

## **GE\_GERICHTE A/5004/2017 vom 17. Dezember 2018**

GE Cour de justice, 2018-12-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_5004\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_5004_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/5004/2017 du 17 décembre 2018

IT: GE\_GERICHTE A/5004/2017 del 17 dicembre 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE 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), ressortissante indienne, née le \_\_\_\_\_ 1961, domiciliée à Genève, entrée en Suisse le 12 septembre 1994, titulaire d'un permis C- OASA, veuve, mère de deux enfants, B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, nés respectivement le \_\_\_\_\_ 1995 et le \_\_\_\_\_ 1997, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) le 16 janvier 2017. 1. Depuis son entrée en Suisse elle a toujours été mère au foyer. S'agissant de l'atteinte à la santé, elle indique être atteinte de diabète depuis vingt-deux ans, maladie qui a impacté sa vision, et ses jambes (neuropathie); elle n'entend pas bien, n'est pas en condition pour travailler. Elle est en attente de pouvoir se faire opérer des yeux et des oreilles, mais ne dispose pas des moyens financiers nécessaires. Elle est suivie depuis décembre 1996 par la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et endocrinologie (ci-après: le médecin-traitant), qui la suit par rapport à son diabète, HTA, et néphropathie ; la dernière consultation remontait au 1 er décembre 2016. 2. Par courrier du 17 janvier 2017, l'OAI a accusé réception de la demande en lui fournissant toutes indications relatives aux principes généraux régissant les demandes de prestations de l'assurance-invalidité, en la renseignant sur ses devoirs et obligations, et notamment en l'invitant à compléter son dossier par la production de pièces complémentaires, soit la copie de son permis de séjour valide, ainsi que ceux de ses enfants, un CV avec certificat de ses précédents employeurs et copie de ses diplômes ou certificats, et enfin la copie des attestations d'études, contrat d'apprentissage, pour ses enfants âgés de 18 à 25 ans. Son attention était attirée sur son obligation de renseigner. Sans réponse de sa part dans un délai de quinze jours à dater de ce courrier, une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée. 3. L'assurée a produit les documents requis, rappelant qu'elle était en Suisse depuis son mariage il y a vingt-trois ans, qu'elle n'avait jamais travaillé à Genève et que depuis son mariage elle avait toujours été femme au foyer. Elle transmettait un ancien CV, précisant que tous ses certificats et diplômes avaient été perdus en Inde, les y ayant laissés auprès de sa famille. 4. Le médecin traitant a adressé un rapport médical à l'OAI en date du 27 janvier 2017. S'agissant du début de la longue maladie, il a mentionné « décembre 1996 », observant que la patiente n'avait jamais travaillé, que les limitations fonctionnelles étaient de 100 %. L'atteinte à la santé relevait de la maladie. Il retenait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail (ci-après : CT) suivants: diabète insulino-traité avec toutes les complications, et en outre un syndrome anxio-dépressif; et sans effet sur la CT: prurigo multifactoriel étendu. La patiente avait été traitée en dermatologie aux HUG en juin 2016. À l'anamnèse il retenait une aggravation des complications liées au diabète et de l'état anxio-dépressif. Le pronostic

