, et que son état de santé était stationnaire ;
- un rapport établi le 20 juillet 2000 par la docteure C\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, retenant les diagnostics d'état dépressif récurrent d'intensité variable, de troubles limites de la personnalité avec traits de comportement compulsif et dépendant et d'obésité, mentionnant un second tentamen en avril 2000 et qualifiant le fonctionnement de l'assurée durant l'année précédente de « variable » ;
- un rapport d'expertise rendu le 4 juillet 2003 par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, concluant à une obésité pathologique, à un trouble dépressif récurrent en rémission complète depuis septembre 2000 et à une pleine capacité de travail du point de vue psychique.

**b.** Le 19 novembre 2007, l'assurée a saisi l'OAI d'une nouvelle demande de rente en invoquant une obésité présente depuis 1980.

Cette seconde demande a été rejetée par décision du 29 avril 2009, après qu'ont été versés au dossier, notamment :

- un certificat établi par le Dr B\_\_\_\_\_, en juillet 2008, confirmant une obésité morbide (indice de masse corporelle [IMC] de 53) ;
- un avis émis par le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), le 26 août 2008, relevant que le médecin traitant ne faisait état d'aucun handicap fonctionnel ;

- un courrier du Service des tutelles d'adultes du 6 novembre 2008, expliquant que l'assurée avait été mise sous tutelle en 2000 à sa propre demande, en raison de difficultés psychiques et de difficultés à gérer ses finances ;
- un nouveau certificat émis le 24 octobre 2008 par le Dr B\_\_\_\_\_, attestant d'une obésité morbide, de tachycardie et de diabète ;
- une attestation de ce même médecin, du 29 janvier 2009, expliquant que l'obésité morbide entraînait une importante dyspnée à l'effort, même modéré, et des douleurs dorsales, qui handicapaient sa patiente dans l'accomplissement des tâches ménagères ;
- un avis émis le 25 février 2009 par le SMR, considérant qu'aucune aggravation notable de l'état de santé n'avait été rendue plausible.

Par arrêt du 29 avril 2010 (ATAS/458/2010), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours interjeté par l'assurée contre cette décision.

**c.** Par ordonnance du 13 août 2014, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (ci-après : TPAE) a transformé la curatelle de portée générale prononcée le 5 avril 2000 par le Tribunal tutélaire en une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assurée.

**C. a.** Le 5 février 2024, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a adressé à l'OAI un rapport dont il ressortait en substance qu'il suivait l'assurée depuis septembre 2023, que la capacité de travail de l'intéressée était de 0%, que les diagnostics retenus étaient ceux de troubles de la marche dans le contexte d'une obésité sévère (IMC 46) et de troubles psychiatriques suivis par un spécialiste. Étaient mentionnées à titre de limitations fonctionnelles : une limitation de la mobilité au vu des troubles de la marche, ainsi qu'une limitation fonctionnelle en lien avec le trouble psychiatrique. L'intéressée ne pouvait rester longtemps debout et avait besoin d'aide pour le ménage, la préparation des repas et le nettoyage. Elle devait faire ses courses avec un déambulateur.

**b.** L'assurée a formellement déposé une nouvelle demande de prestations en date du 27 mars 2024, par le biais de l'une de ses curatrices, en se référant au rapport de son médecin traitant.

**c.** Le dossier a été soumis au SMR qui, le 17 avril 2024, a noté que le Dr E\_\_\_\_\_ faisait état d'une tachycardie sinusale, d'un trouble de la marche, d'une fatigabilité importante, d'une obésité et d'un trouble psychique. Dans ces conditions, l'aggravation durable et notable de l'état de santé avait été rendue plausible.

**d.** La docteure F\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, dans un rapport du 22 avril 2024, a fait état d'un trouble anxieux et dépressif mixte et d'une personnalité émotionnellement labile de type impulsif d'intensité légère, seul ce dernier diagnostic ayant une répercussion durable sur la capacité de travail. Ont

également été mentionnées comme sans influence sur celle-ci : des phobies spécifiques et isolées. L'état de santé a été décrit comme stationnaire, en précisant qu'il n'y avait plus ni risque suicidaire, ni risque de décompensation dépressive ou anxieuse sévère.

