

## **GE\_GERICHTE A/1401/2016 vom 30. Juni 2017**

GE Cour de justice, 2017-06-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1401\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1401_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/1401/2016 du 30 juin 2017

IT: GE\_GERICHTE A/1401/2016 del 30 giugno 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VERSOIX, mais comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Tania NICOLINI, avocate recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1962, d'origine brésilienne, mariée à un ressortissant portugais, est domiciliée à Genève. Les époux ont trois enfants, tous majeurs.![endif]>![if> 2. Le 15 janvier 2013 elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). Elle est femme au foyer, sa demande ayant été déposée en raison de maladie, soit d'une spondylarthrose diffuse, et d'un état anxio-dépressif, depuis quatre ans.![endif]>![if> 3. La doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, médecin-traitant de l'assurée depuis août 2010, a établi un rapport initial reçu à l'OAI le 14 février 2013. Elle a retenu les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail: douleurs articulaires diffuses; possible polyarthrite rhumatoïde séronégative en cours d'investigation; maladie de Basedow connue depuis novembre 2012; état anxio-dépressif modéré. Et les diagnostics suivants, sans effet sur la capacité travail: hypercholestérolémie et hypertension artérielle (HTA) traitées. Elle est également suivie par la doctoresse C\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne et rhumatologie; elle sera vue par le docteur D\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne et endocrinologie. Sur le plan anamnestique, la patiente se plaint depuis plusieurs années de douleurs articulaires diffuses plus importantes au niveau des deux genoux avec des épanchements anamnestiques. Il ressort de différents examens un discret syndrome inflammatoire sanguin, mais les recherches de paramètres rhumatismaux sont revenues négatives. Depuis 2010, elle souffre d'un état anxio-dépressif avec une idéation de mort passive, une envie de rien, d'importants troubles du sommeil surtout de l'endormissement. Depuis 2012, importante perte de poids avec des palpitations; une maladie de Basedow (thyroïde) a été découverte, actuellement en cours de traitement. La capacité de travail est de 0 % depuis 2007. Depuis qu'elle la connaît, la patiente n'a pas d'activité. Aucune mesure médicale ne serait susceptible de réduire les restrictions énumérées, et l'on ne peut s'attendre à une reprise professionnelle et/ou une amélioration de la capacité de travail.![endif]>![if> 4. Le 2 mars 2013, la Dre C\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle ne suivait plus cette patiente, et le 25 mars 2013 le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que cette patiente lui était inconnue.![endif]>![if> 5. Le 15 avril 2013, le médecin traitant a adressé à l'OAI divers documents médicaux complémentaires, notamment des résultats d'analyses médicales, et en outre divers rapports médicaux parmi lesquels, par ordre chronologique : ![endif]>![if> - Rapport de Rx des deux genoux face/profil en charge du 26.6.2008 (Dr E\_\_\_\_\_, FMH radiologie) : discret pincement du compartiment interne du genou gauche et ostéophytose marginale du condyle externe droit. Surfaces condyliennes régulières. Pas de fragments ostéocartilagineux libres

dans les espaces articulaires. Pas de calcification méniscale.![endif]>![if> - Rapport de Rx des genoux face/profil schuss incluant la jambe et axiales de rotules des deux côtés et mains face Norgard du 7 mars 2011 (Dr F\_\_\_\_\_ FMH radiologie). Genoux : pas d'altération de la structure osseuse. Minime composante de gonarthrose fémoro-tibiale interne bilatérale; discret épanchement intra-articulaire bilatéral. Pincement fémoro-patellaire externe des deux côtés ci-après: ddc), plus marqué D avec ébauche de subluxation latérale des 2 rotules. Mains : absence d'anomalie squelettique décelable; pas d'érosion décelable; hypoplasie des styloïdes cubitales ddc avec calcifications visibles dans le prolongement de la styloïde cubitale gauche.![endif]>![if> - Rapport de scintigraphie osseuse par balayage du corps entier avec phase de perfusion du 28 mars 2011: le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, IRM, scanner, conclut que les données de scintigraphie osseuse évoquent une arthropathie positive aux trois phases, relativement marquée au niveau fémoro-patellaire externe ddc et associée à une enthésopathie d'insertion du tendon quadricipital sur la rotule. Discrets troubles dégénératifs fémoro-tibiaux du côté gauche prédominant au niveau du compartiment interne. Discrètes hyperactivités non spécifiques des constituants osseux de l'épaule et du tarse ddc. Présence d'un éperon sous-calcanéen. Absence d'autre foyer hyperactif mis en évidence notamment au niveau des constituants osseux des articulations sacro-iliaques ou au niveau rachidien.![endif]>![if> - Rapport Dr C\_\_\_\_\_ du 6.4.2011 – consultation rhumatologique spécialisée : à l'époque la patiente se plaignait de gonalgies bilatérales avec plusieurs épisodes de gonarthrite apparus progressivement depuis environ quatre ans et allant en s'aggravant. Douleurs de type plutôt mécanique, exacerbées par la descente des escaliers et la marche ; la nuit, surtout présentes lors de changements de position. Sur le plan général la patiente décrit essentiellement un état de fatigue, un état dépressif en amélioration. Sur le plan rhumatologique, se pose surtout un problème de gonarthrite bilatérale en rapport cliniquement avec une chondropathie rotulienne et une tendance à la subluxation latérale des deux rotules. Au niveau des mains, cliniquement rien de très particulier; radiologiquement, hypoplasie des deux styloïdes cubitales avec présence de quelques calcifications à cet endroit du côté gauche. Pour l'instant, elle avait ponctionné le genou à but diagnostique, avait adressé la patiente, pour avis, chez un orthopédiste, et elle avait introduit un médicament (Indocid retard).![endif]>![if> - CT Scan abdominal du 24 mai 2011 (docteurs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, spécialistes FHM en radiologie) : en conclusion, mise en évidence d'un kyste annexiel droit à paroi calcifiée de deux cm de diamètre associé à une minime lame de liquide libre dans le pelvis et à un kyste de Naboth. Consultation de gynécologie si nécessaire pour mieux investiguer l'annexe droite.![endif]>![if> - Un rapport d'échographie du cou avec doppler du 7.12.2012 par le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie: les données écho-doppler démontrent une grosse thyroïde hypervascularisée évoquant en premier lieu une thyroïdite de type Hashimoto. Pas de nodule circonscrit dominant détectable. ![endif]>![if> - Le 15 février 2013, le professeur J\_\_\_\_\_, FMH en radiologie décrit l'imagerie pratiquée le 6 février 2013: s'agissant des mains, intégrité articulaire, absence de lésions lytiques ou condensantes suspectes. Absence d'épaississement franc des parties molles et absence de calcification au sein des parties molles. Genou : absence d'épanchement intra-articulaire. Pas de lésion traumatique visible. Pas d'anomalie de l'échancrure fémorale. En outre, présence d'une déviation latérale des deux rotules avec pincement de l'interligne articulaire fémoro-patellaire externe plus prononcé sur la rotule droite.![endif]>![if> - Le rapport du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, qui a vu la patiente en urgence

le 16 février 2013: sur le plan anamnestique, apparition, le 15 février vers 21h00, d'une tuméfaction du visage (lèvre et sillon nasogénien), pas de dyspnée, pas EF, pas de troubles digestifs, ni neurologiques. Épisode après avoir mangé un gâteau au chocolat (sans noisettes), prise de Dafalgan une heure avant; évoque un problème allergique indéterminé (chocolat ? médicaments ?).!

Le rapport du 1<sup>er</sup> mars 2013 de la doctoresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie: elle a vu la patiente plusieurs fois depuis le 15 janvier 2013. Pour rappel, sur le plan rhumatologique, la patiente présente depuis quelques années des gonalgies bilatérales, avec des épisodes fréquents d'épanchement, d'horaire plutôt mécanique; gonalgies attribuées à une chondropathie rotulienne avec une tendance à la subluxation latérale des deux rotules. Une évaluation orthopédique aurait été effectuée, concluant à la possibilité d'une intervention chirurgicale, que la patiente a refusée jusqu'à présent. La patiente se plaint également d'arthralgies des mains depuis environ deux ans, prédominant au niveau des articulations MCPs et IPPs, s'accompagnant parfois d'une tuméfaction locale. Les douleurs prédominent le soir par les activités ménagères. Une échographie des deux mains a été pratiquée le 11 février 2013 par le docteur M\_\_\_\_\_, radiologue FMH, qui conclut à une minime hypertrophie synoviale hypervascularisée au Doppler couleur au niveau de l'articulation médiocarpienne gauche, ainsi que métacarpo-phalangienne des 3<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> doigt à gauche et du 2<sup>e</sup> doigt à droite. Elle se plaint également d'arthralgies des pieds. Anamnèse systématique : syndrome sec buccal depuis trois à quatre mois. Perte de 13 kg depuis l'apparition de son problème thyroïdien. Pas de talalgies, pas de psoriasis, pas de lombalgies. Cliniquement, la patiente est en bon état général. Discret syndrome cervical, avec contractures de la musculature paravertébrale, des trapèzes et des angulaires de l'omoplate.... Sur le plan biologique il existe un syndrome inflammatoire modéré. Recherche d'autoanticorps négative et antigène HLAB-27 positive. Carence en vitamine D. Elle présente une oligoarthritis asymétrique, très probablement dans le cadre d'une spondarthrite séronégative indifférenciée, HLAB-27 positive, à prédominance périphérique. Pas d'éléments en faveur d'un psoriasis, ou de maladie inflammatoire du colon. La recherche de germes urinaires responsable d'arthrites réactives est négative; traitement médicamenteux prescrit.!

