

GE_GERICHTE A/1881/2015 vom 14. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1881_2015

FR: GE_GERICHTE A/1881/2015 du 14 juin 2016

IT: GE_GERICHTE A/1881/2015 del 14 giugno 2016

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée au LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître TELQIU Alisa 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 _____ 1961, originaire du Kosovo, mariée à Monsieur A_____, respectivement mère et père de trois fils – B_____, né le _____ 1985, C_____, né le _____ 1986, et D_____, né le _____ 1989 – est venue s'installer en Suisse, dans le canton de Genève, dans le courant de l'année 1999, rejoignant son mari avec leurs trois enfants précités. Le couple vit séparé depuis novembre 2013, quand bien même M. A_____ habite toujours dans le même appartement que l'assurée, au Lignon (GE), faute de moyens de se constituer un logement séparé. Seul le troisième enfant, D_____, partage encore le même domicile et appartement que l'assurée, à tout le moins depuis l'année 2015. ![/endif]>![if> 2.

L'assurée, qui n'a suivi que l'école obligatoire et n'a pas de formation professionnelle, n'a pas exercé d'activité lucrative, ni dans son pays d'origine après son mariage ni depuis qu'elle est en Suisse. ![/endif]>![if> 3. Le 20 juillet 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), à savoir d'une rente, auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en faisant mention, au titre des atteintes à la santé, d'une obésité morbide, de limitations articulaires et d'une haute tension artérielle, depuis 2001. ![/endif]>![if> 4. En janvier 2011 – en réponse à une demande que l'OAI lui avait adressée, après y avoir été invité par le service de chirurgie viscérale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où l'assurée avait subi, en août 2006, une opération de bypass gastrique par laparotomie, s'étant soldée par un échec, et où elle avait été prise en charge en novembre 2010 en raison d'une éviscération abdominale –, le docteur E_____, médecin praticien FMH, médecin traitant de l'assurée, a indiqué que cette dernière souffrait depuis l'année 2000, de façon incapacitante, d'obésité morbide et de lombosciatalgies chroniques, en plus, sans effet sur la capacité de travail, de haute tension artérielle et de vertiges occasionnels depuis 2001. L'activité de femme au foyer n'était plus exigible d'un point de vue médical, du fait des limitations des activités du quotidien tenant à ses douleurs articulaires et à sa mobilité réduite, limitations que des mesures médicales ne pouvaient réduire ; on ne pouvait s'attendre à une amélioration de sa capacité de travail. L'assurée ne pouvait accomplir des travaux uniquement en position assise, en position debout, dans différentes positions, principalement en marchant, impliquant de se pencher, de s'accroupir, de se mettre à genoux, de se tourner (que ce soit en position assise ou debout), de soulever et porter des poids près du corps, de monter sur une échelle ou des caliers ; elle pouvait travailler avec les bras au-dessus de la tête ; contrairement à sa capacité d'adaptation, ses capacités de concentration, de compréhension et de résistance étaient limitées. ![/endif]>![if> 5. Par

communication du 9 février 2011, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en raison de son état de santé, et que l'instruction de son dossier en vue de déterminer son droit à des prestations de l'AI se poursuivait. !endif]>![if> 6. Le 15 février 2011, la doctoresse F_____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a estimé que le dossier devait être complété par des renseignements relatifs à la « chirurgie bypass » (soit la lettre de sortie des HUG) et, à fournir par le médecin traitant, des radiographies, des rapports de consultations spécialisées, un status détaillé, et qu'il y aurait lieu de discuter d'examiner l'assurée au SMR ou d'ordonner une enquête économique sur le ménage. !endif]>![if> 7. D'après un résumé de l'observation du 10 novembre 2010 du service de chirurgie viscérale des HUG au Dr E_____, l'assurée avait subi, le 5 novembre 2010, une cure d'événtration intra-péritonéale laparoscopique avec filet, avec des suites post-opératoires simples et afebriles, si bien qu'elle avait pu rentrer à son domicile le 7 novembre 2010. Ses comorbidités et antécédents personnels étaient une haute tension artérielle traitée, des lombosciatalgies, un bypass gastrique par laparotomie en août 2006 pour obésité morbide et une gastrite éradiquée en avril 2004. À l'examen clinique, l'assurée était apparue en bon état général. !endif]>![if> 8. Dans des rapports médicaux intermédiaires des 16 décembre 2011, 20 mars 2012 et 28 septembre 2012, le Dr E_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis début 2011, cette dernière présentant une gonarthrose droite suite à son obésité morbide et sa lombosciatalgie chronique. Sa mobilité était réduite du fait de son obésité morbide invalidante et d'atteintes poly-articulaires. !endif]>![if> 9. D'après des rapports médicaux de la doctoresse G_____ du service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition des HUG des 20 janvier et 3 juillet 2012, l'assurée souffrait depuis dix ans d'une hypertension artérielle de stade II (causant des céphalées, des palpitations et des bouffées de chaleur) résistante au traitement et d'obésité morbide. Elle était limitée dans ses déplacements. Un avis psychiatrique pourrait devoir être requis à titre d'examen médical complémentaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. !endif]>![if> 10. Dans un rapport médical du 21 mars 2012, le docteur H_____ du service de chirurgie orthopédique des HUG a fait mention que l'assurée avait, de façon incapacitante, des douleurs (y compris nocturnes) au genou droit depuis janvier 2012 et une obésité l'empêchant de marcher longtemps. Des mesures médicales pourraient réduire ses restrictions, à savoir une adaptation de sa mobilité sur son lieu de travail. Des IRM étaient en cours. Sans préjudice des résultats des IRM, l'assurée pouvait exercer des activités en position assise, en se penchant, en travaillant avec les bras au-dessus de la tête ou impliquant de soulever et porter des poids (sans indication de limite de poids) ; ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance n'étaient pas limitées. !endif]>![if> 11. Dans un rapport médical intermédiaire du 31 août 2012, le docteur I_____ du service de chirurgie orthopédique des HUG a relevé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé cette dernière souffrant d'une gonarthrose sévère s'étant exacerbée depuis quelques mois. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique, et la compliance était optimale. !endif]>![if> 12. Le 28 septembre 2012, le Dr E_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, sans évolution en vue. !endif]>![if> 13. Dans un avis médical du 28 janvier 2013, la Dre J_____ du SMR a relevé que l'assurée ne parlait que l'albanais et qu'il manquait encore au dossier des éléments médicaux, en particulier un rapport de chirurgie bariétrique des HUG, un rapport du Dr E_____ avec une copie des examens complémentaires et des rapports d'hospitalisation, un rapport d'endocrinologie et de diabétologie des HUG et un rapport du