La psychiatre a fait état d'une difficulté de gestion émotionnelle et de stabilité relationnelle dans le long court probable dans les interactions de travail. Elle a ajouté que sa patiente était autonome dans ses activités du quotidien, qu'elle vivait en famille, cuisinait pour ses proches, faisait des sorties occasionnelles avec des amis, s'occupait de sa fille et de son appartement, qu'elle avait un bon réseau social, communiquait ses besoins et attentes, était proactive pour les activités qu'elle souhaitait entreprendre, mais n'avait pas de projet professionnel. Elle était apte à suivre une réadaptation sur le plan psychique à 50%. La capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles psychiques était de 50% depuis une année.

**e.** Répondant à un questionnaire destiné à déterminer son statut en date du 24 avril 2024, l'assurée a indiqué avoir travaillé à temps partiel jusqu'en 2002 et ne subsister que grâce au revenu de son époux. Questionnée sur son intention de réduire ou augmenter le taux de son activité professionnelle, l'intéressée a répondu qu'elle ne l'avait pas envisagé et n'avait entrepris aucune démarche en ce sens.

**f.** L'OAI a constaté qu'au moment de l'atteinte à la santé invalidante, l'assurée était sans activité professionnelle et a considéré que cela correspondait à sa volonté hypothétique.

**g.** La docteure G\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a indiqué, dans un rapport du 3 mai 2024, que l'assurée souffrait d'une tachycardie de longue date, sans répercussion durable sur sa capacité de travail.

**h.** Le dossier a été soumis une nouvelle fois au SMR qui, le 14 août 2024, a confirmé une aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision au fond.

Ont été retenus les diagnostics de personnalité émotionnellement labile (dans un contexte de phobies spécifiques isolées et de trouble anxieux et dépressif mixte) et d'obésité morbide (IMC entre 46 et 48).

Ont été énumérées comme limitations fonctionnelles : le fait de ne pouvoir rester debout longtemps, de ne pouvoir se déplacer sur de longues distances ou sur terrains accidentés, l'existence d'une curatelle de gestion depuis trente ans, suite à des épisodes dépressifs, une difficulté de gestion émotionnelle et de stabilité relationnelle, ainsi que le besoin d'aide pour le ménage, la préparation des repas et le nettoyage.

L'incapacité de travail durable a été évaluée à 50% dès le 22 avril 2023.

**i.** Une enquête ménagère a été ordonnée, qui s'est déroulée au domicile de l'intéressée, en présence de son mari, en date du 12 novembre 2024.

L'état de santé de l'assurée a fait l'objet d'une description précise. Ont été retenues : une aggravation, depuis le 22 avril 2023 ; à titre d'atteinte principale : une personnalité émotionnellement labile dans un contexte de phobies spécifiques isolées et un trouble anxieux et dépressif mixte et, à titre d'autre atteinte : une obésité morbide. Les limitations fonctionnelles énumérées par le SMR ont été rappelées.

Il a été rappelé que l'assurée n'avait plus travaillé depuis la naissance de sa fille, en mai 2002, car elle voulait s'occuper de son enfant. Bien que l'assurée ait indiqué qu'elle aurait aimé travailler à 50%, si son état de santé le lui avait permis, elle n'avait fait aucune recherche d'emploi et n'avait plus travaillé depuis de nombreuses années.

Il a été noté que l'assurée vivait avec son mari et sa fille – désormais adulte et en recherche d'emploi. Le mari de l'assurée était au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité. Il a été précisé qu'il souffrait de dorso-lombalgies, de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), d'insuffisance respiratoire et d'un retard intellectuel. Il était toutefois capable d'aider au ménage et fractionnait le travail, de sorte qu'une aide exigible de sa part a été admise, d'autant plus qu'effective. S'agissant de la fille de l'assurée, en recherche d'emploi, aucun facteur susceptible de réduire l'aide exigible de sa part n'a été retenu.

Ont ensuite été décrits les différents empêchements rencontrés par l'assurée dans les différentes catégories de travaux ménagers selon les déclarations de l'intéressée. En définitive, ont été retenus les empêchements suivants :