Dans un rapport du 13 mai 2013 au médecin traitant, la Dresse L\_\_\_\_\_ rappelle, selon son rapport du 1<sup>er</sup> mars 2013, qu'un traitement de Methotrexate avait été initié, qui semble enfin se révéler efficace. À la consultation du jour, la patiente signale une disparition quasi-complète des polyarthralgies, en particulier au niveau des mains ; elle se plaint toutefois de l'apparition très récente (quelques jours) de douleurs plutôt mécaniques de la jonction dorso-lombaire, qu'elle avait déjà présentées il y a quelques années et qui avaient alors bien répondu à un traitement de physiothérapie. Malheureusement le traitement au methotrexate ne pourra pas être poursuivi aux doses prescrites actuellement, en raison des effets secondaires (perte de cheveux marquée et aphtose buccale, malgré une bonne supplémentation en acide folique). Dans le cadre du bilan pratiqué, la recherche de tuberculose latente s'est révélée positive. Un traitement de Rifampicine a été prescrit pour 4 mois.!

En date du 24 juillet 2013, la Dresse B\_\_\_\_\_ a confirmé, dans un rapport intermédiaire, qu'il n'y avait aucune modification de l'état de santé de sa patiente, depuis le premier rapport du 11 février 2013. !

Une IRM du genou droit a été pratiquée le 24 octobre 2013 : le professeur N\_\_\_\_\_, FMH en radiologie, a conclu à un épanchement articulaire important. Nodules adjacents à la partie supérieure du condyle externe, compatible avec des nodules de polyarthrite rhumatismale. Chondropathie rotulienne de grade 3; Arthrose fémoro-patellaire prédominante sur le compartiment externe; lésions cartilagineuses importantes du cartilage

de revêtement interne. Il a également procédé à une radiographie de la colonne lombaire de face-profil, localisée et une radiographie des pieds de face/profil, le même jour. Il conclut à une discarthrose L5-S1 et éperon calcanéen droit. Le 5 décembre 2013, le docteur D\_\_\_\_\_, FMH en endocrinologie / diabétologie et médecine interne générale, a communiqué à l'OAI copie de son rapport du 18 avril 2013, qui confirme au sujet de la problématique thyroïdienne, que l'activité exercée est exigible à 100 %, renvoyant l'OAI au médecin traitant pour les autres aspects. Le 17 janvier 2014, la Dresse B\_\_\_\_\_ a établi un rapport intermédiaire d'où il ressort que l'état de santé était stationnaire depuis 2013, la patiente présentant des douleurs diffuses, ses positions devant être changées régulièrement; troubles de la concentration et difficultés de mémoire; la capacité de travail est de 0 %, la compliance est optimale, et la concordance entre les plaintes et son examen clinique est bonne. S'agissant d'une reprise de travail, elle n'était pas envisageable actuellement, en raison de douleurs trop importantes, et d'un état dépressif pas encore bien réglé. Un examen serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Le 3 mars 2014, la Dresse L\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI. Elle retient le diagnostic de probable spondylarthrite indifférenciée (HLA B27 positive), luxations récidivantes des rotules avec arthrose fémoro-patellaire externe et prédominance droite; lombalgies mécaniques; tuberculose latente traitée; hyperthyroïdie. Pour l'essentiel elle a confirmé les renseignements anamnestiques déjà mentionnés, précisant que le pronostic est moyen et que la réponse au traitement n'est que partielle. S'agissant de l'incapacité de travail, la patiente ne travaille pas et elle n'a pas prescrit d'arrêt de travail. Il est possible d'améliorer l'état clinique avec la prescription d'anti-inflammatoires. Reprise d'activité professionnelle: elle estime la capacité de travail à 50 %, les restrictions étant d'éviter les activités physiques lourdes et le port de charges en particulier. Le 24 juillet 2014 la doctoresse O\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, psychiatre traitante depuis mai 2014, a établi un rapport : elle a posé le diagnostic incapacitant de trouble panique depuis 2005, premier épisode dépressif en 2006 CIM10 (F32/ F41.0/ F41.1 ) sur le plan anamnestique, patiente de 52 ans d'origine brésilienne est arrivée en Suisse en 2006. Mariée, trois enfants, elle avait travaillé dans des usines en tant que couturière. Elle est venue rejoindre son mari qui travaillait déjà à Genève depuis quelques années. Nombreux soucis de santé et tableau somatique fragile, renvoyant au médecin traitant pour le détail. Du point de vue psychiatrique, antécédents d'un trouble anxieux généralisé (TAG), d'un premier épisode dépressif en 2006 suite au décès de la mère et à la maladie grave du père, décédé lui aussi en 2007. En 2005 la patiente a commencé à faire des attaques de panique très handicapantes. Elle a été mise sous traitement antidépresseur lors de ce tableau anxio-dépressif inaugural. Il a été caractérisé par des sévères crises d'angoisse, des ruminations de peur de la mort, des troubles de sommeil, une asthénie physique et mentale avec absence d'idées suicidaires. Elle a bénéficié d'un traitement antidépresseur pendant deux ans. Actuellement la patiente est assez bien psychiquement, mais on note une grande fragilité en raison de ses différentes maladies somatiques rhumatismales qui provoquent beaucoup de douleurs. Les traitements médicamenteux nombreux provoquent de la fatigue, parmi d'autres effets collatéraux. Son mari est au social et présente un important handicap visuel. La situation est très anxiogène pour la patiente qui vit au quotidien sa propre maladie et celle de son mari. Elle a été prise en charge en psychiatrie en raison de ses troubles anxieux chroniques avec des antécédents d'attaques de panique. Elle doit poursuivre son traitement médicamenteux et suivre une thérapie de soutien; elle sera suivie par un autre psychiatre en raison de l'arrêt de l'activité

en cabinet privé de l'auteur du rapport. La patiente serait très motivée pour travailler dans un registre adapté à son handicap. Le pronostic reste réservé en fonction de ses pathologies somatiques et ses troubles anxieux chroniques. Une psychothérapie de soutien serait utile. S'agissant des restrictions au niveau psychique, les registres trop anxiogènes sont à éviter, au risque de possibles crises d'anxiété ou d'attaques de panique. S'agissant de l'incapacité de travail, une activité adaptée à son tableau somatique lui permettrait de travailler partiellement, mais pas plus de quatre heures par jour, dans un environnement calme indispensable.!

13. Dans un avis du 3 février 2015, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) - Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ - : ayant repris la substance des rapports des médecins traitants et spécialistes consultés, sur le plan somatique, observe que, selon le psychiatre traitant, les diagnostics psychiatriques n'ont pas d'effet sur la capacité de travail, les atteintes somatiques se répercutant sur le psychisme de la patiente. Le SMR suggère que l'OAI interpelle les Dresses C\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ pour leur demander quels éléments médicaux justifient une incapacité de travail à 100% dès 2007, et de produire copie des anamnèses, examens cliniques et complémentaires de l'époque.!

14. L'OAI ayant interpellé les médecins traitants susmentionnés par courrier du 17 février 2015, dans le sens demandé par le SMR, la Dresse C\_\_\_\_\_ a répondu que le dossier avait été transféré depuis plusieurs années au cabinet de la Dresse L\_\_\_\_\_ ; quant à la Dresse B\_\_\_\_\_ elle s'est bornée à répondre à la main sur le courrier même de l'OAI: « spondylarthrite séronégative indifférenciée HLA B 27 positive », annexant à sa réponse la copie des rapports déjà produits de la Dresse L\_\_\_\_\_.

15. Le 12 mai 2015 SMR - Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ - a émis un nouvel avis: à défaut d'avoir pu obtenir une réponse à la précédente question, ils ont demandé à l'OAI d'ordonner un examen rhumatologique et psychiatrique.!

16. Cet examen a été confié aux spécialistes du SMR: le docteur R\_\_\_\_\_, FMH en rhumatologie et la doctoresse S\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il a eu lieu le 18 août 2015 en présence d'un interprète mandaté par l'OAI. Les examinateurs ont déposé leur rapport le 25 août 2015. !