était sombre quant à une quelconque activité professionnelle. Il a en outre énuméré en détail la longue liste des médicaments prescrits. S'agissant de la CT, il a rappelé que l'assurée n'avait jamais travaillé et qu'actuellement elle se trouvait en incapacité totale de travail, et cela depuis de nombreuses années. Le rendement était réduit, sans autre précision, sinon la remarque selon laquelle la patiente ne gère pas le français, elle n'a jamais travaillé et à sa connaissance elle n'avait aucune formation. Ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées. Elle n'était pas non plus apte à se déplacer.![endif]>![if> 5. Dans une note « statut » du 1<sup>er</sup> février 2017, l'OAI a retenu celui de ménagère.![endif]>![if> 6. Par courrier du 15 juin 2017, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, et qu'en conséquence l'instruction du dossier se poursuivait dans le but de déterminer si elle remplissait les conditions de l'octroi d'éventuelles prestations.![endif]>![if> 7. Le service médical régional de l'assurance-invalidité [Dresse E\_\_\_\_\_] (ci-après : SMR) a rendu un avis médical en date du 30 juin 2017: assurée de 56 ans, veuve, ménagère, connue pour un diabète de type 2 depuis au moins 1995 qui s'est initialement manifesté par un diabète gestationnel. Elle est connue pour plusieurs complications de son diabète sur le plan microangiopathique avec une rétinopathie diabétique avancée occasionnant une baisse de l'acuité visuelle avec nécessité d'injections intra-vitréennes, une insuffisance rénale chronique, une polyneuropathie des membres inférieurs. Par ailleurs, elle a une éruption prurigineuse étendue, avec des nodules sous-cutanés d'origine peu claire pour le médecin traitant qui ne retient pas d'incapacité de travail (pour cette affection). L'assurée a un état anxio-dépressif mais qui n'entraîne pas de limitations cognitives, selon le médecin traitant lors d'un entretien téléphonique du 30 juin 2017 avec lui. Les limitations fonctionnelles retenues par le médecin traitant sont : pas de port de charges lourdes, pas de travaux lourds, pas de nécessité de vision précise, pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier, pas de montée sur une échelle, des escaliers ou des escabeaux. ![endif]>![if> 8. L'OAI a fait procéder à une enquête ménagère, qui s'est déroulée au domicile de l'assurée le 10 octobre 2017 pendant 55 minutes. Participaient à l'entretien: l'assurée, sa fille, et l'enquêtrice; étant précisé que l'assurée ne parle que l'anglais mais que l'enquêtrice et la fille sont bilingues; l'entretien s'était déroulé en partie en anglais et en partie en français.![endif]>![if> Le rapport reprend les diagnostics et les limitations fonctionnelles. L'enquêtrice a relevé l'origine et la situation familiale. Elle indique en particulier qu'originaire d'Inde, l'assurée était arrivée en Suisse en septembre 1994. Elle s'y était mariée le \_\_\_\_\_ 1994 avec Monsieur A\_\_\_\_\_ avec lequel elle a eu deux enfants (susmentionnés). Lorsque son mari était malade, la famille avait vécu en partie en Inde, et aux États-Unis. Le mari est décédé le \_\_\_\_\_ 2011. L'assurée est revenue en Suisse de manière permanente avec son fils dès 2013 ou 2014 et la fille, B\_\_\_\_\_, est revenue des États-Unis en mai 2015. Le fils a été hospitalisé en milieu psychiatrique au printemps 2016, puis à Curabilis dès avril 2016, où il se trouve encore. L'assurée lui rend visite une fois par semaine. S'agissant de son parcours scolaire, l'assurée l'a effectué en Inde, avec obtention d'un diplôme de High School (1978-1980); Pre Degree Course, Collège Ste Thérèse à Kerala. Elle a effectué un diplôme de commerce puis un Bachelor en commerce à Kerala (en 1994). Et depuis lors, elle est femme au foyer. Financièrement: elle perçoit une rente AVS de veuve de CHF 50.-/mois, à laquelle s'ajoute une rente complémentaire SPC de CHF 1'239.- (PCF +PCC), une rente de veuve (son mari était fonctionnaire international) de CHF 2'405.70 ./ CHF 272.- (prime d'assurance-maladie de l'organisation internationale prestataire) soit nette CHF 2'133.-. Elle perçoit encore une allocation familiale de CHF 400.- par mois pour sa fille. Elle n'est

propriétaire d'aucun bien immobilier en Inde. S'agissant des dépenses, le loyer est de CHF 1'350 par mois, l'assurance-maladie est payée par l'organisme international, 20 % des frais médicaux étant à sa charge. S'agissant de la situation de ses enfants, sa fille fréquente le collège du soir pour l'obtention d'une maturité gymnasiale. Elle est à la maison à midi en général. Quant à son fils, il bénéficie d'une rente AI pour troubles psychiatriques (actuellement interné). Les conditions de logement et l'environnement sont décrits (équipements techniques complets et proximité immédiate des transports publics et des commerces). Quant aux divers travaux et activités, ils ont été évalués selon le tableau reproduit ci-dessous et la comparaison descriptive détaillée entre la période ayant précédé l'atteinte à la santé et la situation actuelle:

Champ d'activités	Exigibilité	Pondération	Champ d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
5.1 conduite du ménage	2-5 %	8 %	0 %	2 %	0 %
5.2 Alimentation	10-50 %	16 %	0 %	16 %	0 %
Préparation/cuisson /service/nettoyage cuisine/provisions	16 %	50 %	0 %	8 %	0 %
5.3 Entretien du logement	5-20 %	16 %	0 %	16 %	0 %
épousseter/aspirateur/sols/vitres/lits	80 %	20 %	0 %	16 %	0 %
5.4 Emplettes et courses diverses	5-10 %	16 %	0 %	16 %	0 %
poste/assurances/services officiels	2 %	7 %	0 %	14 %	0 %
5.5 Lessive/entretien des vêtements	5-20 %	28 %	0 %	16 %	28 %
laver/suspendre/ramasser/repasser...	28 %	4,48 %	0 %	0 %	0 %
5.6 Soins aux enfants et aux autres membres de la famille	0-30 %	0 %	0 %	0 %	0 %
5.7 Divers	0-50 %	0 %	0 %	0 %	0 %
soins infirmiers/entretien plantes et jardin/animaux domestiques/confection vêtements/activités d'utilité publique/formation complémentaire/...	0 %	5 %	0 %	0 %	0 %
Total du champ d'activité	100 %				
Total de l'exigibilité retenue	28,62 %				
Total-empêchement pondéré sans exigibilité	28,62 %				
Total – empêchement pondéré avec exigibilité	0 %				