Domaines particuliers (activités) selon ch. 3609 CIRAI	Pondération	Empêchements sans aide exigible de la famille	Empêchements après déduction de l'aide exigible des membres de la famille et des personnes vivant en ménage commun	Invalidité
1 Alimentation	39%	29%	0%	0.0%
2 Entretien du logement ou de la maison	23%	28%	0%	0.0%
3 Achats et courses diverses, tâches administratives	10%	30%	8%	0.7%
4 Lessive et entretien des vêtements	18%	5%	0%	0.0%
5 Soins et assistance aux enfants et aux proches	0%	0%	0%	0.0%
6 Soin du jardin et de l'extérieur de la maison et garde des animaux domestiques	10%	75%	0%	0.0%
Invalidité dans l'accomplissement des tâches ménagères, pour un 100% : - après la mise en œuvre de mesures d'adaptation raisonnablement exigibles pour améliorer la capacité de travail (méthode de travail adéquate, acquisition d'équipements et d'appareils ménagers appropriés) (ch. 3613 CIRAI) - après déduction de l'aide exigible des membres de la famille et des personnes vivant en ménage commun (ch. 3614 CIRAI)				0.7%
Les éléments rapportés durant l'évaluation quant à la constitution de la famille permettant de se référer à la statistique fédérale sur « le travail domestique familial ». Ainsi, dans cette situation, le total d'heures nécessaires à la tenue du ménage par semaine est de :				28.18 h
<b>Empêchements avant obligation de réduire le dommage</b>			08.08 h	28.8%
Obligation de réduire le dommage exigible des membres de la famille			07.56 h	28.0%
<b>Empêchements après obligation de réduire le dommage</b>			00.12 h	0.7%

**j.** Le 6 décembre 2024, 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.

**k.** Le 27 janvier 2025, l'assurée a contesté ce projet en faisant valoir en substance que les conséquences de sa maladie métabolique avaient été sous-estimées.

**l.** Par décision du 3 février 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

L'OAI a reconnu à l'assurée le statut de personne non active consacrant tout son temps à ses travaux habituels.

Il a admis l'existence d'une atteinte à la santé invalidante à compter du 22 avril 2024, fin du délai d'attente d'une année, mais considéré, sur la base de l'enquête ménagère effectuée au domicile de l'intéressée, que les empêchements après obligation de réduire le dommage, dans la sphère ménagère, ne s'élevaient qu'à 0,7%, soit un taux insuffisant pour ouvrir droit à des prestations.

- D. a.** Par écriture du 6 mars 2025, l'office de protection de l'adulte (ci-après : OPAd) – plus précisément les co-curatrices désignées par le TPAE par décision du 15 août 2023 – ont interjeté recours au nom de l'assurée.

La recourante invoque l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, les limitations fonctionnelles physiques énoncées par ce dernier, ainsi que les troubles psychiques attestés par sa psychiatre.

En substance, elle reproche à l'enquête ménagère d'avoir fondé l'incapacité de travail uniquement sur les troubles psychiques. Elle en veut pour preuve le fait que, dans ladite enquête, l'atteinte psychique est mentionnée à titre d'atteinte principale et l'obésité morbide qualifiée d'« autre atteinte ».

Elle souligne qu'elle souffre d'obésité depuis plusieurs années et que cette pathologie a progressivement altéré son état de santé physique, au point qu'elle se trouve désormais dans l'incapacité de se déplacer sans déambulateur et peine à rester debout. C'est donc avant tout cette atteinte physique qui la handicape au quotidien.

Selon elle, il conviendrait de mettre sur pied une expertise médicale.

**b.** Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 avril 2025, a conclu au rejet du recours.

L'intimé rappelle que la jurisprudence en matière d'obésité a évolué depuis 2024 en ce sens que le fait qu'un traitement de l'obésité soit en principe possible ne s'oppose pas en soi à la reconnaissance d'un droit à la rente. Il convient d'examiner concrètement dans chaque cas d'espèce les conséquences et la mesure de la maladie sur la capacité de travail de la personne concernée.

En l'occurrence, un statut de ménagère à 100% a été reconnu à la recourante. Dans un tel cas, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique.

Dans le cas présent, l'enquête effectuée au domicile de la recourante a évalué ses empêchements. Ont été consignées de manière très complète les informations données sur place par l'assurée, soit par ses déclarations, soit par son comportement et ce, en présence de son mari. Les handicaps et empêchements résultant des diagnostics médicaux n'ont pas été négligés. L'enquêtrice a du reste énuméré les diagnostics retenus après avoir pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier.

L'intimé soutient que les considérations du médecin traitant ne sont pas en contradiction avec les observations faites lors de l'enquête à domicile. Quant au psychiatre traitant, il a confirmé que sa patiente était autonome dans ses activités quotidiennes, qu'elle vivait en famille, cuisinait pour ses proches, faisait des sorties occasionnelles avec des amis et s'occupait de sa fille et de son appartement.

Par ailleurs, le taux d'aide exigible retenu pour le mari et la fille de l'assurée, évalué à 28%, apparaît non seulement conforme à la jurisprudence, mais également vraisemblable, compte tenu de l'aide effective apportée par ces personnes.