service d'orthopédie des HUG. Elle a évoqué la question d'une expertise pluridisciplinaire (en rhumatologie, médecine interne, endocrinologie et, éventuellement, en psychiatrie).

14. Dans un rapport médical intermédiaire du 14 février 2013, le Dr E_____ a estimé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis 2012, du fait de la présence d'une tumeur surrénale en cours d'investigation et d'une tension artérielle très élevée malgré le traitement en cours. Les limitations fonctionnelles restaient les mêmes qu'en 2012.

15. Dans un avis médical enregistré le 27 mai 2013, le docteur K_____ du SMR, tout en se référant aux rapports précédents de sa collègue J_____, a indiqué que l'assurée était une « ménagère pure », et qu'il fallait prévoir une enquête économique sur le ménage, mais qu'auparavant il fallait que ses limitations fonctionnelles soient détaillées.

16. D'après un rapport du 7 octobre 2013 des docteurs K_____ et L_____ du service d'endocrinologie, diabétologie, hypertension et nutrition des HUG, l'assurée avait été vue à plusieurs reprises à la consultation ambulatoire artérielle de ce service (la dernière fois le 30 septembre 2013), pour les diagnostics d'hypertension artérielle sur hyperaldostéronisme primaire en présence de nodules surrénaliens bilatéraux (diagnostiqué au début de l'année 2013) et syndrome d'apnées du sommeil de degré léger, appareillé, avec des comorbidités de l'obésité morbide avec BMI à 50 kg/m² sur trouble du comportement alimentaire, fibrillation auriculaire persistante et facteurs de risque cardio-vasculaire.

17. Dans un rapport du 9 décembre 2013, le Dr E_____ a souligné que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis 2012, s'agissant de son obésité morbide avec un « BMI > 50 !!! » (sic) de son hypertension artérielle et de son diabète. La mobilisation de l'assurée était difficile du fait de son obésité morbide. L'assurée avait une capacité de travail nulle dans toute activité.

18. Dans un avis médical du 30 janvier 2014, après avoir résumé succinctement le dossier et notamment relaté l'avis du médecin traitant que la capacité de travail de l'assurée était de 0 % dans toute activité, la Dre J_____ du SMR a indiqué qu'il y avait « en effet une atteinte à la santé, potentiellement incapacitante, telle que la gonarthrose » et que des « limitations fonctionnelles (étaient) ainsi présentes et (que) seule une activité sédentaire pourrait être envisagée ». Étant donné le statut de « ménagère pure » de l'assurée, seule une enquête ménagère pouvait déterminer l'invalidité ; en cas de changement de statut, sa capacité de travail dans une activité adaptée devrait être réévaluée.

19. Le 25 mars 2014, l'OAI a invité l'assurée à prendre contact par téléphone en vue de la fixation d'un rendez-vous ayant pour objectif d'évaluer les répercussions de son atteinte à la santé dans ses activités quotidiennes.

20. Le 31 mars 2014, le fils de l'assurée a informé l'OAI par téléphone que cette dernière était hospitalisée depuis près de trois mois en chirurgie viscérale des HUG et que son médecin traitant était toujours le Dr E_____. L'OAI a alors décidé de surseoir à effectuer une enquête économique sur le ménage.

21. D'après la lettre de sortie du service de chirurgie viscérale des HUG du 7 mai 2014, l'assurée avait séjourné dans ce service du 28 janvier au 29 avril 2014 en raison de douleurs épigastriques, avec le diagnostic de récurrence d'éventration médiane sus-ombilicale multiloculée, les complications de déhiscence de la cicatrice médiane avec nécrose de l'ombilic et érythème des plis cutanés, la comorbidité active d'hypertension artérielle et les comorbidités inactives de diabète non insulino-requérant, d'hypercholestérolémie, de syndrome d'apnée du sommeil appareillé, d'obésité morbide et de fibrillation auriculaire. Des interventions chirurgicales avaient été effectuées les 6, 23 et 25 février 2014. L'assurée devait être suivie en consultation de chirurgie plastique.

22. D'après une note téléphonique du 4 août 2014 avec les HUG, l'assurée

n'était plus suivie aux HUG en chirurgie viscérale depuis 2010. 23. Dans un rapport médical intermédiaire du 26 septembre 2014, le Dr E._____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé en 2014 en raison d'une éventration, pour laquelle elle avait dû subir une intervention chirurgicale de fermeture longue et compliquée, suivie d'une cicatrisation difficile et de multiples traitements pour la fermeture de la cicatrice. Il y avait une compliance optimale de la part de l'assurée et une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Un retour au travail dans le même métier ou un autre n'était pas envisageable, ni à moyen ni à long termes, au vu de ses comorbidités et de son obésité grave.