Conduite du ménage (5.1): avant comme après l'atteinte à la santé, elle peut conduire son ménage. Alimentation (5.2) : avant l'atteinte, de tout temps l'assurée cuisinait pour la famille, faisait la vaisselle et le nettoyage de sa cuisine. Depuis l'atteinte elle indique pouvoir cuisiner, mais elle doit fractionner le travail et changer de positions. Elle aime beaucoup cuisiner; cette tâche est effectuée chaque jour. Elle fait une cuisine indienne. Elle peut faire la vaisselle, et le fait même à la main. Elle nettoie la cuisine comme elle peut. Elle ne passe pas l'aspirateur, mais le balai (habitude culturelle et plus facile pour elle), et elle ne récuré plus. Elle ne peut pas nettoyer les placards. Entretien du logement (5.3): avant l'atteinte, de tout temps l'assurée nettoyait son logement. Après l'atteinte, elle peut passer la poussière une fois par semaine. Elle ne fait plus l'aspirateur mais peut passer un balai. Elle ne récuré plus car cela est trop pénible. Elle peut nettoyer de temps en temps la salle de bain, mais c'est plutôt sa fille qui frotte la baignoire, le lavabo et les WC. Elle n'arrive plus à changer les draps: sa fille le fait pour elle. Elle ne nettoie plus les vitres et ne fait pas de grands nettoyages. Emplettes et courses diverses (5.4): avant l'atteinte, l'assurée allait régulièrement à la Coop du quartier; depuis son veuvage elle s'occupe des affaires administratives et va à la poste faire ses paiements. Depuis l'atteinte, l'assurée fait ses courses souvent, afin de ne pas trop porter. Elle traite aussi ses affaires administratives avec un peu d'aide, pour ce qui est plus compliqué, comme la demande d'AI. Elle ne parle pas français, ce qui complique les choses aussi. Lessive et entretien des vêtements (5.5): avant l'atteinte, de tout temps l'assurée faisait la lessive et le repassage pour la famille. Après l'atteinte, elle fait sa lessive, et sa fille fait la sienne. L'assurée peut trier le linge, le mettre et le sortir de la machine à laver, le suspendre et le plier après. Elle n'utilise pas le séchoir de l'immeuble, trop compliqué et trop cher. Elle ne repasse presque plus, tout au plus une ou deux chemises, pendant 5 à 10 minutes. Elle se contente de mettre des habits non repassés,

mais bien pliés. Soins aux enfants ou autres membres de la famille (5.6) : Les enfants de l'assurée sont majeurs. Divers (5.7) : avant comme après l'atteinte, pas d'animaux, pas d'activité d'utilité publique. Elle a plusieurs orchidées et des géraniums, dont elle arrive à s'occuper. Elle donne des coups de mains aux voisins, comme leur donner des plats indiens qu'elle a préparés avec soin. Pour l'ensemble des activités, les travaux ménagers qu'elle ne peut plus accomplir elle-même en raison de son invalidité sont assurés par sa fille. 9. Par courrier du 18 octobre 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de refus de rente d'invalidité. Dans sa situation, le statut personnel est celui d'une personne non active consacrant tout son temps à ses travaux habituels. À l'issue de l'instruction médicale, le SMR reconnaît qu'elle présente une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité depuis de nombreuses années. Celle-ci entraîne des limitations fonctionnelles dans l'exercice de ses travaux habituels. L'invalidité dans la sphère des travaux habituels est évaluée en fonction des difficultés que la personne assurée rencontre pour accomplir ses travaux habituels. S'agissant de l'évaluation de ses empêchements, une enquête ménagère a été effectuée à son domicile. Il ressort des constats effectués qu'elle ne présente aucun empêchement dans ses tâches ménagères en tenant compte de l'aide exigible apportée par sa fille.!

10. Par courrier du 28 novembre 2017, l'OAI a confirmé les termes de son projet, en l'absence de contestation de la part de l'assurée.!

