

GE_GERICHTE A/3495/2016 vom 23. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3495_2016

FR: GE_GERICHTE A/3495/2016 du 23 mai 2017

IT: GE_GERICHTE A/3495/2016 del 23 maggio 2017

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 23.05.2017 A/3495/2016

A/3495/2016 ATAS/400/2017 du 23.05.2017 (AI) , REJETE En fait En droit république et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/3495/2016 ATAS/400/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 23 mai 2017 1 ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée au LIGNON, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés 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), née le _____ 1965, originaire du Kosovo, entrée en Suisse en mars 1997, mère de quatre enfants nés en 1992, 1994, 1996 et 1998, a déposé le 18 novembre 2014 une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI). Elle allègue souffrir de fissures dans la colonne, de douleurs au dos et aux jambes, et de fortes migraines, depuis quelques années.

2. Son époux, Monsieur A_____, est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1 er août 2009 et d'une allocation pour impotence de degré léger pour malvoyance grave.

3. Par décision du 4 septembre 2015, l'OAI, retenant que l'assurée, en bonne santé, n'aurait pas exercé d'activité lucrative et se référant à l'avis du service médical régional AI (SMR) du 8 juin 2015, selon lequel elle ne présentait aucune atteinte incapacitante, a rejeté sa demande.

4. L'assurée a contesté ladite décision.

5. Par arrêt du 2 février 2016, la chambre de céans a confirmé le choix de la méthode dite spécifique de l'évaluation du degré d'invalidité de l'assurée retenu par l'OAI et a rappelé que si le docteur B_____, médecin traitant, n'avait ni fixé de taux d'incapacité de travail, ni indiqué de limitations fonctionnelles, c'est parce qu'il n'avait pas jugé nécessaire de le faire, partant de l'idée que sa patiente n'exerçait pas d'activité lucrative. Considérant que le dossier n'était pas en état d'être jugé, elle a admis partiellement le recours et renvoyé le dossier à l'OAI pour qu'il procède à une enquête ménagère, et cela fait, rende une nouvelle décision.

6. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 13 juillet 2016. Il y est préalablement indiqué que l'époux de l'assurée avait déclaré en 2012 avoir besoin d'aide pour se déplacer à l'intérieur de l'appartement, pour choisir ses habits et pour se déplacer en dehors de chez lui. Il en résulte, qu'avant l'atteinte, l'assurée s'occupait de tout, et qu'après l'atteinte, elle « ne peut plus rien gérer, Monsieur fait tout à sa place. Elle reste couchée la majeure partie du temps, sans rien faire ». S'agissant plus particulièrement de l'entretien du logement, l'époux a déclaré qu'elle « avait des crises de maux de tête fulgurants lorsqu'elle essayait de faire quelque chose, elle avait aussi la sensation qu'on lui plantait des clous dans le bas du dos. Il a ajouté que le médecin les avait prévenus qu'elle finirait bientôt en chaise roulante. C'est la fille qui s'occupe de l'entretien de l'appartement ». Il a ainsi été retenu un empêchement de 0% pour la conduite du ménage, de 25% pour l'alimentation, de 30% pour