L'enquête économique sur le ménage doit se voir donc reconnaître pleine valeur probante.

**c.** Par écriture du 5 mai 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions en sollicitant l'audition de son médecin traitant, lequel a été entendu en date du 13 novembre 2025.

Celui-ci a rappelé les diagnostics retenus : obésité (BMI à 41, ce qui induit des difficultés à la marche et des troubles articulaires), diabète sous insuline, hypertension artérielle et tachycardie ; s'y ajoutent des troubles psychiques (antécédent de burn-out, trouble dépressif et anxiété).

Le témoin a expliqué que l'assurée était principalement handicapée dans ses déplacements. Elle dispose d'ailleurs de plusieurs moyens auxiliaires (cannes, déambulateur, scooter électrique).

Interrogé quant aux tâches ménagères que sa patiente peut effectuer seule, le médecin a émis l'avis qu'il s'agit de celles qui n'impliquent pas l'utilisation des moyens auxiliaires évoqués.

Le témoin a confirmé que les limitations fonctionnelles énumérées dans le rapport d'enquête ménagère correspondaient à la situation de sa patiente.

Il a été donné lecture au témoin des différentes rubriques de l'enquête ménagère, dont il a estimé qu'elles correspondaient à l'état de la recourante et à ses limitations.

Le médecin a indiqué qu'il était possible que l'assurée, lorsqu'elle se trouve dans un état anxieux important, ne soit pas en état de réaliser ses tâches quotidiennes. Il

lui arrive ainsi d'avoir des sortes de phobies concernant ses soins dentaires et d'avoir dû se faire accompagner chez le dentiste. Son état psychique nécessite un suivi hebdomadaire et un traitement médicamenteux.

Pour le médecin traitant, tant les facteurs psychiques que physiques participent aux difficultés de la recourante. Il est difficile d'indiquer lesquels viennent au premier plan.

À cet égard, l'intimé a fait remarquer que les atteintes à la santé énumérées dans le rapport d'enquête ménagère n'avaient pas été réellement hiérarchisées. En effet, toutes figurent au nombre des atteintes incapacitantes.

Il a rappelé par ailleurs que, selon le psychiatre traitant, l'assurée est autonome dans ses activités, ce que la recourante a confirmé, expliquant qu'elle aime en particulier beaucoup recevoir et cuisiner, mais qu'elle doit le faire assise, puisqu'il lui est impossible de rester debout plus de 10 minutes, en raison de douleurs au dos et à la jambe.

La recourante a encore précisé que c'est son mari qui doit sortir le chien, car elle n'est pas suffisamment sûre sur ses jambes pour s'en charger.

Elle a ajouté qu'elle est allergique aux produits ménagers et désinfectants, raison pour laquelle c'est son mari qui doit également se charger du nettoyage de la salle de bain et des toilettes, qui implique le maniement d'ammoniac ou d'eau de Javel.

Elle a par ailleurs allégué qu'elle souffre d'une véritable phobie du dentiste et qu'elle a peur du vide.

Le représentant de la recourante a émis l'avis que l'aide exigible de la part du mari de l'intéressée avait sans doute été surestimée, car il souffre lui-même de problèmes de santé – au point d'avoir été rentier de l'assurance-invalidité –, ce à quoi l'intimé a rétorqué qu'il en avait été tenu compte dans le rapport d'enquête et que l'époux était d'ailleurs présent au moment de la réalisation de celle-ci.

À l'issue de cette audience, les parties ayant persisté dans leurs conclusions respectives, la cause a été gardée à juger.

**d.** Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** 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.

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

La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

**1.3** Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

## 2.

**2.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

**2.2** En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en septembre 2024, soit six mois après le dépôt de la demande du 27 mars 2024 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

**3.** Le litige porte donc sur le bien-fondé de la décision par laquelle l'intimé a nié à la recourante le droit à toute prestation.

## 4.

**4.1** 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,

mentale ou psychique 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). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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 273 consid. 4a). 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 (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47.5% (al. 4).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**4.2** 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

## 5.

**5.1** 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. 27ss 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. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide, il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération 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 (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait

interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

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 144 I 28 consid. 2.3 et les références ; 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 125 V 146 consid. 2c et les références).

## **5.2**

**5.2.1** Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

**5.2.2** Selon l'art. 28a al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels.

Selon l'art. 27<sup>bis</sup> al. 3 RAI, le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est calculé : en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité (let. a) ; en pondérant le pourcentage déterminé à la let. a en fonction de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 2 let. c et une activité lucrative exercée à plein temps (let. b).