24. a. Le 11 décembre 2014, une enquêtrice de l'OAI a effectué, en une heure vingt minutes, une enquête économique sur le ménage de l'assurée au domicile de cette dernière, en présence du fils de cette dernière, prénommé D._____, ayant servi d'interprète du fait que l'assurée ne parle pas le français.

b. Le rapport d'enquête, du 16 décembre 2014, relate, au titre des atteintes à la santé, une gonarthrose bilatérale, une obésité morbide avec échec de bypass en août 2006, une hypertension artérielle résistante aux traitements, une tumeur des surrénales et des lombalgies chroniques, et une cure d'éventration en novembre 2010 ainsi qu'une intervention pour éventration en 2014 (selon les dires du fils du 27 janvier au 30 avril 2014, d'abord au service de chirurgie viscérale puis, en raison d'une greffe de la peau, au service de chirurgie plastique des HUG). Ses limitations fonctionnelles consistaient à ne pas devoir porter de charges, ni se déplacer, ni se mettre à genoux, accroupie ou à monter des escaliers ; il lui fallait une activité sédentaire permettant l'alternance des positions. L'assurée n'avait fait que quatre années d'école obligatoire, ne savait pas vraiment lire dans sa propre langue, n'avait aucune formation professionnelle, n'avait exercé aucune activité professionnelle ; elle disait que, sans handicap, elle « aurait aimé sortir, se changer les idées et gagner un peu d'argent », elle voudrait travailler « beaucoup de temps ... peut-être 2 ou 4 heures par jour », sans trop savoir dans quel genre de d'activité, à la réflexion comme femme de ménage (car c'était tout ce qu'elle savait faire). Elle n'avait aucun revenu et son mari, dont elle était séparée officiellement depuis novembre 2013, ne touchait qu'un trois-quarts de rente de l'AI et une rente du 2ème pilier, revenus si faibles qu'il ne pouvait et ne devait lui verser aucune contribution d'entretien (d'après un procès-verbal d'audience de comparution personnelle des parties du 5 novembre 2013 devant le Tribunal civil). Son fils D._____ avait des revenus irréguliers, d'environ CHF 2'000.- à 2'500.- par mois. Le loyer était de CHF 1'509.- par mois. L'appartement de l'assurée était doté des équipements techniques usuels (cuisinière, réfrigérateur, four à micro-ondes, aspirateur, fer à repasser, machine à laver le linge) et une planche de bain comme moyen auxiliaire ; il n'y en avait pas d'autres qui permettraient d'alléger le handicap.

c. Selon son fils, elle ne faisait plus grand-chose dans les tâches ménagères depuis de nombreuses années, surtout depuis son intervention de bypass en 2006 ; elle avait trop mal au ventre et dans les genoux. Elle présentait les empêchements et exigibilités suivants pour l'accomplissement des tâches ménagères :

Champs d'activité	Pondé-ration	Empêche-ment brut	Exigi-bilité	Empêche-ment pertinent
Empêche-ment pondéré	Conduite du ménage	3 %	0 %	0 %
Alimentation	50 %	25 %	25 %	0 %
Entretien du logement	20 %	58 %	30 %	28 %
Emplettes et courses diverses	10 %	50 %	50 %	0 %
Lessive et entretien des vêtements	17 %	34 %	30 %	4 %
Soins aux enfants et aux autres membres de la famille	0 %	0 %	0 %	0 %
Divers	0 %	0 %	0 %	0 %
Totaux	100 %	---	---	6.28 %

Sans exigibilité, l'empêchement pondéré total serait de 34.88 %. Avec exigibilité, il était de 6.28 %. Le total de l'exigibilité retenue à la charge du fils de l'assurée était de 28.6 %.