11. Par courrier du 20 décembre 2017, Madame B \_\_\_\_\_ déclarant écrire de la part de sa mère, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Elle conclut implicitement à l'annulation de la décision du 28 novembre 2017, sollicitant la reconsidération de cette décision. Elle explique que sa mère est assez têtue et n'admet jamais sa faiblesse, même si elle est vraiment mal. Sa situation n'était pas aussi grave quand l'enquête a eu lieu. Sa mère souffre d'un diabète très mal contrôlé depuis presque vingt-quatre ans et des complications liées au diabète comme l'hypertension, l'hypercholestérolémie, la détérioration du foie, du pancréas et des reins, la rétinopathie, la cataracte, la neuropathie ainsi que des problèmes d'ouïe. Avec les traitements oraux de neuropathie qui ne soulageaient pas la douleur de ses pieds quand elle marche, elle a décidé de partir en Inde pour faire un traitement moins cher. Alors qu'elle se trouvait dans ce pays, elle a eu une infection urinaire asymptomatique et a développé une fièvre quand l'infection a atteint les reins. Elle y a été hospitalisée quand elle a commencé à être désorientée et ne pouvait pas parler normalement. C'est là qu'elle a subi une hyponatrémie et est tombée dans le coma aux soins intensifs pendant plusieurs jours. Il paraît que cette baisse de sodium est due à une insuffisance rénale liée au diabète qui ne peut pas être guéri. Elle a dû repousser son billet d'avion pour le retour. Elle est arrivée (à Genève) en chaise roulante le 11 décembre (2017). Depuis l'hospitalisation, elle n'est plus la même personne. Elle a perdu du poids et la force dans ses jambes; et elle est tout le temps faible et fatiguée. Sa fille explique qu'elle a dû la ramener aux urgences le dimanche soir précédant ce recours (17 décembre 2017), car elle ne tenait pas debout. Sa fille avait peur qu'elle n'ait pas assez de sodium. Elle explique être étudiante en dernière année de maturité et vit seule avec sa mère. Son frère qui souffre de troubles psychiques depuis le décès de leur père n'est pas avec elles en ce moment, et dès lors la situation familiale est assez compliquée. Il lui est difficile de tout gérer avec ses études, ses propres problèmes de santé, la situation familiale et financière. Elles ont beaucoup trop de factures médicales, et de la peine à les payer. Ainsi sa mère doit par exemple faire une injection aux yeux presque tous les trois mois pour la rétinopathie, et la facture se monte presque à CHF 2'700.-, qui est très difficile à payer, même à hauteur de seulement 20 %. Sa mère ne peut plus marcher ni sortir toute seule, elle doit être surveillée