Après avoir rappelé les raisons de cet examen, ayant pour but de préciser l'évolution de l'état de santé, les diagnostics, les limitations fonctionnelles, la capacité de travail dans les activités habituelles ou dans une activité adaptée, les examinateurs ont procédé à une anamnèse détaillée, personnelle, professionnelle et médicale, ainsi que psychosociale et psychiatrique. Après avoir recueilli les plaintes actuelles de l'assurée, ils ont procédé à une anamnèse par système, ont interrogé l'assurée sur ses habitudes, sa vie quotidienne, avant de procéder au status, ostéoarticulaire et neurologique d'une part, psychiatrique d'autre part. Les examinateurs ont ensuite énuméré et décrit les documents composant le dossier radiologique. Ils ont posé les diagnostics suivants, ayant une répercussion durable sur la capacité de travail: spondylarthrite séronégative indifférenciée HLA B27 positive à prédominance périphérique (M46.9); gonarthrose discrète à modérée bilatérale (M17); discrets troubles statiques du rachis et troubles dégénératifs du rachis lombaire (M54); et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants: goitre dans le cadre d'une maladie de Basedow et d'un status après thyroïdite d'Hashimoto; obésité avec BMI à 33; fibromyalgie, probablement secondaire (M 79.0); discret status variqueux des membres inférieurs avec œdèmes malléolaires externes bilatéraux à prédominance gauche; allergies aux pollens avec asthme allergique; status après décollement rétinien gauche opéré; hypertension artérielle traitée; hypercholestérolémie traitée; trouble panique en 2005 en rémission complète, diagnostique anamnestique (F41.0). Après une discussion fournie et documentée, les examinateurs ont

considéré qu'au vu des diagnostics retenus, et des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans les activités de nettoyeuse ou de couturière, la CT peut être considérée comme nulle dans ces deux activités. En revanche, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, ils ont retenu une incapacité de travail de 50 %. Ils expliquent avoir retenu tout de même une telle incapacité, au vu de la présence de probables synovites du poignet droit et des deuxième et troisième métacarpophalangiennes droites dans le cadre de la spondylarthrite indifférenciée à prédominance périphérique, et au vu des autres diagnostics qui conduisent à de nombreuses limitations fonctionnelles qui, en se surajoutant, entraînent fatalement une baisse de rendement. Ils ne retiennent cependant pas une incapacité de travail supérieure à 50 % dans une activité adaptée, car il n'y a aucune raison biomécanique le justifiant. Du reste, la tolérance à la position assise, en cours d'entretien, a été bonne. La fibromyalgie est par ailleurs très probablement secondaire à la spondylarthrite et elle ne conduit donc pas à une incapacité de travail indépendante de celle occasionnée par la spondylarthrite. Cette fibromyalgie n'occasionne par ailleurs pas une restriction importante des activités de la vie quotidienne. Les experts relèvent que leur appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée est superposable à l'évaluation de la Dresse L\_\_\_\_\_. En cas d'introduction d'un traitement anti-TNF alpha, la symptomatologie douloureuse et arthritique pourrait s'améliorer, ce qui pourrait conduire à une amélioration de l'état de santé et éventuellement de la capacité de travail: les examinateurs laissent le soin à l'administration de requestionner la Dresse L\_\_\_\_\_, dans une année, pour savoir si ce type de traitement a été introduit et quelle évolution de l'état de santé et la capacité de travail en ont résulté. Sur le plan psychiatrique: suite à une relation conflictuelle avec un mari alcoolique qui a des problèmes somatiques, l'assurée a développé une symptomatologie anxieuse dépressive réactionnelle; elle a bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire de mai à septembre 2014. Selon le psychiatre traitant, l'assurée est sujette à des troubles paniques depuis 2005, un premier épisode dépressif en 2006, sans effet sur la capacité de travail. Elle décrit sa patiente comme fragile en raison de ses pathologies somatiques qui se répercutent sur son état psychique. Elle se prononce en faveur d'une activité adaptée à raison de quatre heures journalières dans une place de travail calme, dans le but d'éviter des registres trop anxiogènes. Ces restrictions psychiques se manifestent au travail par les possibles crises d'angoisse ou d'attaque de panique. Cependant, ni en 2005 ni en 2006 l'état de l'assurée n'a nécessité de prise en charge psychiatrique ambulatoire et l'assurée ne donne aucune information sur un éventuel épisode dépressif en 2006. Il s'agit d'une probable pathologie réactionnelle, sans incidence sur la capacité de travail, et qui s'est rapidement améliorée sous un traitement médicamenteux antidépresseur. L'examen clinique psychiatrique du jour n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ni de perturbation de l'environnement psychosocial. La symptomatologie dépressive ou anxieuse n'a pas été objectivée à l'examen clinique de ce jour. Sur la base d'un status psychiatrique dans les limites de la norme, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant et sa capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité. Les examinateurs ont ensuite soigneusement énuméré les limitations fonctionnelles à retenir, par rapport au rachis, aux mains et aux membres inférieurs, soulignant qu'il n'y a aucune limitation fonctionnelle psychiatrique à caractère incapacitant. Les examinateurs ont

ensuite répondu à la question de savoir depuis quand existe une incapacité de travail de 20 % au moins : ils la situent en 2009, à la date où l'assurée a arrêté son activité de nettoyeuse au noir, rappelant qu'ils ne retiennent pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. S'agissant de l'évolution de cette incapacité, les examinateurs ont encore précisé qu'elle était restée complète depuis 2009, dans l'activité de nettoyeuse ou de couturière ; en revanche, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est de 50 % depuis 2009. L'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité. En résumé et au sujet de la capacité de travail exigible, les examinateurs ont retenu qu'elle est de 0 % comme nettoyeuse ou couturière, et de 50 % depuis 2009 dans une activité adaptée, à définir en termes de métier par un spécialiste en réadaptation. 17. La permanence du SMR – Dresse T\_\_\_\_\_ - a rendu un nouvel avis le 12 octobre 2015: rappelant les diagnostics retenus par les examinateurs, la capacité de travail exigible et les limitations fonctionnelles, elle a proposé à l'OAI de suivre les conclusions de l'examen rhumatologique et psychiatrique effectué le 25 août 2015. 18. Le 13 octobre 2015, le gestionnaire OAI a établi une note de statut, retenant que l'assurée originaire du Brésil arrivée en Suisse en décembre 2006, n'a pas exercé d'activité professionnelle en Suisse ; elle est femme au foyer, de sorte que son statut est celui de ménagère. L'extrait du compte individuel fait toutefois état de périodes d'activités, relativement peu conséquentes, pendant le deuxième semestre de 2007 et de mars à décembre 2008, dans des entreprises de nettoyage genevoises. 19. Dès lors un mandat d'enquête ménagère a été ordonné et s'est déroulé le 26 janvier 2016 au domicile de l'assurée par une enquêtrice spécialisée, infirmière. Il a duré une heure. Après avoir mentionné les diagnostics retenus et le traitement en cours, l'enquêtrice a interrogé l'assurée sur sa formation scolaire et son parcours professionnel, et sur la question de savoir si, sans handicap, elle aurait exercé une activité lucrative à ce jour. L'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé dans le domaine de la couture à raison de deux à trois heures par jour, par besoin financier et « parce que c'est bon de travailler ». Elle indique avoir fait quelques recherches d'emploi dans le domaine du nettoyage en 2008, avec l'aide d'une assistante sociale, car cette dernière lui aurait dit qu'il fallait qu'elle recherche un emploi. Elle n'a pas fait d'autres recherches depuis, et n'a pas de documents prouvant une recherche d'emploi. Au moment de l'atteinte à la santé elle était sans activité lucrative. Elle précise que sa situation financière ne s'est pas modifiée depuis l'atteinte à la santé. Elle aimerait toutefois avoir son propre revenu, car son époux ne lui donne rien pour s'acheter des affaires personnelles. Les revenus de la famille proviennent d'une rente AI de l'époux et des prestations complémentaires du SPC, soit environ CHF 3'600.- par mois, pour un loyer de CHF 1'800.- mensuellement. Les assurances-maladie sont prises en charge par le SPC, à quoi s'ajoutent, jusqu'en mars 2016, des allocations familiales de CHF 400.- par mois, le couple ayant encore un fils à charge, étudiant à l'université. Les personnes partageant le domicile avec elle sont: l'époux qui prend tous ses repas à la maison; leur fille, née en 1988, qui travaille à temps partiel comme graphiste et qui est présente au repas du soir; et le fils étudiant, né en 1991, qui est présent au repas du soir et emporte un repas préparé pour midi. Le logement est un appartement de cinq pièces situé au premier étage d'un immeuble avec ascenseur; il comporte une cuisine équipée d'une cuisinière, machine à laver la vaisselle, réfrigérateur/congélateur, four à micro-ondes. Il est équipé d'une douche et d'une baignoire (l'assurée aurait besoin d'une barre d'appui dans la douche, mais rien n'a été aménagé en l'état), d'une machine à laver le

linge, d'une machine à coudre, un fer à repasser et un aspirateur. S'agissant des commerces et des moyens de déplacement, la Migros de Versoix se trouve à dix minutes en voiture, les TPG et les CFF se trouvent à proximité immédiate. Quant aux divers travaux et activités, ils ont été évalués selon le tableau retranscrit ci-dessous et la comparaison descriptive détaillée entre la période ayant précédé l'atteinte à la santé et la situation actuelle : Champ d'activités

Exigibilité	Pondération	champ d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
5.1	conduite du ménage	2-5 %	exigibilité 0 %	3 % 0 % 0 % 0 %
5.2	Alimentation	10-50 %	Préparation/cuisson /service/nettoyage cuisine/provisions	exigibilité 30 % 46 % 30% 0 %
13.8 %	0 %	5.3	Entretien du logement	5-20 % épousseter/aspirateur/sols/vitres/lits
exigibilité	30 %	20 %	60 %	30 %