d. Au titre des

particularités, l'enquêtrice a noté qu'à sa sortie de l'hôpital, l'assurée avait eu des soins infirmiers à domicile (soins de plaie) et qu'elle avait une aide quotidienne à la douche et partiellement à l'habillement. Elle avait une planche de bain mais pas de poignée de sécurité. Elle ne sortait pas seule, bien que, selon le fils, elle pourrait aller au parc seule, mais son fils le lui déconseillait de peur qu'elle ne tombe. L'assurée devait tout entreprendre pour réduire le dommage, soit en utilisant des moyens auxiliaires soit en faisant un minimum d'effort pour maintenir une certaine autonomie. Elle était autonome pour se lever et se coucher, manger et aller aux toilettes. Elle avait besoin d'aide régulière et importante pour faire sa toilette, une fois par jour, depuis janvier 2014 ; les conditions d'une impotence n'étaient pas remplies. 25. Par avis médical du 2 janvier (recte : 2 mars) 2015, la Dre J_____ du SMR, après un résumé succinct du dossier, a indiqué qu'aucune activité professionnelle n'était exigible et que le pronostic était réservé. 26. Selon une note de dossier du 3 mars 2015 sur le statut de l'assurée, l'extrait de copte individuel de cette dernière confirmait qu'aucune cotisation provenant d'un employeur n'avait été enregistré, et rien ne démontrait qu'en bonne santé l'assurée exercerait une activité professionnelle. 27. Par un projet de décision du 6 mars 2015, l'OAI a fait savoir à l'assurée que son invalidité, établie, était de 6.28 %, s'agissant d'une personne n'exerçant pas d'activité lucrative, en fonction des empêchements d'accomplir les travaux habituels, ce qui ne lui donnait pas droit à une rente d'invalidité. Sa demande serait rejetée. Elle disposait de trente jours pour faire part de ses éventuelles objections ou demander des renseignements, après quoi une décision sujette à recours serait rendue. 28. L'assurée n'a pas fait usage de cette possibilité. 29. Par décision du 11 mai 2015, l'OAI a rejeté la demande de rente présentée par l'assurée, en reprenant les motifs et conclusions figurant dans son projet précité de décision. Recours pouvait être interjeté contre cette décision dans les trente jours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. 30. Par acte daté du 2 juin 2015, expédié par la poste le 8 juin 2015, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales. Cette décision était injuste et infondée, car elle ne correspondait pas à la réalité « étant donné /(son) état de santé, ainsi que (sa) situation personnelle et familiale ». L'assurée indiquait ne pas pouvoir effectuer les tâches ménagères, principalement la cuisine et la vaisselle, qu'en position assise, car elle était dans l'impossibilité de rester debout. Elle contestait le taux d'invalidité de 6.28 %. Elle n'avait aucun revenu. Elle était venue en Suisse par la force des circonstances, chassée qu'elle avait été de sa maison par la guerre en ex-Yougoslavie, et n'avait jamais réussi à obtenir un emploi rémunéré correspondant à sa formation. Au Kosovo, elle était agricultrice, s'occupant du bétail, de la fabrication du fromage, de la tenue du ménage et de l'éducation des enfants. Elle et ses enfants étaient arrivés trop tard en Suisse pour ce que ces derniers réussissent leur scolarité et acquièrent une formation. Elle n'avait aucun revenu, et vivait très difficilement. 31. Par mémoire du 6 juillet 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant au dossier et à la décision attaquée. L'assurée avait le statut d'une non active, car elle n'avait jamais exercé d'activité lucrative, ni en Suisse depuis qu'elle s'y trouvait, ni même antérieurement au Kosovo ; elle avait elle-même déclaré, dans sa demande de rente, qu'elle était ménagère ; elle n'avait pas suivi de formation professionnelle et avait toujours été femme au foyer ; elle s'était contentée d'affirmer, lors de l'enquête économique sur le ménage, que si elle était en bonne santé elle travaillerait peut-être entre 2 et 4 heures par jour, tout au plus ; elle n'avait pas d'enfants en bas âge. Quant à ses empêchements ménagers, ils avaient été établis de façon fiable par l'enquêtrice, dont le rapport avait force probante. L'assurée

n'apportait pas d'éléments permettant de faire une appréciation différente de la situation. ![endif]>![if> 32. Par un certificat médical du 2 novembre 2015, le Dr E_____ a indiqué que l'assurée souffrait de maladies invalidantes empêchant toute tâche ménagère ou mobilisation normale. La dégradation de son état de santé s'était accentuée depuis trois ans, et une évolution favorable était peu probable. L'assurée luttait depuis des années pour maintenir son autonomie, mais elle ne pouvait accomplir aucune tâche ménagère ni même sortir sans l'aide d'une tierce personne. ![endif]>![if> 33. Par réplique du 4 novembre 2015, l'assurée, représentée par une avocate et au bénéfice de l'assistance juridique, a conclu préalablement à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée afin de lever les contradictions existant entre les rapports médicaux et le rapport d'enquête économique sur le ménage, et à ce que l'assurée et son fils vivant avec elle soient entendus. Elle a conclu principalement à l'annulation de la décision attaquée et à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité à compter du 25 août 2010, subsidiairement du 25 février 2011. Ses taux d'empêchement pour l'accomplissement des tâches ménagères avaient mal été appréciés ; elle n'était plus capable de prendre en charge quasiment aucune tâche ménagère (ainsi que l'attestait le Dr E_____ dans le certificat médical précité du 2 novembre 2015, produit en annexe au recours). L'aide exigée de son fils dépassait ce qui pouvait raisonnablement être attendu de lui, qui subissait une charge extraordinaire l'entravant dans la recherche d'une activité professionnelle et dans sa vie privée. L'enquêtrice n'avait pas consigné dans son rapport les avis divergents qu'elle et son fils avaient exprimés lors de leur rencontre à domicile. ![endif]>![if> 34. Par duplique du 26 novembre 2015, l'OAI a persisté à conclure au rejet du recours. Il ne se justifiait pas d'ordonner une expertise médicale. Le service de chirurgie viscérale des HUG n'avait pas à être questionné dès lors que l'assurée n'y avait plus été suivie depuis 2010. Ses limitations fonctionnelles de l'assurée étaient clairement définies par les pièces médicales, et la plupart des atteintes à la santé qu'elle présentait (à savoir une hypertension, une obésité et du diabète) n'étaient pas en elles-mêmes susceptibles d'entraîner une invalidité. Les deux autres atteintes essentiellement invalidantes étaient la gonarthrose bilatérale et les douleurs abdominales sur éventration et troubles cicatriciels, et il en découlait, à titre de limitations fonctionnelles, la nécessité de pouvoir alterner les positions, de ne pas faire de marche prolongée, ni d'être en position debout prolongée, ni d'effectuer un travail en position de genuflexion ou en position accroupie, ni de porter des charges, ni de faire des mouvements avec la ceinture abdominale ; ces limitations n'entravaient pas l'assurée dans l'accomplissement de ses tâches ménagères de façon aussi grave qu'elle le prétendait, d'autant plus qu'elle n'avait pas d'objectif de rentabilité, pouvait prendre son temps et s'aménager des pauses. L'enquête économique sur le ménage était un moyen approprié d'évaluer les empêchements d'accomplir les tâches ménagères résultant d'atteintes à la santé invalidantes. Le rapport d'enquête avait force probante, que l'avis non motivé du médecin traitant ne pouvait remettre en question. Il n'y avait pas de contradictions entre les constatations faites par l'enquêtrice au domicile de l'assurée et les limitations fonctionnelles constatées médicalement. Il n'avait pas été pris en compte d'aide exigible de la part du mari, ainsi que cela aurait pu être le cas du fait que celui-ci vivait toujours sous le même toit que l'assurée, mais uniquement de la part du fils vivant encore avec l'assurée. ![endif]>![if> 35. Dans des observations finales du 8 janvier 2016, l'assurée a objecté que l'OAI se contentait de considérations générales et d'affirmations péremptoires, sans s'être penché sur sa situation particulière. L'avis du docteur M_____ du service de chirurgie viscérale des HUG n'avait pas été sollicité, alors que l'OAI admettait que l'une des atteintes à la santé