l'entretien du logement, de 25% pour les emplettes et courses diverses, et de 25% pour la lessive et l'entretien des vêtements. Un taux de 24,8% d'exigibilité pour l'époux et les trois enfants majeurs vivant à la maison a été pris en considération. Les enquêteurs ont précisé que « les plaintes de l'assurée et de son époux ne sont pas en adéquation avec les diagnostics retenus ». Ils disent ne pas comprendre pour quelle raison l'assurée ne pourrait plus cuisiner, ne plus nettoyer les sanitaires à sa hauteur et ne plus faire tourner le linge sale dans la machine qui se trouve dans l'appartement. Ils considèrent également qu'elle devrait être capable de faire des petites emplettes légères quotidiennes. Ils ajoutent que : « l'époux est rentier AI impotent, car gravement malvoyant (API de degré léger), et censé être soutenu par son épouse, mais c'est lui qui s'occupe d'elle. Il déclare entre autres qu'elle ne peut pas sortir sans lui et qu'il doit la soutenir pour prendre le bus et l'accompagner à tous ses rendez-vous médicaux. Elle-même ne sort pas seule dit-il. À aucun moment, il ne mentionne son problème de vue, mais déclare qu'il a très mal au dos et à un genou à cause d'un accident, lorsque l'infirmière lui demande pour quelle raison il est au bénéficiaire d'une rente ». 7. Par décision du 21 septembre 2016, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, sur la base de l'enquête ménagère dont il résulte au total un empêchement pondéré sans exigibilité de 24,75%. 8. Par courrier du 11 octobre 2016 adressé à l'OAI, l'assurée a interjeté recours contre ladite décision. Elle rappelle que « mes genoux sont très douloureux. Je souffre d'une fissure dans le dos qui n'est pas opérable, car l'opération risque de me laisser paralysée, et de migraines quotidiennes ». Elle souhaiterait connaître les détails de l'enquête ménagère. 9. L'OAI a transmis le recours à la chambre de céans comme objet de sa compétence le 13 octobre 2016. Le 17 octobre 2016, la chambre de céans a informé l'assurée que son recours avait été enregistré. Par courrier du 21 octobre 2016, l'assurée a informé la chambre de céans qu'elle préférerait retirer son recours, « par manque de moyens financiers et pour éviter une fatigue morale qui viendrait s'ajouter aux problèmes physiques ». 10. Invité par la chambre de céans à se déterminer et à communiquer son dossier, l'OAI a conclu le 14 novembre 2016 à ce que le recours soit déclaré sans objet, considérant qu'« une mesure d'instruction suite à un retrait du recours ne se justifie pas, tout comme une prise de position de notre office sur le fond du litige ». 11. La chambre de céans a ordonné la comparution personnelle des parties le 20 décembre 2016. L'assurée, assistée d'une interprète assermentée de langue albanaise, a expliqué que « J'ai effectivement retiré mon recours par courrier du 21 octobre 2016. Je l'ai fait pour des questions d'argent. Nous avons beaucoup dépensé pour notre fille en particulier (elle est inscrite dans une école d'hôtesse internationale LEJEUNE). De ce fait, nous n'avons pas d'argent pour continuer la procédure. Si j'ai retiré mon recours, c'est uniquement pour cette question d'argent et non pas parce que je suis d'accord avec la décision rendue par l'OAI me refusant les prestations AI. Nous avons eu peur lorsque nous avons reçu le courrier du Tribunal daté du 17 octobre 2016. Mes enfants et mon mari ont préparé le recours. Je déclare que je souhaite que la procédure continue. Il m'a été expliqué que je n'aurais à payer des frais de justice que si un jugement est rendu en ma défaveur. J'annule mon courrier du 21 octobre 2016 ». 12. L'assurée a produit le 3 janvier 2017, plusieurs documents rédigés par le docteur C_____, médecin radiologue FMH. Celui-ci a constaté, sur la base de l'IRM lombo-sacrée du 28 novembre 2016, qu'elle présentait une légère progression au niveau L3-L4 avec apparition d'une zone d'inflammation aiguë de type MODIC I au niveau sous-chondral L4 gauche, un aspect chronique, graisseux de type MODIC II des anomalies sous-chondrales au niveau L4-L5 en évolution par rapport à l'examen précédent où elles étaient moins étendues et sous la forme

d'une inflammation aigüe de type MODIC I et des minimes signes de surcharge facettaire L4-L5 et L5-S1 des deux côtés. Sur la base de l'IRM cérébrale du même jour, il a conclu à un aspect stable des multiples anomalies de signal de la substance blanche souscorticale et péri-ventriculaire, discordante par rapport à l'âge. L'origine pouvait être migraineuse ou facteur de risque cardiovasculaire. Il a noté la présence de deux anomalies de signal au niveau cérébelleux interne de chaque côté de même nature. Le Dr C_____ a procédé le 15 décembre 2016, à une arthrographie épidurale postérieure L4-L5 sous contrôle scopique et scanographique. Il rappelle que « la patiente présente une lombalgie avec une irradiation au niveau de la cuisse gauche d'évolution chronique depuis plusieurs années » et constate, à l'examen clinique, que « la patiente ne présente pas de déficit moteur, la marche sur la pointe des pieds et sur les talons est soutenue. Lasègue négatif. Les douleurs sont accentuées à la fois lors du bending antérieur ainsi que lors du bending inversé faisant suspecter une atteinte mixte facettaire et discale. À la palpation, il existe une sensibilité diffuse spinale et para-spinale ». Le 22 décembre 2016, il note que « ce jour la patiente décrit une majoration des douleurs lors du bending antérieur et dans une moindre mesure aux mouvements de rotation et au bending latéral ». Après avoir réalisé une infiltration inter-apophysaire postérieure L4-L5 et L5-S1, il constate qu'« en post-procédure, la patiente présente des douleurs inchangées à 5, comme auparavant ; pas de déficit moteur ».