## E. 12

% 6 %	5.4	Emplettes et courses diverses	5-10%	poste/assurances/services officiels
exigibilité	50 %	8 %	50 %	0 % 4 % 0 %
	5.5	Lessive/entretien des vêtements	5-20%	laver/suspendre/ramasser/repasser..., exigibilité 25% 20% 40%

## E. 15

% 8 %	3 %	5.6	Soins aux enfants et aux autres membres de la famille	0-30%	Exigibilité 0 %
0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	5.7
		Divers	0-50%	soins infirmiers/entretien plantes et jardin/animaux domestiques/confection vêtements/activités d'utilité publique/formation complémentaire/... exigibilité 0 % 3% 5 % 5 % 0.15 % 0.15%	Total du champ d'activité 100 %
					Total de l'exigibilité retenue 28.8 %
					Total-empêchement pondéré sans exigibilité 37.95%
					Total – empêchement pondéré avec exigibilité 9.15%

La conduite du ménage (5.1) : avant l'atteinte, l'assurée vivait avec son époux malvoyant et deux de leurs enfants âgés de 28 et 25 ans. C'est elle qui a toujours géré la conduite du ménage, son époux n'ayant jamais participé à l'organisation de ces tâches. L'assurée décrit une situation conjugale conflictuelle, en raison d'une problématique d'alcool chez son époux. Après l'atteinte, l'assurée organise les tâches ménagères comme elle l'a toujours fait. Il n'y a pas de limitation sur le plan psychiatrique ou organisationnel. L'alimentation (5.2) : avant l'atteinte, c'est elle qui préparait les repas pour toute la famille. Elle avait l'habitude de confectionner deux repas par jour. Elle mettait en moyenne une heure de préparation par repas. Elle cuisinait des spécialités brésiliennes deux fois par semaine, à base de haricots frais, de riz, de salades, de pâtes. Elle faisait peu de viande, car c'est cher. Elle faisait aussi de la pâtisserie, des gâteaux pour les anniversaires... Elle faisait la vaisselle et le nettoyage courant de la cuisine. Après l'atteinte, elle ne prépare plus qu'un repas par jour, le soir. Elle en fait en quantité suffisante pour pouvoir réchauffer le lendemain à midi. Comme elle a de la difficulté à se pencher, elle a mis ses ustensiles et casseroles à sa hauteur. Elle fait les mêmes menus qu'avant, mais elle a simplifié la préparation en achetant plus de produits prêts à l'emploi. Elle utilise moins de légumes frais, et plus de surgelés. Elle achète aussi des pâtes prêtes à l'emploi, alors qu'avant elle les faisait « maison ». Elle fait moins de pâtisserie. Ses enfants l'aident désormais pour la vaisselle, dans les tâches de rangement et de nettoyage de la cuisine. Dans ce poste sont prises en compte les limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise du SMR d'août 2015 : pas de déploiement de force avec les mains. Pas de mouvements répétitifs des poignets et des doigts. Pas de travail de précision avec les mains. L'entretien du logement (5.3) : avant l'atteinte, Madame a toujours effectué l'entretien du logement dans son ensemble. Son époux et ses enfants ne participaient pas à ces tâches. C'est elle qui faisait la poussière, passait l'aspirateur, changeait les draps, nettoyait la salle de bains et les sols, les vitres et les gros nettoyages.

Après l'atteinte, elle fait encore la poussière sur les meubles à sa hauteur. Elle peut passer le swifer ou une lingette sur le sol de la cuisine. Elle change ses draps avec l'aide de son époux et les enfants changent leurs draps respectifs. C'est sa fille qui passe l'aspirateur, nettoie les sols, et fait les vitres. Son fils nettoie la salle de bains. Les gros nettoyages ne sont plus faits régulièrement. Lors de la visite à domicile l'appartement est propre et ordonné. Dans ce poste sont prises en compte les limitations fonctionnelles décrites dans l'avis du SMR : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout ; pas de soulèvement ou port de charges d'un poids excédant 5 kg ; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ; pas d'exposition à des vibrations ; pas de genuflexions répétées ; pas de franchissement d'escabeaux ou d'échelles ; pas de franchissement régulier d'escaliers ; pas de marche en terrain irrégulier ; pas de travail en hauteur ; pas de position debout ou marche de plus de 30 minutes. Emplettes et courses diverses (5.4) : avant l'atteinte, c'est Madame qui faisait les courses pour toute la famille. Elle a le permis de conduire et se rendait en voiture à la Migros de Versoix, au centre commercial de Balexert ou en France voisine. Son époux l'accompagnait, car c'est lui qui gère l'argent. C'est lui aussi qui se chargeait des tâches administratives, des déplacements à la poste et à la banque. Après l'atteinte, c'est toujours Madame qui fait les courses en voiture, comme décrit ci-dessus. C'est toujours elle qui conduit, car son mari ne conduit pas (malvoyant). Elle s'y rend une fois par semaine. L'époux fait quelques courses complémentaires si nécessaire, et se charge des tâches administratives comme avant. Dans ce poste sont prises en compte les limitations fonctionnelles décrites précédemment. Lessive et entretien des vêtements (5.5) : avant l'atteinte, c'est Madame qui faisait la lessive et le repassage pour toute la famille. Elle possède une machine à laver personnelle, mais elle se rendait aussi à la buanderie de l'immeuble une fois par semaine, pour le gros de la lessive et pour économiser sur la facture d'électricité. Après l'atteinte, c'est son époux qui descend le linge à la buanderie de l'immeuble tous les lundis matin et met le linge en machine. Madame complète la lessive en mettant elle-même une machine par semaine à la maison. C'est elle qui étend le linge et le plie. Elle met les vêtements sur des cintres pour faciliter le repassage. Elle fait un petit peu de repassage elle-même, mais c'est surtout sa fille qui a repris en grande partie cette tâche. Soins aux enfants ou autres membres de la famille (5-6) : au moment de l'atteinte les enfants étaient adultes et indépendants. Divers (5.7) : avant l'atteinte, Madame n'exerçait pas d'activités d'utilité publique, n'avait pas d'animaux domestiques, mais s'occupait de plusieurs plantes d'intérieur et bacs de fleurs sur le balcon en été. Elle occupait ses loisirs à faire de la peinture et de la couture. Après l'atteinte, elle s'occupe de ses plantes d'intérieur. Elle est aidée par son époux pour les plantations de bacs à fleurs sur le balcon ; lors de la visite de l'infirmière, l'assurée dit faire moins de peinture et de couture qu'avant. L'infirmière relève que dans l'expertise médicale d'août 2015, l'assurée mentionne faire de la peinture et de la couture dans ses activités quotidiennes. En conclusion, l'enquêtrice a tout d'abord observé que le statut devrait être déterminé par le gestionnaire, au vu des éléments apportés en début d'entretien. Il a été tenu compte d'un empêchement pondéré sans exigibilité de 37.95 %, l'exigibilité retenue étant de 28.80 % et l'empêchement pondéré avec exigibilité a été fixé à 9.15 %. L'exigibilité a été retenue en tenant compte du fait que l'assurée vit sous le même toit que deux de ses enfants adultes pouvant participer aux tâches ménagères. Il n'a que peu été retenu d'exigibilité de l'époux (rentier AI à 100 % et au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré faible, pour malvoyance). L'enquêtrice a enfin relevé que l'assurée souhaite que l'OAI puisse l'aider à retrouver une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles. 20. Par courrier du 11 février 2016 l'OAI a

adressé à l'assurée un projet de refus de toutes prestations AI. Depuis janvier 2009 (début du délai d'attente d'un an), sa capacité de travail était considérablement restreinte. À ce moment-là elle n'exerçait pas d'activité professionnelle, de sorte qu'un statut de ménagère sera retenu. Conformément à l'enquête réalisée à son domicile le 26 janvier 2016, les empêchements rencontrés dans la sphère ménagère au vu des limitations fonctionnelles et de l'exigibilité des membres de la famille ont été évalués à un taux de 9 %. À l'issue du délai d'attente, soit en janvier 2010, son taux d'invalidité était de 9 %, n'ouvrant pas de droit à une rente. En conséquence, la demande est rejetée.!

21. Par courrier recommandé du 2 mars 2016 l'assurée a contesté ce projet, qui n'indique pas les raisons du rejet de la demande. Elle souhaite également connaître le résultat des examens cliniques qu'elle a passés, à la demande de l'OAI, en août 2015, pour pouvoir en discuter avec son médecin. Elle conteste également les conclusions de l'infirmière de l'office au sujet de l'enquête ménagère. Elle ne comprend pas comment son taux d'invalidité a été évalué à 9 %, et ne peut que s'étonner de cette conclusion, après une observation de seulement « 2 heures passées à mon domicile (!) ». En effet, les divers problèmes de santé dont elle souffre, notamment une polyarthrite rhumatoïde qui s'aggrave d'année en année, l'empêchent d'effectuer la plupart des tâches quotidiennes. Elle risque de se retrouver bloquée chaque fois qu'elle se baisse ou se penche en avant. Son mari et ses enfants l'assistent tous les jours afin d'éviter que cela ne se produise ; malgré tout, certains jours elle éprouve de grandes difficultés, ne serait-ce qu'à se tenir debout. Selon son médecin traitant, son invalidité est de 100 %, ce que cette dernière (Dresse B\_\_\_\_\_ ) a dû confirmer à l'OAI, par courrier. Elle sollicite donc les informations complémentaires relatives à son cas, avec les détails des résultats des examens cliniques ainsi que la motivation de la décision de l'OAI.