invalidantes dont elle souffrait était ses douleurs abdominales sur éventration et ses troubles cicatriciels, relevant dudit service. Il était erroné de retenir que son hypertension, son obésité et son diabète n'étaient pas invalidantes. Le service d'endocrinologie des HUG avait attesté que son hypertension artérielle de stade II et l'obésité morbide dont elle souffrait la limitaient dans ses déplacements et donc dans sa capacité d'effectuer des travaux ménagers. L'OAI minimisait ces affections, qui devaient au surplus être prises en compte non isolément mais de manière globale, conjointement avec les autres atteintes à la santé de l'assurée. En tant que médecin traitant depuis de nombreuses années, le Dr E_____ avait une vision globale de l'état de santé de l'assurée et était de ce fait bien placé pour se prononcer sur ses limitations fonctionnelles ; l'avis qu'il avait exprimé, selon lequel elle ne pouvait accomplir aucune tâche ménagère, suffisait à tout le moins à justifier la nécessité d'une expertise médicale. L'assurée demandait son audition par la chambre des assurances sociales. !endif]>![if> 36. Après transmission de cette écriture à l'OAI, la cause a été gardée à juger. !endif]>![if> EN DROIT 1. a. 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 er 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. !endif]>![if> b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI). Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). La recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera déclaré recevable. 2. a. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]), à savoir, en l'espèce, depuis janvier 2011, soit six mois après le dépôt de la demande de rente d'invalidité présentée par la recourante (art. 29 LAI). !endif]>![if> b. S'agissant de la LAI, il s'agit donc, jusqu'au 1 er janvier 2011, de sa version issue de la 5 ème révision de la LAI, adoptée le 6 octobre 2008 et entrée en vigueur le 1 er janvier 2008, puis de sa version encore en vigueur à ce jour, issue de la révision dite 6a de la LAI, adoptée le 18 mars 2011 et entrée en vigueur le 1 er janvier 2011. Pas plus d'ailleurs que la 4 ème révision de la LAI, adoptée le 21 mars 2009 et entrée en vigueur le 1 er janvier 2004, les nouvelles dispositions adoptées lors de ces deux révisions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). c. S'agissant des dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans

son ensemble, elles consacrent en règle générale au niveau de la loi les solutions que la jurisprudence avait dégagées à propos des notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. a. Le présent recours porte sur le statut de femme non active reconnu à la recourante et sur l'établissement de son invalidité. Pour établir les faits pertinents à cet égard, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

4. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI).

b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). c. 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). d. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale (ou, selon les circonstances, extraordinaire) de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). La méthode mixte s'applique aux assurés qui se consacrent pour partie à l'exercice d'une activité lucrative à temps partiel et pour partie à l'accomplissement de leurs tâches ordinaires, en particulier ménagères. Elle revient à déterminer l'invalidité respectivement selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus pour la part dite professionnelle, et la méthode spécifique pour la part dite ménagère ou des travaux habituels (art. 28a LAI et 27 et 27bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; art. 8 al. 3 et art. 16 LPGA). La part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des travaux habituels s'établit 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, par rapport à un plein temps (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 104 V 136 consid. 2a). 5. a. Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas

survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Il faut tenir 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 recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). b. En l'espèce, bien qu'elle ne soit pas revenue sur ce sujet dès l'instant qu'elle était représentée par une avocate, la recourante apparaît contester le statut de « ménagère pure », c'est-à-dire de non-active, que l'intimé lui a reconnu, dès lors que, dans un recours manifestement rédigé par un non-spécialiste des assurances sociales ayant voulu lui rendre service, elle a fait valoir qu'elle avait été agricultrice au Kosovo en plus de s'être occupée du ménage et de l'éducation de ses enfants, mais qu'elle n'avait jamais réussi à obtenir un emploi rémunéré correspondant à sa formation en Suisse, étant ajouté qu'elle avait déclaré à l'enquêtrice ayant effectué l'enquête économique sur le ménage que, sans atteinte à la santé, elle « aurait aimé (...) gagner un peu d'argent », aurait voulu travailler « peut-être 2 ou 4 heures par jour », à la réflexion comme femme de ménage, seule activité qu'elle estimait pouvoir exercer. Au demeurant, tenue d'établir les faits déterminants pour la solution du litige (art. 61 let. c LPG), la chambre de céans n'est pas liée par les motifs que les parties invoquent (art. 69 al. 1 phr. 2 et 89A LPA), ni même d'ailleurs – sans préjudice d'une invitation à leur faire de se déterminer si elle entend pratiquer une reformatio in pejus ou statuer ultra petita – par les conclusions des parties (art. 61 let. d LPG ; cf. aussi art. 89E LPA). c. Lorsque la recourante s'est installée en Suisse avec ses enfants, en 1999, ces derniers avaient déjà respectivement 14, 13 et 10 ans, soit des âges n'exigeant pas que leur mère leur consacre tout son temps. Or, en dépit de son allégation qu'elle n'a pas réussi à obtenir un emploi rémunéré (allégation pouvant laisser penser qu'elle en aurait cherché un), il n'y a aucun élément dans le dossier que, en 1999 ou dans les années ultérieures, la recourante aurait effectivement cherché à exercer une activité lucrative, ne serait-ce qu'à temps partiel. Il est vrai qu'en raison de son défaut de bagage scolaire et professionnel, il ne lui était sans doute pas aisé de trouver un emploi, même comme femme de ménage, d'autant plus si, comme elle l'allègue, sa santé n'était alors déjà pas optimale. Il est vrai aussi que, du moins dès la séparation du couple en novembre 2013 (et a priori déjà antérieurement, vu la situation précaire du conjoint), le besoin de revenus pouvait, voire devait inciter la recourante à se mettre sur le marché du travail. Ses propres déclarations à propos d'une intention de travailler pour gagner un peu d'argent ne sont pas du tout catégoriques et sont guère convaincantes. Rien n'établit qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, la recourante aurait effectivement entendu exercer une activité lucrative, même à temps partiel, si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Cela ne constituerait jamais qu'une éventualité, insuffisante à établir le fait considéré. C'est donc à bon droit que l'intimé a attribué le statut de non-active à la recourante. 6. a. Pour déterminer si et dans quelle mesure la recourante était invalide, l'intimé devait donc appliquer la méthode dite spécifique, en application de l'art. 28a LAI, aux termes duquel

l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. ![endif]>![if> b. 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 s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office de l'assurance-invalidité ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Des doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation ne peuvent être retenus que s'il existe des circonstances particulières les justifiant objectivement (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Par ailleurs, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en effet dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, 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 ; 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 2001, p. 158, consid. 3c ; ATF non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1 et du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2). Aux conditions posées par la jurisprudence mentionnée ci-dessus (ATF 128 V 93), l'enquête sur les activités ménagères à laquelle procède l'administration a valeur probante (ATFA non publié du 10 juin 2003, I 151/03). Elle n'est toutefois pas un moyen de preuve adéquat lorsque l'empêchement résulte de troubles d'ordre psychique (VSI 2001 p. 159 consid. 3d). En effet, le questionnaire servant à fixer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage est conçu de manière à évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physique. Il n'est pas propre à permettre l'évaluation des limitations liées à des troubles psychiques ; les constatations médicales relatives à la capacité de travail raisonnablement exigible sont plus aptes qu'une enquête économique à fixer l'empêchement que causent de tels troubles pour l'accomplissement des travaux habituels (ATFA non publié du 22 décembre 2003, I 311/03). Cependant, les empêchements d'accomplir les travaux ménagers doivent résulter d'atteintes à la santé, dont l'établissement relève de la compétence en principe de médecins, et les limitations fonctionnelles en résultant doivent elles aussi résulter d'avis médicaux clairs et convaincants, afin que l'enquêtrice en charge de l'enquête économique sur le ménage puisse en mesurer objectivement les effets concrets pour l'accomplissement des travaux habituels, et ce, du moins selon les circonstances, non

simplement sur la base des déclarations qu'elle recueille sur place au domicile de l'assuré, mais aussi en fonction d'une observation de ce dernier. L'avis que des médecins, fussent-ils des médecins traitants, émettent le cas échéant sur la capacité effective d'un assuré d'accomplir des tâches non professionnelles ne sauraient être écartées d'un revers de la main, sous prétexte qu'il n'est en principe pas de leur ressort de s'exprimer à ce propos. Selon les pathologies, les médecins peuvent être fort bien sinon les mieux placés pour s'exprimer sur les effets concrets de ces dernières dans la vie quotidienne de l'assuré, non seulement pour exercer une activité lucrative mais aussi pour accomplir des tâches ménagères. Si, d'une façon générale, 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), c'est aussi un fait avéré qu'un médecin traitant qui suit un patient depuis des années, et l'a donc vu et pu l'observer de nombreuses fois, peut avoir une image précise et réaliste de ses aptitudes et inaptitudes concrètes, en plus d'une part d'avoir tout de même une idée fiable de ce que l'accomplissement de tâches ménagères implique effectivement et d'autre part d'être conscient du risque, même pénal, que lui ferait courir l'établissement, même par dol éventuel, d'un faux certificat médical (art. 318 du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP -RS 311.0). 7. a. En l'espèce – même si certains des pourcentages précis que l'enquêtrice a retenus n'apparaissent pas résulter d'une expérience de terrain déterminante et de connaissances spécifiques, comme un 17 % de pondération pour le poste « Lessive et entretien des vêtements » (taux qui paraît plutôt trahir la préoccupation de parvenir à un total logique de 100 %), ou comme un 58 % et un 34 % d'empêchements respectivement pour les postes « Entretien du logement » et « Lessive et entretien des vêtements » –, la chambre de céans ne voit pas de motifs de remettre en question, de façon générale, la conscience professionnelle et la compétence avec lesquelles l'enquêtrice a effectué son enquête. b. Il appert en revanche que l'intimé a décidé – en soi à juste titre, puisqu'il en faut une pour un assuré non actif – d'ordonner une enquête économique sur le ménage, toutefois sans avoir été au bout des investigations médicales qui devaient être entreprises, dès l'instant qu'il a retenu que la recourante avait le statut de « ménagère pure », comme si les considérations médicales perdaient de ce fait de leur importance. Après avoir relevé que la recourante avait des atteintes à la santé potentiellement incapacitantes, même une capacité de travail de 0 %, le SMR, suivi par l'intimé, a relevé que « seule une enquête ménagère pouvait déterminer l'invalidité », bien qu'en « cas de changement de statut, la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée devrait être réévaluée » (cf. avis du SMR du 30 janvier 2014). Il a ainsi renoncé à requérir des médecins des évaluations plus précises de la capacité de travail (sous-entendu professionnelle) de la recourante, mais aussi d'indiquer les conséquences concrètes, en termes d'empêchements mais aussi de risques pour la santé, des affections qu'ils retenaient, et il a renoncé à requérir divers rapports médicaux et à effectuer une expertise médicale pluridisciplinaire, alors que son SMR avait estimé que le dossier devait être complété par l'apport de renseignements médicaux (cf. avis du SMR des 15 février 2011 et 28 janvier 2013) et qu'il avait évoqué sinon même recommandé une telle expertise, en rhumatologie, médecine interne, endocrinologie et, éventuellement, en psychiatrie (cf. avis du SMR des 28 janvier 2013). Il est ainsi à la fois surprenant et révélateur d'une instruction inachevée que l'intimé, alors même qu'il retenait comme invalidantes, sources de limitations fonctionnelles, « les douleurs abdominales sur éventration et troubles cicatriciels » de la recourante (cf. duplicata de l'intimé), n'ait pas requis du service médical spécialisé et au