**5.2.3** L'évaluation de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels nécessite l'établissement d'une liste des activités que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération. En vertu du principe général de l'obligation de diminuer le dommage, l'assuré qui n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une

mesure convenable. La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé. En ce sens, la reconnaissance d'une atteinte à la santé invalidante n'entre en ligne de compte que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies le sont par des tiers contre rémunération ou par des proches et qu'elles constituent à l'égard de ces derniers un manque à gagner ou une charge disproportionnée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.2 et les références).

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 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 129 V 67 consid. 2.3.2 in VSI 2003 p. 221 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 ; I.733/06 du 16 juillet 2007).

**5.2.4** 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 (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 et les références ; 140 V 267 consid. 5.2.1 et les références). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation d'organiser son travail et de solliciter l'aide des membres de la famille dans une mesure convenable. 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 (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. L'aide exigible de tiers ne doit cependant pas devenir excessive ou disproportionnée (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.1 et les références).

Toutefois, la jurisprudence ne répercute pas sur un membre de la famille l'accomplissement de certaines activités ménagères, avec la conséquence qu'il faudrait se demander pour chaque empêchement si cette personne entre effectivement en ligne de compte pour l'exécuter en remplacement (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; 133 V 504 consid. 4.2). Au contraire, la possibilité pour la personne assurée d'obtenir concrètement de l'aide de la part d'un tiers n'est pas décisive dans le cadre de l'évaluation de son obligation de réduire le dommage. Ce qui est déterminant, c'est le point de savoir comment se comporterait une cellule familiale raisonnable, soumise à la même réalité sociale, si elle ne pouvait pas s'attendre à recevoir des prestations d'assurance. Dans le cadre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1 LAI), la personne qui requiert des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent se laisser opposer le fait que des tiers – par exemple son conjoint (art. 159 al. 2 et 3 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 - CC - RS 210) ou ses enfants (art. 272 CC) – sont censés remplir les devoirs qui leur incombent en vertu du droit de la famille (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.2 et les références in SVR 2023 IV n. 46 p. 156).

Le Tribunal fédéral a confirmé qu'il n'y a pas de motif de revenir sur le principe de l'obligation de diminuer le dommage tel que dégagé par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3 et les références).

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; 140 V 267 consid. 5.2.1 ; 133 V 504 consid. 4.2), 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. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce

titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral I.308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.1).

**5.3** 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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 139 V 176 consid. 5.3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

## 6.

**6.1** En l'espèce, l'intimé a reconnu à la recourante un statut de personne non active.

La Cour de céans relève, à titre liminaire, que la recourante n'a jamais remis en cause, ni dans son opposition au projet de décision, ni dans son recours, ni au long de la procédure, le statut de non active. À juste titre, car, ainsi que cela ressort des pièces versées au dossier, si la recourante a certes allégué, lors de l'enquête ménagère, qu'elle aurait travaillé si son état de santé le lui avait permis, force est de constater qu'elle a cessé de travailler en 2002 déjà, à la naissance de son enfant et qu'elle n'a jamais entrepris aucune démarche pour retrouver un emploi depuis lors, alors même que toute invalidité avait été niée par l'OAI. Qui plus est, expressément questionnée à ce sujet en mai 2024, la recourante a répondu par la négative à la question de savoir si elle avait envisagé d'augmenter son taux d'occupation. C'est donc à juste titre que l'intimé lui a reconnu le statut de non active.

Il convient à présent d'examiner la valeur probante du rapport d'enquête ménagère et de confronter celui-ci aux autres éléments figurant au dossier,

puisque la recourante en conteste les conclusions en lui reprochant, en substance, d'avoir sous-estimé ses limitations physiques et celles de son époux.

**6.2** Concernant les empêchements dans les travaux ménagers, la Cour de céans relève que l'enquête ménagère du 12 novembre 2024 a été réalisée au domicile de la recourante par une personne qualifiée qui a fait état des déclarations de l'intéressée quant à sa situation et à son organisation familiale, tout en prenant en considération les conditions de logement.

L'enquêtrice a en particulier noté que la recourante vit avec son époux et leur fille majeure, en recherche d'emploi. La santé du mari de la recourante a fait l'objet d'une rubrique dans laquelle ont été énumérées toutes les atteintes à sa santé et la recourante ne prétend pas qu'il y en aurait d'autres que celles évoquées.