22. Par courrier du 7 mars 2016, l'OAI a accusé réception de l'opposition, indiquant qu'elle allait entreprendre les mesures nécessaires pour l'instruire, et dans l'intervalle lui a communiqué l'intégralité du dossier par CD-ROM.

23. Par courrier recommandé et sous pli simple du 5 avril 2016, l'OAI a notifié à l'assurée sa décision de refus de toute prestation. A la suite de son opposition, l'OAI lui avait adressé copie de son dossier. Force était de constater qu'aucun élément probant n'avait été adressé à l'office dans l'intervalle. Ainsi le projet de décision était confirmé.

24. La Dresse B\_\_\_\_\_, a adressé un courrier à l'OAI, daté du 25 mars 2016. L'exemplaire figurant au dossier de l'office porte un tampon « copie », et un timbre humide de l'OAI mentionne la date du 21 avril 2016.

Sa patiente souffre depuis plusieurs années d'une spondarthrite séronégative indifférenciée HLA-B27 positive. Elle présente de manière récurrente des gonalgies s'accompagnant de tuméfactions ainsi qu'à plusieurs reprises des épanchements des genoux pour lesquels elle a été ponctionnée. Elle a également des douleurs des articulations, des mains et des chevilles. Elle est très handicapée par sa maladie et ne peut pas travailler à 100 %. Les « expertises » n'ont pas tenu compte de sa douleur et du handicap que lui procure sa maladie. Il n'y a pas eu d'examens complémentaires depuis la décision de l'OAI, mais ce médecin pense que sa patiente a mal été évaluée.

25. Par courrier du 22 avril 2016, l'OAI a accusé réception du courrier susmentionné: l'office avait notifié sa décision en date du 5 avril 2016. Celle-ci pouvait être contestée dans le délai légal par recours écrit et signé de l'assurée auprès de la chambre de céans.

26. Par courrier du 4 mai 2016, déposé le jour-même au guichet, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève d'un recours contre la décision du 5 avril 2016. Elle a repris son argumentation précédente et, allégué que, selon son médecin traitant, son invalidité est de 100 %, ce qui sera confirmé

par un certificat que sa doctoresse adressera à la chambre de céans dans les prochains jours.![endif]>![if> 27. Par courrier du 10 mai 2016, la chambre de céans a indiqué à la recourante que le certificat médical de son médecin traitant ne lui était pas encore parvenu. Dans la mesure où ce document paraissait utile et que l'office intimé devrait pouvoir en disposer pour se déterminer dans le cadre de sa réponse, la recourante était invitée à faire le nécessaire pour obtenir ce document et le faire parvenir au plus vite à la chambre de céans, avec copie directement adressée à l'intimé. ![endif]>![if> 28. Le 17 mai 2016, la chambre de céans a reçu un courrier « à qui de droit », du médecin traitant de la recourante, daté du 24 mars 2016 et portant la référence de la présente cause. Pour l'essentiel, la Dresse B\_\_\_\_\_ reprend ses observations précédentes, expliquant que sa patiente se plaint depuis plusieurs années de gonalgies bilatérales d'horaires mécaniques, s'accompagnant de tuméfactions et d'épanchements au moindre effort; elle présente également une chondropathie rotulienne avec tendance à la subluxation latérale des deux rotules, mais également d'arthralgies des deux mains, de douleurs des deux pieds, de la colonne cervico-dorso-lombaire, parfois sur contractures musculaires. Elle présente également un état anxio-dépressif en rapport direct avec sa maladie rhumatismale ainsi qu'avec ses problèmes familiaux; elle a été suivie par un psychiatre. Elle est actuellement dans l'incapacité de travailler. Les expertises n'ont pas tenu compte de sa douleur et du handicap que sa maladie lui procure. Elle estime que sa patiente a été mal évaluée, observant qu'aucun examen complémentaire n'a été entrepris depuis la décision de l'OAI.![endif]>![if> 29. Le même courrier, cette fois-ci daté du 12 mai 2016, a été adressé par le médecin traitant à l'OAI, que ce dernier a retransmis comme objet de sa compétence à la chambre de céans le 23 mai 2016.![endif]>![if> 30. Par courrier du 30 mai 2016, l'intimé a répondu au recours et conclu à son rejet. La recourante avait fait l'objet d'un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR le 18 août 2015. Les conclusions du rapport y relatives ne sont contestées ni par la recourante ni par son médecin traitant. Seul divergent entre le SMR et le médecin traitant l'évaluation de la capacité de travail, sans toutefois que cette divergence soit basée sur des éléments objectifs. Les diagnostics retenus sont identiques. Pour le reste, le rapport d'enquête ménagère a été établi conformément aux exigences requises pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, et les arguments développés par la recourante ou par son médecin traitant dans son courrier ultérieur sont insuffisants pour remettre en cause les conclusions de l'intimé.![endif]>![if> 31. Sur quoi la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 4 juillet 2016.![endif]>![if> La chambre de céans a noté en début d'audience que la recourante se présentait accompagnée d'une amie, qu'elle indiquait ne s'exprimer pas parfaitement en français et que son amie pourrait servir d'interprète. Constatant que la recourante comprend ce qui lui est dit, la chambre des assurances sociales a décidé de commencer l'audience et reverrait la question de sa poursuite en fonction du déroulement des débats. La recourante a déclaré : « Je précise, à votre demande, que ce n'est pas moi qui ai écrit en français le recours que j'ai déposé le 4 mai 2016. En revanche, j'ai indiqué à une personne ce que je ressentais et ce qu'il fallait écrire pour contester la décision. Pour être précise, je ne comprends pas pourquoi l'AI retient un taux d'invalidité de 9 %, alors que les médecins qui m'ont examinée pendant la procédure (les médecins de l'AI) ont eu l'occasion de m'examiner très complètement, j'ai beaucoup pu parler avec eux et leur expliquer mes problèmes. Ils ont compris que ma capacité de travail comme nettoyeuse était de 0 % et que dans une activité tenant compte de mes problèmes, elle était de 50 %. Et voilà que l'infirmière qui est venue m'interroger à la maison a conclu son enquête en ne retenant

qu'une incapacité de 9 %. Je voudrais ajouter que je ne comprends pas pourquoi le médecin ne m'a pas fait faire une IRM, car j'ai beaucoup de kystes, surtout dans les genoux. D'ailleurs, c'est ce qui ressort des derniers examens que mon médecin rhumatologue m'a fait subir. » La représentante de l'intimé a indiqué, s'agissant du courrier de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 25 mars 2016 (pièce 63 dossier intimé), que le timbre humide du 21 avril 2016 est celui de la réception de l'office. C'est la raison pour laquelle, ayant reçu ce courrier après la décision du 5 avril 2016, cette dernière n'en tient pas compte. Du reste, c'est ainsi qu'il faut comprendre la réponse adressée à la doctoresse en question par courrier du 22 avril 2016 (pièce 64 dossier intimé). Sur quoi la chambre de céans a impartit aux parties un délai au 2 août 2016 pour se prononcer après comparution personnelle, la suite de la procédure étant réservée. 32. L'intimé s'est déterminé par courrier du 21 juillet 2016. Il a persisté dans ses conclusions. Outre le fait que la valeur probante du rapport d'examen clinique du SMR du 18 août 2015 n'est pas contestée par la recourante, pas plus que celles du rapport d'enquête à domicile, la recourante n'a apporté aucun élément permettant de faire une appréciation différente de la situation. La contestation de la recourante semble uniquement porter sur une incompréhension des principes légaux à la base de l'évaluation de l'invalidité des personnes sans activité lucrative, qui se fonde sur l'enquête à domicile, et non uniquement sur l'appréciation des médecins. 33. Par courrier du 29 juillet 2016, la recourante a adressé à la chambre de céans deux nouveaux courriers de ses médecins traitants, l'un de la Dresse L\_\_\_\_\_, et l'autre de la Dresse B\_\_\_\_\_. Elle a en outre sollicité un délai supplémentaire pour se prononcer au sujet de l'audience, si possible jusqu'au 16 septembre 2016, car elle souhaitait accéder au dossier de l'intimé pour y consulter certaines pièces à l'appui de sa défense. Elle avait sollicité l'assistance juridique et attendait une réponse dans les plus brefs délais. En substance, les documents médicaux produits reprennent, chacun, s'agissant de la description des affections dont souffre la recourante, le contenu des pièces médicales déjà versées au dossier : la Dresse L\_\_\_\_\_ a en outre précisé que la recourante allait subir prochainement une IRM des mains. Elle conclut en indiquant qu'une activité de nettoyeuse à plein temps est clairement in- envisageable. Une activité à 50 %, dans un poste adapté à ses handicaps, pourrait être envisagée. Quant à la Dresse B\_\_\_\_\_, elle a encore remarqué que les responsables de l'assurance-invalidité ne remettaient absolument pas en cause ses compétences, mais suggéraient qu'elle ne serait pas objective, ayant un rapport trop privilégié avec sa patiente par rapport à leur experte infirmière qui est passée au domicile de la recourante. Reprenant en les citant expressément, les réponses données par les médecins du SMR à l'issue de l'examen de la recourante, le médecin traitant constate que sa patiente a été évaluée par deux médecins experts, le spécialiste en rhumatologie ayant conclu à une incapacité de 50 % sur un lieu adapté. Elle en conclut qu'on ne saurait accuser l'expert de manque d'objectivité, ou d'avoir trop de sympathie pour la patiente, qu'il n'avait d'ailleurs jamais vue auparavant. Elle ne comprend dès lors pas pourquoi son avis d'expert compterait moins que l'avis de l'infirmière spécialisée. 34. La chambre de céans a accordé à la recourante le délai sollicité. 35. Entre-temps, une avocate d'office, désignée pour la défense des intérêts de la recourante, s'est annoncée à la chambre de céans. 36. L'intimé, invité à se prononcer sur les écritures de la recourante du 29 juillet 2016 et les pièces annexées, a persisté dans ses conclusions, rappelant les principes qui régissent la détermination du statut d'un assuré et l'évaluation du degré d'invalidité d'une personne assurée travaillant dans le ménage. 37. Dans le délai prolongé à sa demande pour se déterminer, le conseil de la recourante s'est prononcé par mémoire du 30 septembre