courant du cas (à savoir du service de chirurgie viscérale des HUG) toutes précisions utiles non seulement sur le déroulement de l'opération mais aussi et surtout sur les conséquences, passées et présentes, de cette atteinte à la santé, et en particulier le risque de nouvelles récurrences d'éventration selon les mouvements et efforts que l'accomplissement de tâches ménagères implique généralement, alors même que la recourante a dit à l'enquêtrice, le 11 décembre 2014, qu'elle « avait trop mal au ventre ». L'explication fournie par l'intimé pour justifier ce défaut de demande de renseignements, au demeurant contre l'avis du SMR, est dénuée de pertinence ; en effet, contrairement à l'information que l'intimé paraît avoir obtenue d'on ne sait quel interlocuteur des HUG (cf. note téléphonique du 4 août 2014), la recourante a été suivie par ledit service médical spécialisé après 2010, puisqu'elle a séjourné dans ce service durant trois mois (du 28 janvier au 29 avril 2014) et y a subi pas moins de trois interventions (cf. lettre de sortie dudit service du 7 mai 2014, produite par la recourante), conformément d'ailleurs à ce que le fils de la recourante avait indiqué tant à l'intimé (cf. note de téléphone du 1^{er} avril 2014 relatif à un téléphone du 31 mars 2014). La Dresse G_____ du service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition des HUG a évoqué l'opportunité de requérir un avis psychiatrique à titre d'examen médical complémentaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de la recourante, sans que l'intimé n'estime nécessaire de requérir des précisions à ce sujet, alors que rien ne permettait de penser que ledit médecin ne visait que l'exercice d'une activité lucrative, à l'exclusion de l'accomplissement de travaux ménagers, qui pourraient l'un et l'autre être entravés par les troubles de la recourante, auxquels une dimension psychiatrique pourrait devoir être reconnue. De même, lorsque le Dr E_____ a évoqué, à répétitions reprises, que les atteintes à la santé de la recourante limitaient voire supprimaient la capacité de travail de cette dernière, il appert qu'il englobait dans cette notion-ci la capacité d'accomplir les travaux ménagers. Même si son avis à ce propos n'est pas déterminant, il ne peut être mis simplement de côté. L'affirmation de l'intimé (dans sa duplique) que la plupart des atteintes à la santé que présente la recourante ne sont pas invalidantes – en particulier son obésité morbide, son hypertension artérielle de stade II résistante au traitement et son diabète – apparaît sujette à caution et ne pas reposer sur des pièces médicales, quand bien même celles-ci ne sauraient être seules déterminantes à ce propos. La chambre de céans considère qu'il n'y a pas, dans le dossier, un rapport médical de synthèse répondant aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître force probante, à savoir un rapport faisant une étude fouillée des points litigieux, se fondant sur des examens complets, prenant également en considération les plaintes exprimées, établi en pleine connaissance du dossier, et comportant une description claire des interférences médicales ainsi que des conclusions bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c. Il s'ensuit que l'enquêtrice ne peut avoir émis en toute connaissance de cause son appréciation des empêchements que la recourante rencontre concrètement pour accomplir ses travaux ménagers. L'énumération, en tête du rapport d'enquête, d'atteintes à la santé de la recourante n'en fournit en l'espèce nulle garantie, de même que le nota bene pré-imprimé suivant leur mention, aux termes duquel « L'enquêtrice soussignée a pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier à ce jour. Il s'agit ci-dessus d'une liste non exhaustive des principaux diagnostics. Les éléments retenus par notre service médical font foi », d'autant plus au vu du peu de substance des avis émis en l'occurrence par le SMR. 8. a. La recourante critique par ailleurs la mesure d'exigibilité retenue à la charge du fils de la recourante, sans contester son devoir de réduire le dommage autant que possible, ni, à cette fin, de recourir à l'aide de son fils vivant encore avec elle. ![/endif]>![if>