Les atteintes et limitations énoncées par le médecin traitant (difficultés à la marche, nécessité d'utiliser un déambulateur pour les longs trajets) ont été dûment rapportées et prises en compte par l'enquêtrice. Certes, l'obésité a été mentionnée formellement comme « autre atteinte ». Il n'en demeure pas moins qu'elle figure au nombre des atteintes retenues comme invalidantes par l'enquêtrice et que toutes les limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte physique ont été retenues par elle. Il est donc erroné de prétendre que l'enquête ménagère se serait fondée uniquement sur les troubles psychiques de la recourante. Bien au contraire, il ressort des descriptions détaillées concernant chaque activité que ce sont les limitations physiques qui ont été mises en avant. À cet égard, on relève, à l'instar de l'intimé, que nombre de détails mentionnés dans le rapport ne peuvent provenir que des déclarations des personnes présentes, dès lors qu'ils ne se retrouvent nulle part ailleurs dans le dossier. Ainsi, il a été notamment relevé que :

- concernant les repas, l'assurée a indiqué pouvoir éplucher et couper des légumes, mais avoir de la peine à porter les plats lourds ; elle s'est dit surtout très limitée pour rester debout, et devoir fractionner le temps de préparation ; elle cuisine et se rassied, puis se relève ; son mari est à ses côtés pour l'aider ;
- s'agissant des travaux légers, l'assurée a admis ne pas avoir d'empêchements ;
- s'agissant des travaux lourds, l'assurée a indiqué être limitée pour certaines tâches, surtout celles demandant d'être debout ; elle a mentionné devoir fractionner les tâches et répartir le travail dans la semaine ;
- s'agissant des courses, l'assurée a indiqué ne plus pouvoir faire ses emplettes sans être accompagnée et devoir prendre son déambulateur ; elle a expliqué choisir ses achats, puis les faire livrer jusqu'à son appartement ; elle est limitée pour porter les achats, raison pour laquelle le couple a choisi de se faire livrer les courses à la maison ; leur fille, qui réside avec eux, pourrait transporter les achats ; son aide est exigible ;
- dans le logement, l'assurée n'a pas besoin de moyens auxiliaires pour se déplacer ;

- à l'extérieur, elle utilise une canne ou un déambulateur ; elle est toujours accompagnée de son mari ou de ses amis pour sortir ; elle n'est pas mobile à l'extérieur sans une aide.

Loin de contredire ces allégations, le médecin traitant, entendu à titre de témoin, a confirmé qu'elles correspondaient à la situation de sa patiente.

Il n'y a dès lors aucune divergence entre les rapports médicaux et l'enquête, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychiatrique, la psychiatre ayant confirmé l'autonomie et les ressources de sa patiente au quotidien.

Quant au taux d'exigibilité retenu par rapport à l'aide apportée par le mari et la fille de l'assurée, les 28% retenus – correspondant à moins de 8h./sem. à répartir sur deux personnes – apparaissent non seulement conformes à la jurisprudence, mais correspondent également au degré de vraisemblance prépondérante à l'aide effective apportée par le mari et la fille de l'intéressée.

On rappellera à cet égard qu'en application de la jurisprudence fédérale et du 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, la recourante a, entre autres, l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille dans une mesure convenable (*cf.* ATF 133 V 504 consid. 4.2). Ce qui est déterminant, c'est le point de savoir comment se comporterait une cellule familiale raisonnable, soumise à la même réalité sociale, si elle ne pouvait pas s'attendre à recevoir des prestations d'assurance. Aussi, dans le cadre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1 LAI), la recourante doit se laisser opposer le fait que son conjoint (en vertu de l'art. 159 al. 2 et 3 CC) et sa fille (en vertu de l'art. 272 CC) sont censés remplir les devoirs qui leur incombent en vertu du droit de la famille (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_248/2022, *op. cit.*, consid. 5.3.2 et les références).

L'enquête économique sur le ménage doit donc se voir reconnaître pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter, pas plus qu'il n'y a lieu de mettre sur pied une expertise médicale, les atteintes à la santé et leurs conséquences en termes de limitations fonctionnelles étant clairement établies et ne donnant lieu à aucune contestation.

Par conséquent, il convient de suivre les conclusions du rapport d'enquête ménagère, lequel retient un degré d'invalidité de 0.7% insuffisant pour ouvrir droit à des prestations.

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

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

\*\*\*

**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

Diana ZIERI

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