2016. Il a conclu préalablement à ce que soit ordonnée une suite de comparution personnelle à laquelle un interprète en langue portugaise devrait être présent. Au fond, il conclut à l'annulation de la décision de l'OAI du 5 avril 2016, et à ce qu'il soit dit et constaté que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013, non limitée dans le temps, et au renvoi du dossier à l'intimé pour exécution de l'arrêt au sens des considérants, le tout avec suite de dépens. En substance, la recourante fait valoir que la seule question litigieuse est celle du degré d'invalidité dans la sphère ménagère de la recourante, et en conséquence son degré d'invalidité dans ce seul domaine. Il est en effet établi que la recourante est invalide à 100 % dans son activité de nettoyeuse. Or, si l'expert rhumatologue affirme que la recourante est capable de travailler à 50 % dans une activité adaptée, aucun exemple de « travail adapté » n'a été proposé à la recourante, de sorte qu'une telle capacité apparaît si théorique et abstraite vu les limitations fonctionnelles, qu'il convient de l'écarter. Elle en conclut qu'elle est donc incapable de travailler, quel que soit le domaine. L'enquête ménagère a été conduite de manière lacunaire et erronée, sur la base d'une très brève visite, sans interprète, alors qu'il est spécifiquement signalé que l'enquêtrice a dû aider la recourante à remplir le questionnaire vu ses lacunes en français. Ces lacunes étaient d'ailleurs connues de l'intimé dès lors que la recourante avait pu être accompagnée d'un interprète lors de l'examen médical auprès du SMR. Ainsi la recourante n'a pas pu exprimer librement ses douleurs et son quotidien, de sorte que ses plaintes n'ont pas pu être reprises correctement par l'enquêtrice. Ceci vaut également pour les tâches effectuées par les membres de la famille, qui se voient imputer un taux d'exigibilité largement supérieur à ce qui est pratiqué en réalité. Elle allègue notamment (ch. 32 en fait) ne pas avoir fait part à l'enquêtrice du grave problème d'alcoolisme dont souffre son époux, qui dort quasiment toute la journée et que nul ne mentionne l'emploi du temps très chargé de son fils qui est en étude la semaine et qui travaille le week-end [p.14 ii) dernier §]. Les données relatives aux travaux ménagers effectués par la recourante n'ont pas bien été collectées, puisque la recourante accomplit bien moins de tâches ménagères que ce qui est indiqué dans l'enquête économique. Ce rapport d'enquête ne revêt par conséquent pas de valeur probante et ne peut pas constituer une base de décision pour l'intimé. Il en découle que la seule façon réaliste de calculer la capacité de la recourante à effectuer les tâches usuelles est de se baser sur les avis médicaux versés au dossier. Les taux d'empêchements retenus pour les diverses tâches ménagères sont complètement arbitraires. Proposant une autre pondération des champs d'activité et d'autres taux d'empêchement, elle considère que son taux d'invalidité serait d'au moins 57.1 % dans la sphère ménagère. Elle en déduit un degré d'invalidité globale se répartissant entre un pourcentage d'activité professionnelle de 0 %, et un pourcentage de travaux ménagers de 100 %, dont 57.1 % d'empêchements et un degré d'invalidité de 57.1 %, d'où un droit à une demi-rente d'invalidité. 38. L'intimé s'est prononcé sur les dernières écritures de la recourante par courrier du 6 octobre 2016. Les critiques formulées à l'égard de l'enquête ménagère ne sont pas fondées. Les problèmes de santé du mari ont bien été pris en compte dans l'exigibilité qui peut être attendue de sa part ; quand bien même les enfants de la recourante sont aux études et/ou travaillent, il est rappelé que l'aide des proches, dans le cas de l'évaluation de l'invalidité, va au-delà de celle qu'on attendrait normalement en l'absence d'une atteinte à la santé. En ce qui concerne les autres points de contestation par le conseil de la recourante, ils ne sont basés sur aucun élément objectif, mais sur les « déclarations a posteriori de la recourante ». 39. Sur quoi, les parties ne s'étant pas manifestées après communication des dernières écritures de l'intimé, la cause a été gardée à juger. 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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 3. Le litige porte sur la question de savoir si l'assurée a droit à une rente d'invalidité, comme le prétend la recourante, ou si au contraire c'est à juste titre que l'intimé a refusé le droit à toute prestation d'invalidité, en retenant un taux d'invalidité de 9 % résultant de l'enquête ménagère diligentée à son domicile. 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). 5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). 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 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 des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). Selon la directive de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), en principe, le taux d'invalidité sera établi sur la base d'une comparaison des revenus. Ce n'est que lorsqu'une détermination selon cette méthode s'avère impossible que l'on en choisira une autre (ch.3002). La loi ne connaît pas d'autres systèmes d'évaluation, tels que l'appréciation médico-théorique (tables d'invalidité). Ceux-ci ne sont donc pas admis [RCC 1967 p. 83, 1963 p. 222, 1962 p. 125 et 483] (ch. 3003). Il n'est pas permis – exception faite d'une situation claire (p. ex. en cas d'incapacité de travail totale) – de fixer sans autre un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail retenue par les médecins (RCC 1962 p. 441). L'office AI doit toujours examiner si, et au besoin dans quelle mesure, la capacité de travail résiduelle est utilisable au mieux et quel revenu pourrait ainsi être réalisé dans l'accomplissement des travaux raisonnablement exigibles (activité lucrative). De même, lorsque la méthode spécifique est appliquée, c'est la comparaison concrète des champs

d'activités et non pas l'appréciation de l'incapacité de travail faite par les médecins qui est prépondérante (ch. 3004). 6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 7. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 7. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Etant 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 351 consid. 3b/ee). 8. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). 9. Un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà

existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_58172007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).!

10. En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).!> On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).!> 12. 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 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). 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; ATF 122 V 157 consid. 1d).!> 13. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode

spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).  
14. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).  
Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).  
15. a) Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97 ).  
Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93 ) une telle enquête a valeur probante. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence

constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recourt, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a 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). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4). La jurisprudence fixe les limites de ce qui est exigible à titre d'aide des membres de la famille. Cette forme de réduction du dommage ne peut plus être exigée, dès lors que l'accomplissement des travaux ménagers oblige à rémunérer des tiers ou représente pour les membres de la famille une perte de revenu ou un fardeau trop pesant. Toutefois, l'aide des membres de la famille dont il faut tenir compte pour évaluer le taux d'invalidité est plus substantielle que celle qu'on attendrait normalement en l'absence d'une atteinte à la santé, car il faut se demander comment s'organiserait une communauté familiale raisonnable si elle ne pouvait pas prétendre à des prestations d'assurance. Une partie de la doctrine critique ce fait. Si le calcul du taux d'invalidité résultant de la comparaison des types d'activité ou de l'application de la méthode mixte est souvent considéré comme étant plus restrictif, cela s'explique par la plus grande liberté dans l'aménagement de l'horaire de travail et par l'aide fournie par les proches tenus au devoir d'assistance, deux éléments qui permettent de compenser quelque peu les limitations causées par l'atteinte à la santé. Des mesures de réduction du dommage adéquates peuvent ainsi pallier en partie les effets de ces limitations. (Assurance-invalidité : évaluation du taux d'invalidité les personnes travaillant à temps partiel - rapport du Conseil fédéral du 1er juillet 2015 en réponse au postulat de Jans Beat du 28 septembre 2012 - et références citées p. 12 et 13) 16. Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a

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

Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). 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 (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

17. Le résultat exact du calcul doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3, modifiant la jurisprudence publiée aux ATF 127 V 129, consid. 3).

