

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/945/2024

ATAS/157/2025

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

**Arrêt du 14 mars 2025**

**Chambre 9**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Michael  
RUDERMANN, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

- A.**
- a.** A\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1975, divorcée et mère de quatre enfants, a une formation d'horticultrice.
  - b.** L'intéressée ne travaille plus depuis 2002. Elle a exercé en dernier lieu l'activité de factrice.
  - c.** Elle a participé à un stage de réinsertion mis en place par l'Hospice général aux Établissements publics d'intégration en novembre 2019.
- B.**
- a.** Le 8 juillet 2022, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en indiquant qu'elle souffrait d'une arthrose du genou et des épaules, et de douleurs au niveau du dos et des pieds.
  - b.** Le 13 septembre 2022, le docteur B\_\_\_\_\_, médecin praticien traitant de l'assurée, a rempli un rapport médical de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), dans lequel il a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 4 janvier 2020, en raison d'une dépression, de douleurs aux genoux, aux pieds, au dos et aux épaules. Dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 50%. Le pronostic sur le potentiel de réadaptation était bon.
  - c.** Dans un rapport médical AI du 6 octobre 2022, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, a attesté d'une incapacité totale de travail en raison de gonalgies gauches et de douleurs à l'épaule gauche. Sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée.
  - d.** Dans un rapport médical AI du 23 décembre 2022, le docteur D\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée depuis 2015, a attesté d'un retard mental léger et d'un autisme infantile. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité et les limitations fonctionnelles comprenaient une capacité d'adaptation très restreinte et une incapacité à s'intégrer.
  - e.** Par avis médical du 23 février 2023, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise. Les diagnostics retenus par le psychiatre traitant étaient peu étayés. Afin de déterminer l'ensemble des atteintes incapacitantes, il était souhaitable de demander une expertise rhumatologique et psychiatrique avec un bilan neuropsychologique, test de QI et tests de validation de symptômes.
  - f.** Le 25 avril 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait mandaté les docteurs E\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, et F\_\_\_\_\_, rhumatologue, pour mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire.
  - g.** Les experts ont rendu leur rapport le 18 août 2023, après avoir examiné l'assurée. Sur le plan rhumatologique, l'assurée présentait un status post gonarthrose du genou stable et un status post tendinopathie de l'épaule droite

stable. Sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (éviter de surcharger le rachis dans sa totalité, éviter de se mettre à genou, éviter la marche sur terrains accidentés, éviter de porter des charges de plus de 10 kg de façon répétée, alterner les positions assis-debout). Sur le plan psychiatrique, l'assurée présentait un retard mental léger (F70) et un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Ces diagnostics étaient toutefois sans incidence sur la capacité de travail.

**h.** Par avis du 28 août 2023, le SMR a relevé qu'à la lecture de l'expertise, il s'écartait de la date de juin 2022 et a considéré que le début de l'incapacité de travail durable correspondait au 20 novembre 2018, soit le début de la prise en charge par le Dr C\_\_\_\_\_. Pour le surplus, il suivait les conclusions des experts pour autant qu'une activité telle que décrite existe sur le premier marché de l'emploi. Les diagnostics retenus étaient une gonarthrose gauche, une tendinopathie de l'épaule gauche et une efficacité intellectuelle limitée. Elle souffrait également, sans répercussion sur sa capacité de travail, d'un trouble anxieux et dépressif mixte. Sa capacité de travail dans une activité adaptée était entière et ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter de surcharger le rachis dans sa totalité, éviter de se mettre à genoux, éviter la marche sur les terrains accidentés, éviter de porter des charges de plus de 10 kg de façon répétée, alterner les positions assis-debout, pas d'élévation des bras au-dessus de l'horizontalité, pas de position accroupie, pas d'escaliers, privilégier une activité professionnelle concrète, manuelle, avec faible prise de décisions, mais aussi connue et sans responsabilités, éviter les tâches et activités requérant un niveau d'exigence plus élevée et notamment en situation complexe, avec imprévus ou nécessitant une élaboration conceptuelle.

**i.** Le 10 janvier 2024, l'OAI a effectué une enquête économique sur le ménage, au domicile de l'assurée. L'empêchement avant et après l'obligation de réduire le dommage était de 14.6%.

**j.** Par projet de décision du 16 janvier 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Le statut de l'assurée était celui d'une personne non active consacrant tout son temps à ses travaux habituels. Elle présentait une atteinte à la santé invalidante dès le mois de novembre 2018. Il ressortait de l'enquête ménagère que l'invalidité pour la part ménagère s'élevait à 14.6%, ce qui était insuffisant pour ouvrir un droit à des prestations de l'AI.

**k.** Par certificat médical du 23 janvier 2024, le Dr B\_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée présentait des crises d'angoisse depuis juillet 2023.

**l.** Par décision du 20 février 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

**C. a.** Par acte du 18 mars 2024, l'assurée a recouru devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de cette décision. L'OAI n'avait pas pris en compte la « dégradation de [s]on genou gauche ». Une IRM avait été

demandée par le Dr C\_\_\_\_\_ pour le 20 mars 2024. Elle faisait également de plus en plus de crises d'angoisse et un examen psychiatrique était en cours.