b. En droit des assurances sociales, les assurés sont soumis, en vertu d'un principe général, à l'obligation de diminuer le dommage (ATF 123 V 230 consid. 3c ; 115 V 38 ; 114 V 281 consid. 3 ; 111 V 235 consid. 2a ; cf. aussi MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, t. II p. 377 ; MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse Berne 1985, p. 131). Pour satisfaire à cette obligation, une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents), et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide que les art. 159 al. 2 et 3 et 272 CC lui permettent d'attendre des membres de sa famille (respectivement de son conjoint et de ses enfants). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide exigible des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre de ceux-ci lorsque la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I.407/92 du 8 novembre 1993 et I.681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu 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 (ATF 133 V 504 consid. 4.2). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible (arrêt du Tribunal fédéral 9C_716/2012 du 11 avril 2013, consid. 4.4). L'aide susceptible d'être exigée des membres de la famille ne saurait cependant dépasser une mesure raisonnable, à déterminer en considération de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, dont l'âge, le lieu de domicile, l'état de santé, l'engagement professionnel des membres de la famille pouvant apporter une aide, leurs contraintes liées à d'autres types d'engagements, le nombre des membres de la famille et la solidarité que ces derniers se doivent aussi entre eux pour aider leur proche atteint dans sa santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3).

c. En l'espèce, le rapport d'enquêtrice contient une contradiction, certes modeste, en tant qu'elle retient d'une part que l'appartement de la recourante est doté des équipements techniques usuels et, à titre de moyen auxiliaire, d'une planche de bain et qu'il n'y avait pas d'autres équipements ou moyens auxiliaires qui permettraient d'alléger le handicap, mais relève, en laissant entendre qu'elle ne remplirait dès lors pas pleinement son devoir de réduire le dommage, qu'elle n'a pas de poignée de sécurité. De surcroît et surtout, si globalement considérée, une aide exigible de 28.6 % mise à la charge du fils de la recourante vivant avec cette dernière n'est pas en elle-même excessive d'un point de vue abstrait, elle apparaît néanmoins en l'occurrence procéder d'une mise à contribution dudit fils dépassant la limite du raisonnable que d'exiger de lui qu'il assume le 58 % des tâches ménagères liées à l'entretien du logement, de 50 % pour celles liés aux emplettes et courses diverses et de 34 % pour celles liées à la lessive et à l'entretien des vêtements (taux d'une précision singulière concernant ce poste). Lorsque l'intimé a rendu sa décision, le fils en question avait déjà 26 ans et n'avait que des revenus irréguliers, le mettant en situation de devoir et souhaiter trouver – donc aussi de chercher assidument – un autre emploi, plus stable et mieux rémunérateur. Poser une telle mesure d'exigibilité d'une telle personne est au demeurant contre-productif, en tant que cela revient, implicitement, à inciter cette dernière à ne plus vivre sous le même

toit que l'assurée. D'ailleurs, il semble probable – au vu des circonstances du cas d'espèce, en particulier de la situation financière des plus précaire de la recourante (et de celle de son mari, dont elle est séparée, même s'il passe encore les nuits sous le même toit qu'elle, et qui n'est pas tenu à lui verser une contribution d'entretien) – que ledit fils contribue par ailleurs aussi financièrement à la soutenir, ce qui, si cela se vérifiait, modifierait la mesure dans laquelle il peut être sollicité pour aider la recourante à accomplir ses tâches ménagères ; cela ne ressort certes pas du dossier, mais c'est précisément une lacune de l'instruction. 9. a. En conclusion, la chambre de céans retient que l'intimé n'a pas instruit suffisamment la situation médicale de la recourante, au point que l'appréciation des empêchements rencontrés par cette dernière dans l'accomplissement de ses tâches ménagères n'offre pas les garanties suffisantes permettant de reconnaître force probante au rapport d'enquête économique sur le ménage du 16 décembre 2014, en plus que les taux d'exigibilité mis à la charge du fils de la recourante sont sujets à caution et, en tout état, que tous les faits pertinents pour déterminer cette exigibilité n'ont pas été instruits. b. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). En l'occurrence, il se justifie d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction puis rende une nouvelle décision. c. Concernant le complément d'instruction à apporter sur le plan médical, la chambre de céans précise qu'il ne paraît pas forcément s'imposer d'ordonner une expertise médicale pluridisciplinaire, quand bien même cela pourrait apparaître opportun (ainsi que le SMR l'a évoqué). Il s'impose en revanche premièrement de requérir à tout le moins des compléments d'informations, au sens du considérant 7, de la part des médecins du service de chirurgie viscérale des HUG ainsi que du service d'endocrinologie, diabétologie, hypertension et nutrition des HUG (ou d'autres spécialistes de ces disciplines médicales), deuxièmement d'obtenir un avis psychiatrique spécialisé et, troisièmement de faire établir un rapport médical de synthèse répondant notamment à la question des interférences médicales. Quant à lui, le complément d'instruction à effectuer pour apprécier les empêchements de la recourante dans l'accomplissement de ses tâches ménagères et déterminer la mesure d'exigibilité susceptible d'être mise à la charge du fils considéré de cette dernière n'implique pas obligatoirement qu'une nouvelle enquête économique sur le ménage de la recourante soit faite une fois que l'instruction médicale dûment complétée. La nouvelle décision que l'intimé devra rendre n'en devra pas moins reposer sur des faits actualisés. 10. a. Le présent recours sera donc admis partiellement, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. b. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a

lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI). La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à la charge de l'intimé. * * * * *
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.