12. Dans sa réponse du 6 février 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il rappelle que pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, 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. L'OAI s'est fondé sur l'avis du SMR daté du 16 janvier 2017, aux termes duquel « les pièces médicales transmises par l'assurée n'apportent pas d'élément en faveur d'une aggravation manifeste et durable de l'état de santé. Sur le plan rachidien, elle présente des discopathies connues en légère progression depuis 2013, mais sans signe de hernie discale, sans élément de gravité neurologique. Cet examen à lui seul ne permet pas de revoir la position du SMR. Dans ce contexte, les conclusions SMR fondées sur l'avis du Dr B_____ de 2015 restent entièrement valables, ajoutant que l'enquête ménagère tient largement compte des restrictions pouvant découler des lombalgies. Nous n'avons aucun élément médical à disposition permettant de comprendre pourquoi l'assurée « ne peut plus rien faire » comme il est indiqué à l'enquêtrice ». 13. Par courrier du 24 février 2017, l'association suisse des assurés – ASSUAS s'est constituée pour la défense des intérêts de l'assurée. Elle s'est déterminée le 23 mars 2017. Elle se réfère au rapport du Dr C_____ du 15 décembre 2016, et fait valoir que l'assurée présente un état de santé physique ou psychologique qui limite et annihile toutes ses activités usuelles, ce dont l'état actuel du dossier médical ne permet pas d'en comprendre la cause, comme le constate non seulement le médecin du SMR dans son rapport du 16 janvier 2017, mais aussi l'enquêtrice ménagère. Elle en conclut que l'état de fait médical n'est pas suffisamment élucidé. Elle relève qu'aucun interprète de langue albanaise n'était présent au moment de l'enquête, alors que l'OAI souligne dans sa réponse du 6 février 2017, que l'enquête repose précisément sur les déclarations de l'assurée. Elle rappelle que c'est Monsieur qui s'occupe de son épouse malgré son impotence et sa cécité partielle. L'enquêtrice ne tient compte que des crises de migraines survenant deux à trois fois par mois et des lombalgies et coxalgies gauches, et n'était pas en possession des derniers examens produits. Les enfants n'habitent plus au sein du foyer familial, de sorte que l'exigibilité de 24,8% retenue pour les membres de la famille est incompréhensible. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière. 14. Dans sa réponse du 26

avril 2017, l'OAI s'est expressément référé à ses écritures du 6 février 2017. Il rappelle que l'enquêtrice a tenu compte de l'ensemble des éléments médicaux du dossier et que selon l'avis SMR du 16 janvier 2017, l'enquête ménagère tient largement compte des restrictions pouvant découler des lombalgies. Il considère ainsi qu'aucun élément n'a été apporté en faveur d'une aggravation manifeste et durable de l'état de santé postérieure à l'enquête ménagère. L'assurée ne démontre pas en quoi consisteraient les erreurs auxquelles aurait conduit la barrière linguistique qu'elle invoque. Selon l'extrait CALVIN, les trois enfants vivent avec le couple, de sorte que c'est à juste titre que l'enquête tient compte d'une exigibilité des enfants et du mari. L'assurée n'apporte aucune preuve de ce que les enfants ne seraient plus domiciliés avec eux.!

15. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause 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^{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).!

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.!

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.!

4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.!

5. 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^{er} janvier 2008).!

6. 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.!

7. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative (non actif) ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (arrêts du Tribunal fédéral 9C_589/2014 du 6 mars 2015 consid. 3.1 ; 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1).!

a. Chez un assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution de ses possibilités de gain, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 adéquats, sur un marché du travail équilibré ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313 et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137

V 334 consid. 3.1.3 et référence ; 128 V 29 ; voir également arrêt 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35). b. Chez un assuré qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'il en exerce une, il y a lieu d'effectuer une comparaison de ses activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA, 5 al. 1 LAI et 27 RAI). c. Chez un assuré qui n'exerçait que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'il se consacrait en outre à des travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une telle situation, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 p. 338 et référence ; 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53). 8. a. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut non pas - malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA - chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3. p. 507 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C/589/2014 du 6 mars 2015 consid. 3.2 ; 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.2). b. 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). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimé, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). c. 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 137 V 334 consid. 3.2; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). d. En l'espèce, dans son arrêt du 2 février 2016 entré en force, la chambre de céans a confirmé le bien-fondé du choix de la méthode dite spécifique. L'assurée ne le conteste du reste pas. 9. a. 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 au chiffre 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.!

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). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_716/2012 du 11 avril 2013). 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, ces dernières ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

b. L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recoupent en partie, doivent être différenciées. L'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assuré à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI], p. 65, n. 3084 ss). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (arrêt du Tribunal fédéral I 593/03 du 13 avril 2005 consid. 5.3). À ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1^{er} LAI), la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées).

c. S'agissant de l'aide exigible 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). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.3).

10. 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).