**b.** Par réponse du 11 avril 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. La valeur probante de l'expertise bi-disciplinaire n'était pas contestée. Ainsi, compte tenu de l'ensemble des atteintes à sa santé, la recourante présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Les empêchements de l'assurée avaient été évalués sur la base d'une enquête ménagère effectuée par une infirmière spécialisée dans ce genre d'examen, ayant consigné de manière très complète les informations données par la recourante, et les empêchements avaient été évalués à 14.6%. La recourante n'avait produit aucun rapport médical permettant d'étayer une aggravation de son état de santé. Le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 23 janvier 2024 ne faisait que rapporter la présence de crises d'angoisse depuis juillet 2023. Il était par ailleurs extrêmement succinct et insuffisant pour remettre en question les conclusions des experts et du SMR.

**c.** La recourante ne s'est pas déterminée dans le délai imparti, puis prolongé d'office, par la chambre de céans.

## **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** Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

### **2.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de refus d'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

**2.1** 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.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, sont entrées en vigueur 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).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié

juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en 2023, dès lors que la demande de prestations a été déposée le 8 juillet 2022 (art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

**2.2** L'art. 8 LPGA prévoit qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 LAI précise en outre que l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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

À teneur de l'art 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Conformément à l'art. 28a LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (al. 1). 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 (al. 2).

L'art. 24<sup>septies</sup> RAI stipule que le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé (al. 1). L'assuré est réputé (al. 2) : exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100% ou plus (let. a) ; ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative (let. b) ; exercer une activité lucrative à temps

partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100% (let. c).

**2.3** Pour déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable dans un cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 334 consid. 3.2). Il convient par conséquent de procéder à une évaluation hypothétique incluant la prise en compte des choix également hypothétiques que l'assuré aurait faits (ATF 144 I 28 consid. 2.4).

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).

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

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

**2.4.2** 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).

**2.4.3** Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

**2.4.4** En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_657/2021 du 22 novembre 2022 consid. 5.1 et la référence).

**2.5** 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**2.6** 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

3. En l'espèce, le statut de personne non active retenu par l'intimé n'est pas remis en cause. La recourante ne conteste en particulier pas qu'elle ne travaille plus depuis 2002 et qu'elle n'a jamais cherché à réintégrer le marché de l'emploi.

Devant la chambre de céans, l'intéressée se prévaut uniquement d'une aggravation de son état de santé, en raison d'une dégradation de son genou gauche et de crises d'angoisse de plus en plus fréquentes. Elle ne produit toutefois aucune pièce à l'appui de son recours, étant rappelé que les faits survenus postérieurement à la décision entreprise ne peuvent, en tout état, être pris en compte. Le seul document versé au dossier devant l'intimé est le certificat médical - très succinct - du Dr B\_\_\_\_\_ du 23 janvier 2024. Le médecin se limite toutefois à confirmer l'apparition de crises d'angoisse chez l'assurée, mais n'évoque aucunement une augmentation des crises. Or, dans son rapport du 18 août 2023, l'expert psychiatre avait tenu compte des crises d'angoisse rapportées par l'assurée, mais avait considéré que celles-ci répondaient bien à la prise de Temesta et n'avaient aucun impact sur les tâches de la vie quotidienne de la recourante, sa faculté à se déplacer, le plaisir tiré de nombreuses activités distractives et de loisirs et la qualité de ses relations avec ses filles ou sa meilleure amie. La recourante n'apporte aucun élément permettant de remettre en cause cette appréciation. Elle ne critique pas davantage l'expertise bi-disciplinaire du 18 août 2023, ni sa valeur probante. La chambre de céans constate au demeurant que le rapport a été rendu en pleine connaissance du dossier, qu'il comporte une anamnèse et un status fouillé dans chaque spécialité médicale concernée, qu'il tient compte des plaintes de l'assurée et que les diagnostics et conclusions sont bien motivés. Ainsi, en l'absence de critiques objectivées et rapports médicaux contradictoires, il convient de lui reconnaître pleine valeur probante et de suivre ses conclusions en tant qu'elle retient, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Le dossier ne contient pour le reste aucune pièce médicale, établie par un spécialiste en psychiatrie, sur les difficultés de la recourante d'accomplir les travaux habituels. Ainsi, et en l'absence de divergence s'agissant des troubles d'ordre psychique entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, il y a lieu de se référer aux résultats de l'enquête ménagère. C'est le lieu de rappeler que lorsque, comme en l'espèce, l'assurée a le statut de personne non active, une telle enquête a, en principe, valeur probante ; ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles. Une telle situation exceptionnelle ne se retrouve pas dans le cas d'espèce, ce que la recourante n'allègue d'ailleurs pas.

S'agissant, enfin, des conclusions du rapport d'enquête économique, la chambre de céans constate que ce document a été établi par une personne qualifiée, au

domicile de l'intéressée. Il rappelle toutes les atteintes à la santé retenues dans le rapport d'expertise, aux niveaux somatique et psychique, et énumère précisément les limitations fonctionnelles retenues. La recourante ne critique pas les éléments retenus par l'enquêtrice s'agissant des taux d'empêchement retenus dans les différents postes. Elle ne fait en particulier pas valoir que les indications de l'enquêtrice concernant chaque tâche seraient erronées ni en quoi elles seraient contraires aux indications qu'elle a données lorsqu'elle a été auditionnée. Il n'y a donc aucune raison de s'écarter des conclusions de l'enquêtrice. Le taux d'empêchement avant et après obligation de réduire le dommage de 14.6% n'apparaît ainsi pas critiquable.

**4.** Les considérations qui précèdent conduisent au rejet du recours.

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**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

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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