18. Il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 115 V 143 consid. 8c).

19. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

20. Dans le cas d'espèce l'intimé a retenu, un statut de ménagère à l'assurée, la question n'étant pas litigieuse. Certes le rapport d'enquête économique sur le ménage rapporte que, selon les dires de l'assurée, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé dans le domaine de la couture, deux à trois heures par jour, par besoin financier et « parce que c'est bon de travailler ». Elle dit avoir fait quelques recherches d'emploi dans le domaine du nettoyage en 2008 avec l'aide d'une assistante sociale, car cette dernière lui aurait dit qu'il fallait qu'elle recherche un emploi. Cette dernière remarque, qui

ne peut se rapporter qu'aux propres déclarations de la recourante, dès lors qu'elle ne se retrouve nulle part ailleurs, dans le dossier, se réfère très vraisemblablement à une problématique qui a dû être évoquée dans le cadre du dossier de prestations complémentaires relatives à l'époux de la recourante, dont le dossier de l'intimé contient quelques extraits, notamment des plans de calcul, dont il ressort, pour certaines périodes en tout cas, que le revenu déterminant comprend la prise en compte d'un gain potentiel de l'épouse. Quoi qu'il en soit, l'OAI a finalement retenu le statut exclusif de ménagère, en constatant notamment à travers les extraits de compte individuel qu'au moment de l'atteinte à la santé, l'intéressée n'exerçait pas d'activité lucrative, et cette question ne fait au demeurant pas l'objet de contestation de la part de la recourante, pas plus d'ailleurs, depuis qu'elle est assistée d'un conseil, lequel a en effet fondé ses développements et ses calculs sur une part professionnelle égale à 0. C'est donc bien un statut de ménagère à plein temps qu'il faut reconnaître à la recourante.!

21. La recourante critique l'enquête économique sur le ménage d'une part dans la manière dont celle-ci s'est déroulée, et d'autre part dans son résultat par rapport aux taux d'empêchements retenus pour les diverses tâches ménagères et le taux d'exigibilité retenu pour les proches de la recourante. a) Le conseil de la recourante fait valoir que l'enquête s'est déroulée sans interprète alors qu'il est « spécifiquement signalé que l'enquêtrice a dû aider la recourante à remplir le questionnaire vu les lacunes en français de la recourante ». Elle indique que la « mauvaise compréhension du français par la recourante » était d'ailleurs connue de l'intimé puisque la recourante avait pu être accompagnée d'un interprète lors de l'examen médical diligenté par l'OAI. Elle en déduit dès lors que la recourante n'aurait pas pu exprimer librement ses douleurs et son quotidien, et qu'ainsi l'enquêtrice n'aurait pas pu reprendre correctement ses plaintes, et pas évaluer correctement non plus les tâches effectuées par les membres de la famille. On relèvera à ce sujet que l'argumentation développée ici par la recourante est nouvelle, car elle ne s'est en effet jamais plainte, et pas même dans son recours, de ne pas avoir pu s'exprimer librement et être comprise de l'enquêtrice. Le document (questionnaire) auquel elle se réfère se rapporte exclusivement à la question du statut, et la remarque spécifique mentionnée sur ce document indique « rempli avec l'aide de l'enquêtrice car l'assurée ne sait pas écrire en français ». Or, ne pas savoir écrire en français ne signifie pas encore que sa compréhension du français est mauvaise, et pas non plus qu'elle ne soit pas capable de s'exprimer dans cette langue, et de se faire comprendre. Du reste, la chambre de céans a pu constater par elle-même, que la recourante comprenait le français et était en mesure de répondre aux questions qui lui étaient posées. En début d'audience de comparution personnelle, voyant comparaître la recourante accompagnée d'une amie qui pourrait au besoin lui servir de traductrice (alors que la recourante n'avait pas sollicité un interprète au préalable), la chambre de céans a pris soin de vérifier que l'intéressée comprenait ce qui lui était dit, et pouvait répondre aux questions, avant d'indiquer aux parties que l'audience se poursuivrait, sauf si en cours de route des difficultés de compréhension devaient se manifester. L'amie est restée à ses côtés. Dès lors l'audience s'est tenue jusqu'au bout, sans remarque de la recourante au sujet de sa compréhension et de sa possibilité de s'exprimer, et sans que l'on ait décelé chez elle la moindre difficulté à comprendre ce qui lui était dit, ou à répondre aux questions qui lui étaient posées. En définitive, l'argument tend tout simplement, - et les conclusions préalables tendant à ce que la chambre de céans convoque une nouvelle comparution personnelle le confirment - à donner la possibilité à la recourante de donner d'autres et de nouvelles explications que celles données à l'enquêtrice, sur place: il suffit pour s'en convaincre de lire la partie en fait,

de cette écriture, qui comporte pour chaque nouvelle explication ou remarque la mention en caractères gras « Preuve : audition de (la recourante) ». Au vu de ce qui précède, et en rappelant qu'en présence de contradictions et déclarations d'une partie, la jurisprudence privilégie les premières déclarations de l'intéressé, pour les raisons évoquées par la jurisprudence citée ci-dessus. b) La recourante fait grief à l'intimé, respectivement à l'enquêtrice, d'avoir évalué de façon inexacte sa capacité à exécuter les tâches ménagères, d'une part en retenant à tort une exigibilité de 28.8% de son époux et de ses deux enfants, au motif, pour l'époux, qu'il serait atteint d'un grave alcoolisme et dormirait prétendument quasiment toute la journée, et, pour les enfants, qu'ils travaillent et en particulier son fils qui étudie à l'université la semaine et travaille le week-end; d'autre part en sous-évaluant le taux d'empêchement retenu dans la plupart des domaines d'activité examinés. La recourante affirme par deux fois dans ses écritures que le problème de l'alcoolisme de son mari aurait été ignoré de l'enquêtrice : dans un premier temps elle affirme qu'elle n'aurait pas fait part à l'enquêtrice du grave problème d'alcoolisme de son mari, (ch.32 – offre de preuve); et dans un 2 e temps (p.14 ad ii) dernier §) que « nul n'est fait mention du grave alcoolisme dont souffre l'époux... », Ceci est inexact : il ressort en effet du rapport d'enquête sur le ménage, (p.4. ch. 5.1 Conduite du ménage, avant l'atteinte) que Madame décrit une situation conjugale conflictuelle, en raison d'une problématique d'alcool chez son époux. Ceci dit, l'enquêtrice a expressément spécifié que l'exigibilité relative à l'aide que peut apporter le mari n'a que très peu été retenue, dès lors qu'il touche une rente d'invalidité et qu'il est malvoyant. Le taux d'exigibilité retenu pour l'ensemble des proches (époux et deux enfants majeurs) le confirme: en effet les 28.8 % retenus apparaissent non seulement conformes à ce que la jurisprudence permet d'exiger de la part de l'entourage de la personne atteinte dans sa santé, mais ils correspondent au degré de vraisemblance prépondérante à l'aide effective apportée par le mari et les enfants de la recourante. Aucun élément du dossier, et de l'enquête ménagère en particulier, ne permet de retenir que les efforts fournis par ces derniers seraient au-dessus de leurs forces ou capacités. Pour ne prendre que le cas du mari, la chambre de céans n'a aucune raison de douter des explications données par la recourante à l'enquêtrice en ce qui concerne l'aide apportée par ce dernier; la recourante ne le conteste d'ailleurs pas sérieusement, au contraire: critiquant les taux que retient l'enquêtrice dans certains domaines d'activité, elle admet par exemple faire effectivement les courses avec son époux, en voiture, mais précise qu'elle fait office de chauffeur mais que c'est son époux seul qui fait les courses. Ceci pour prétendre réévaluer le taux d'empêchement dans le poste « emplettes et courses diverses » comme on le verra. Elle affirme également que ce n'est pas elle qui change les draps de son lit, mais que c'est au contraire son mari qui le fait de temps à autre. Quoi qu'il en soit, la chambre de céans constate que la recourante est ainsi contradictoire dans son argumentation, puisque, comme on l'a vu, elle prétend d'un autre côté que son mari ne ferait pratiquement que dormir toute la journée. c) La recourante prétend que l'enquêtrice a retenu une part de capacité de travail dans l'activité ménagère qui ne correspondrait pas à la réalité, y compris celle qu'elle décrit elle-même, de sorte que les taux retenus apparaissent comme erronés tant dans l'établissement des taux d'empêchement que pour ce qui est de la l'exigibilité retenue. L'enquêtrice n'aurait pas su prendre en compte les limitations réelles auxquelles se heurte la recourante, selon ce que les médecins du SMR qui l'ont examinée et ses médecins traitants ont retenu. Elle en déduit que le rapport d'enquête ménagère ne correspond pas aux exigences jurisprudentielles. On rappellera à cet égard qu'en règle générale le rapport d'enquête ménagère constitue 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. Contrairement à ce que soutient la recourante, et comme cela a été rappelé dans l'exposé des faits ci-dessus, l'enquête ménagère a été menée par une personne qualifiée dans ce genre d'enquête, qui a consigné de manière très complète les informations données sur place par la recourante, soit par ses déclarations, soit par son comportement.. Contrairement à ce que prétend la recourante, la prise en compte des handicaps et des empêchements résultant des diagnostics médicaux, n'a pas été négligée; l'enquêtrice a du reste consigné dans le rapport la liste des diagnostics retenus, et les médicaments prescrits, après avoir pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier au jour de l'examen. Tout autre est en revanche le poids que la recourante voudrait donner à certains aspects de l'expertise médicale : elle perd de vue en effet la différence qu'il convient de retenir selon que l'on examine les atteintes à la santé dans le contexte d'une activité professionnelle ou au contraire dans le cadre des tâches ménagères dans le propre foyer de l'assurée, comme on le verra ci-après. A ce stade il convient de rappeler, conformément à la jurisprudence rappelée précédemment que les conditions exceptionnelles dont il est question où l'on peut, dans le cadre de l'évaluation des tâches ménagères, où l'appréciation médicale doit être préférée à celle de la spécialiste infirmière, ne sont pas données en l'espèce. Les conclusions qu'en tire donc la recourante, qui veut en déduire l'absence de valeur probante du rapport d'enquête ménagère sont erronées et doivent être écartées. d) S'agissant des taux d'empêchements retenus, par champ d'activité, la recourante fait grief à l'intimé, respectivement à l'enquêtrice, d'avoir très largement sous-évalué les empêchements retenus : Conformément à la jurisprudence susmentionnée, 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. Tel n'est pas le cas en l'espèce. - Alimentation (5.2) : la recourante considère que l'on aurait dû retenir un empêchement de 60 % Elle fait valoir qu'auparavant elle faisait tous les repas dont des spécialités brésiliennes et des pâtisseries et l'ensemble des tâches de la cuisine, elle prétend aujourd'hui n'utiliser que des produits prêts à l'emploi, tout en limitant au maximum de faire à manger en favorisant les restes. Cela alors qu'elle s'est organisée pour diminuer au maximum la douleur en plaçant les ustensiles à portée de main. Ceci justifie selon elle que l'on corrige de 30 % à 60 % le taux d'empêchements pour ce domaine. Or, selon le rapport d'enquête, toujours fondé sur les déclarations de l'assurée, elle ne prépare plus qu'un repas par jour, le soir. Elle en fait une quantité suffisante pour pouvoir réchauffer le lendemain midi. Elle dit faire les mêmes menus qu'avant, mais avoir simplifié la préparation en achetant plus de produits prêts à l'emploi. Elle utilise moins de légumes frais et plus de légumes surgelés. Elle achète aussi des pâtes prêtes à l'emploi alors qu'avant elle les faisait maison. Elle fait moins de pâtisseries Ce faisant, certes elle se simplifie la tâche, mais elle parvient tout de même à faire les repas, ce qu'elle ne conteste pas, mais minimise ce qu'elle admettait lors de l'enquête. Mais surtout, la recourante voudrait tirer des dispositions qu'elle a prises à juste titre, conformément à la jurisprudence citée en relation avec son obligation de réduire le dommage, pour démontrer qu'elle ne peut plus aujourd'hui en faire autant qu'avant. Ses enfants l'aident pour la vaisselle et dans les tâches de rangement et nettoyage de la cuisine. L'intimé a retenu un taux d'empêchement de 30 %. En appliquant la