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). 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. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des

assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). ![/endif]>![if > 13. a. En l'espèce, l'assurée allègue que son état de santé s'est aggravé depuis l'enquête ménagère. Elle produit à cet égard des rapports du Dr C_____ des 28 novembre, 15 et 22 décembre 2016. ![/endif]>![if > Force est toutefois de constater que le Dr C_____ ne relève aucune aggravation significative de son état de santé. b. L'assurée fait valoir que son état de santé physique ou psychologique l'empêche d'accomplir ses activités usuelles, et que personne ne comprend pourquoi. Elle relève que même le médecin du SMR, dans son rapport du 16 janvier 2017, et l'enquêtrice, ont constaté qu'aucun élément médical ne permettait de comprendre pourquoi elle ne pouvait plus rien faire. Elle en conclut que l'état de fait médical n'est pas suffisamment élucidé. Tel n'est pas l'avis de la chambre de céans. En effet, tant le médecin du SMR que l'enquêtrice ont en réalité déclaré que rien n'expliquait, sur le plan médical, qu'elle ne puisse rien faire. 14. a. L'assurée conteste en second lieu les conclusions de l'enquête ménagère. Le rapport de cette enquête est, selon elle, incomplet et dénué de valeur probante. ![/endif]>![if > b. La visite domiciliaire a été effectuée par une enquêtrice qualifiée ayant connaissance de l'ampleur des atteintes à la santé de l'assurée (soit des crises de migraine, et des lombalgies et coxalgies gauches) et des limitations qui en découlent. Le rapport décrit avec précision les activités que l'assurée pourrait effectuer elle-même. À cet égard, l'enquêtrice l'a rédigé en tenant compte du fait que le mari de l'assurée était lui-même invalide ; elle a constaté que son implication dans l'accomplissement des tâches ménagères était bien plus grande que ce à quoi elle pouvait s'attendre au vu de son handicap. Elle a analysé dans quelle mesure, au vu des limitations fonctionnelles de l'assurée, il pouvait être attendu d'elle qu'elle contribue à l'accomplissement des tâches ménagères, par exemple pour cuisiner, pour nettoyer les sanitaires, pour faire tourner la machine à laver le linge, ou pour assumer de légères courses. Le rapport apparaît dès lors plausible et l'assurée n'établit pas en quoi les taux d'empêchement retenus ne seraient pas compatibles avec son état de santé. Elle se contente d'affirmer que le rapport est incomplet, sans indiquer en quoi il le serait et sur quels points les constatations de l'enquêtrice seraient éventuellement erronées. Le Dr C_____ ne dit rien quant à une incapacité de travail. L'enquêtrice tient compte des restrictions pouvant découler des lombalgies et constate que « les plaintes de l'assurée et de son époux ne sont pas en adéquation avec les diagnostics retenus ». On relèvera enfin que le fait de se désintéresser totalement du ménage n'est pas suffisant en soi pour admettre qu'un assuré n'est pas objectivement capable de s'en occuper. Partant, en l'absence d'inexactitudes ou d'omissions dûment établies, et au vu de la jurisprudence susmentionnée, une pleine valeur probante doit être reconnue au rapport d'enquête économique sur le ménage. c. L'assurée s'étonne de ce que, selon les dires mêmes de l'OAI, l'enquête repose sur ses déclarations, alors qu'aucun interprète de langue albanaise n'était présent au moment de l'enquête. Il y a toutefois lieu de relever que l'enquêtrice ne s'est pas contentée de ses déclarations, elle s'est également fondée sur les comportements de l'assurée, et de rappeler qu'elle était assistée de son époux. d. L'assurée constate que l'enquêtrice n'était pas en possession des derniers

examens produits. Il a toutefois été constaté ci-dessus que ceux-ci n'ont pas conclu à une modification suffisante de son état de santé pour être pris en considération. e. Elle reproche également à l'enquêtrice d'avoir tenu compte d'une aide exigible de la part de son mari, alors que celui-ci est invalide, et de la part de ses trois enfants, alors que ceux-ci ne vivent plus avec eux. L'aînée a certes quitté le domicile familial le 4 janvier 2015, soit avant l'enquête ménagère. Les trois plus jeunes, âgés, au jour de l'enquête, de 22 ans, 20 ans et 18 ans, vivent en revanche encore chez leurs parents. L'assurée, au demeurant représentée par un mandataire, n'a pas cherché à démontrer le contraire. Quant au mari, il y a lieu de relever que, selon l'enquêtrice, « c'est lui qui s'occupe d'elle ». L'aide exigible des proches de l'assurée, évaluée à 24,8%, apparaît dans ces conditions parfaitement raisonnable, étant rappelé que « dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille 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 308/2004 et I 309/2004 du 14 janvier 2005, et 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 » (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c). 15. En conséquence, il y a lieu de retenir que, compte tenu de l'aide exigible du mari et des trois enfants majeurs vivant avec eux, aucun empêchement dans l'accomplissement des tâches ménagères n'a pu être mis en évidence, de sorte que l'octroi d'une rente d'invalidité ne se justifie pas.!

!endif]>!

!if> Aussi le recours est-il rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable.!

!endif]>!

!if> Au fond : 2. Le rejette.!

!endif]>!

!if> 3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'assurée. !

!endif]>!

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

!endif]>!

!if> La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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