pondération (champ d'activité) de 46 %, - le taux d'empêchement pondéré est ainsi déterminé à 13.8 % - , et une exigibilité de 30 %, on arrive à un taux d'invalidité de 0 %. Les chiffres proposés par la recourante ne sont pas justifiés, et l'on ne saurait s'écarter des conclusions du rapport d'enquête, qui apparaissent cohérentes. - Entretien du logement (5.3) : s'agissant du poste entretien du logement, la recourante allègue soudain dans ses dernières écritures, ne plus faire aucune tâche ménagère. Elle veut pour preuve de l'évaluation minimaliste de l'enquêtrice pour cette rubrique, que ses médecins, et ceux de l'intimé qui l'ont examinée, s'accordent à dire qu'elle est totalement incapable de travailler dans le domaine du nettoyage, et que dès lors il est incompréhensible de ne lui imputer, dans ce domaine, qu'un taux d'empêchement de 60 %. Elle perd de vue la jurisprudence rappelée ci-dessus. Les chiffres retenus par l'enquêtrice sont plausibles et cohérents; la chambre de céans n'est dès lors pas autorisée à les revoir dès lors qu'il n'apparaît pas manifestement d'erreur évidente, au sens de la jurisprudence rappelée précédemment. - Emplettes et courses diverses (5.4) : la recourante affirme que, dans ce domaine, elle ne fait rien, à l'exception de la conduite de la voiture de la maison au commerce, et retour, de sorte que son empêchement est, selon elle, quasi total et doit être ainsi arrêté à 95 %, au lieu des 50 % retenus par l'enquêtrice. L'empêchement retenu de 50 % ne paraît pas injustifié, et ainsi, on ne saurait remettre en cause les chiffres retenus par l'enquête ménagère, soit compte tenu de l'exigibilité de 50 % un taux d'empêchement de 50 %. En appliquant la pondération (champ d'activité) de 8 %, on obtient 0 %. - Lessive et l'entretien des vêtements (5.5) : le rapport d'enquête indique qu'alors que Madame faisait la lessive et le repassage pour toute la famille avant l'atteinte, qu'elle utilisait encore une machine à laver personnelle mais qu'elle se rendait aussi à la buanderie de l'immeuble une fois par semaine, après l'atteinte c'est son époux qui descend le linge à la buanderie de l'immeuble tous les lundis matin et met le linge en machine. Madame complète la lessive en mettant elle-même une machine par semaine à la maison. C'est elle qui étend le linge et le plie, elle étend les vêtements sur des cintres pour faciliter le repassage. Elle fait un petit peu de repassage elle-même, mais c'est surtout sa fille qui a repris en grande partie cette tâche. Elle admet qu'aujourd'hui son époux malvoyant et sa fille l'aident un peu à cette tâche. Sur recours, elle soutient qu'en raison des douleurs ressenties et des limitations fonctionnelles constatées par les médecins elle n'est pas en mesure d'étendre le linge, ni non plus de le plier à l'exception de quelques pièces légères. Une fois encore, la description figurant dans le rapport d'enquête est fondée sur les propres déclarations de la recourante, ses "premières déclarations" au sens de la jurisprudence rappelée. La chambre de céans n'a pas de raison de mettre en doute le contenu du rapport d'enquête, qui apparaît cohérent. Constatant qu'une fois de plus sur recours, et dans un second temps, la recourante présente une version différente ou minimise ce qu'elle est encore capable de faire, certes à son rythme, mais d'une manière conforme à la jurisprudence citée, de sorte que l'argumentation de la recourante ne saurait être suivie. L'empêchement retenu de 40 % ne paraît pas injustifié, et ainsi, on ne saurait remettre en cause les chiffres retenus par l'enquête ménagère, soit compte tenu de l'exigibilité de 25 % (telle qu'elle figure sur le tableau, et non 20 % comme figurant dans le commentaire écrit) et un taux d'empêchement de 40 %. En appliquant la pondération (champ d'activité) de 20 %, on obtient 3 %. La question de savoir si l'enquêtrice a souhaité retenir 25 ou 20 % d'exigibilité pour ce poste ne changerait de toute manière rien à l'issue du litige, de sorte que cette question peut rester ouverte. Une fois encore, comme le rappelle la jurisprudence, les exigences de rendement dans le cadre de l'exécution des tâches du propre ménage de l'assuré ne sont pas les mêmes que celles inhérentes à une activité professionnelle, fût-elle

semblable. Dans ce contexte, l'assuré est tenu d'organiser son travail à son rythme, notamment par rapport à son obligation de diminuer le dommage, même si cela devait lui prendre plus de temps que s'il disposait de sa pleine capacité. C'est bien ce dont il s'agit ici, et au vu des constatations de l'enquêtrice, sur place, par rapport à la tenue du ménage, et de l'ordre qu'elle y a constaté, mais également en relation avec les remarques consignées dans le cadre plus général de la conduite du ménage, la recourante fait également appel à son mari, dans le domaine analysé ici. 22. Au vu de ce qui précède, le texte du rapport d'enquête ménagère apparaît plausible ; il est motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, et correspond aux indications relevées sur place. Il n'y a pas de divergences entre les résultats de l'enquête sur le ménage et les constatations d'ordre médical, contrairement à ce que soutient la recourante. Les empêchements retenus dans l'enquête ménagère tiennent compte, dans une mesure adéquate, de l'atteinte à la santé de l'assurée, eu égard à l'aide apportée par son mari. Il peut ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante. 23. Comme mentionné précédemment, la recourante a conclu dans ses dernières écritures à sa réaudition sinon la suite de son audition en comparution personnelle. La chambre de céans considère que cette mesure d'instruction supplémentaire n'a pas lieu d'être ordonnée, dans la mesure où, conformément à la jurisprudence susmentionnée, elle ne changerait rien à l'issue du litige. En effet, à supposer que la recourante soit réentendue, elle confirmerait très probablement le contenu de ses explications dans les dernières écritures de son conseil. 24. En tous points mal fondé, le recours est rejeté. 25. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, prévoyant que la procédure devant la chambre de céans est gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA), l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit que la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances [soit, dans le canton de Genève, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ)] est soumise à des frais de justice, dont le montant doit se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (cf. aussi art. 89H al. 4 LPA). C'est toutefois le lieu de préciser que la pratique de la chambre de céans - et auparavant du TCAS - est de dispenser du paiement d'un émolument les personnes au bénéfice de l'assistance juridique ( ATAS/302/2010 du 23 mars 2010 ; voir également les ATAS 546/2012 du 25 avril 2012 et ATAS/953/2009 du 24 juillet 2009). Dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance juridique, au vu de la pratique rappelée ici, il y a lieu de la dispenser des frais. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.