en cas d'hypoglycémie et d'hyponatrémie, qui peuvent être dangereuses. Quant à elle (la fille), étant à l'école les soirs, elle a tout le temps peur de laisser sa mère seule, et envisage de se renseigner pour avoir une aide-soignante durant ses cours.![endif]>![if> 12. Sur demande de la chambre de céans, la fille de la recourante a produit la copie de la décision attaquée.![endif]>![if> 13. L'intimé a répondu au recours par courrier 15 janvier 2018. Il conclut à l'irrecevabilité du recours interjeté par la fille, pour le compte de sa mère. Selon l'intimé, les conditions de recevabilité prévues par les dispositions de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10) ne sont pas réunies. Faute de procuration, la fille de l'assurée n'a pas qualité pour représenter sa mère. Pour le surplus, l'OAI réserve ses conclusions au fond, pour le cas où la chambre de céans admettrait néanmoins la recevabilité du recours.![endif]>![if> 14. Par courrier du 24 janvier 2018, la chambre de céans a indiqué, en substance, à l'OAI que l'exigence de la production d'une procuration écrite par l'une des personnes habilitées à représenter une partie, pouvait faire l'objet d'une demande de l'autorité, ce qu'en l'état la chambre de céans n'estimait pas nécessaire. Sur demande motivée de la part de l'intimé, cette question pourrait être réexaminée. En conséquence, l'intimé était invité à conclure sur le fond.![endif]>![if> 15. Par courrier du 30 janvier 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours. Dans son acte de recours, la recourante ne semble pas contester le statut de ménagère ni le contenu du rapport d'enquête ménagère du 17 octobre 2017. Elle mentionne que la « situation n'était pas aussi grave quand l'enquête a eu lieu ». Elle fait valoir que les sa situation s'est aggravée lorsqu'elle a eu une infection urinaire asymptomatique alors qu'elle se trouvait en Inde et qu'elle y avait développé une fièvre quand l'infection avait atteint les reins. Après avoir été hospitalisée, elle serait rentrée en Suisse le 11 décembre 2017. Une copie de l'attestation de sortie de l'hospitalisation (en Inde) était jointe au recours. L'intimé avait ainsi sollicité un avis du SMR: ce dernier estime qu'à l'heure actuelle il était manifeste que l'état de santé de l'assurée s'était fortement dégradé, en particulier au niveau diabétologique. Il n'était pas possible de se positionner sur les conséquences (durables ou non) de cette aggravation. Il était nécessaire d'obtenir des informations récentes de la part du médecin traitant. L'intimé observe dès lors que sur la base du compte-rendu d'hospitalisation produit, il n'était donc pas possible de déterminer si l'aggravation de l'atteinte à la santé était durable et susceptible d'engendrer des difficultés supplémentaires dans l'exercice des travaux habituels. En l'état du dossier l'intimé ne pouvait conclure qu'au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.![endif]>![if> 16. Par courrier du 6 février 2018, la chambre de céans s'est adressée à la recourante. Elle l'invitait à lui faire parvenir sa réplique d'ici au 7 mars 2018. La chambre de céans se référait en outre à la réponse de l'intimé et à l'avis du SMR, lequel considérait utile de solliciter un rapport médical actualisé et circonstancié du médecin traitant.![endif]>![if> 17. Par courrier du 16 mars 2018 à la recourante, la chambre de céans a constaté qu'aucune suite n'avait été donnée à sa précédente lettre lui impartissant un délai et insistant sur l'utilité de solliciter un rapport médical circonstancié et actualisé du médecin traitant. Dans la mesure où elle soutenait ce recours sans être assistée d'un mandataire professionnellement qualifié, la chambre de céans lui impartissait un ultime délai au 28 mars 2018, pour répliquer, si elle le souhaitait. En tout état, et dans le même délai, elle était invitée à communiquer à la chambre de céans une procuration autorisant sa fille B \_\_\_\_\_ à la représenter dans le cadre de cette procédure.![endif]>![if> 18. Sans réaction de la recourante à ce courrier, la chambre de céans indiquée aux parties que la cause était gardée à juger.![endif]>![if> 19. La recourante ne s'est plus manifestée à ce jour.![endif]>![if> 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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux 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). En vertu de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est, sous réserve de l'art. 1er al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, réglée par le droit cantonal. Elle doit notamment être simple. Par procédure simple, on entend une procédure qui n'est pas régie par des règles trop formalistes (KIESER, ATSG-Kommentar, n. 21 ad art. 61), c'est-à-dire par des règles de procédure qui ne sont pas justifiées par un intérêt digne de protection (ATF 120 V 419 consid. 5c). Ainsi la procédure applicable devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice est régie par le titre IVA de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10). Selon l'art. 89A LPA les dispositions de la présente loi demeurent applicables en tant qu'il n'y est pas dérogé par le présent titre. Aux termes de l'art. 89B LPA la demande ou le recours est adressé en deux exemplaires à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice soit par une lettre, soit par un mémoire signé, comportant : a) les nom, prénoms, domicile ou résidence des parties ou, s'il s'agit d'une personne morale, toute autre désignation précise; b) un exposé succinct des faits ou des motifs invoqués; c) des conclusions (al. 1). Le cas échéant, la décision attaquée et les pièces invoquées sont jointes (al.2). 3. a. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 LPA). Il a été interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, sous réserve de ce qui va suivre. b. Selon l'art. 9 LPA les parties, à moins qu'elles ne doivent agir personnellement ou que l'urgence ne le permette pas, peuvent se faire représenter par un conjoint, un partenaire enregistré, un ascendant ou un descendant majeur, respectivement par un avocat ou par un autre mandataire professionnellement qualifié pour la cause dont il s'agit (al.1). Sur demande, le représentant doit justifier ses pouvoirs par une procuration écrite (al.2). c. Dans un premier temps, l'intimé a considéré que le recours devait être déclaré irrecevable, dans la mesure où, interjeté par la fille de la recourante, cette dernière n'avait pas démontré sa qualité pour représenter sa mère, par la production d'une procuration écrite. La chambre de céans avait alors considéré que la fille de l'assurée, majeure, étant à teneur de l'alinéa 1 de la disposition précitée habilitée à représenter sa mère, il n'apparaissait pas à ce stade nécessaire de lui demander de justifier par une procuration écrite sa qualité pour représenter sa mère. Dans un second temps toutefois, la recourante ayant été invitée à répliquer, si elle le souhaitait, son attention ayant d'autre part été attiré sur le contenu de la réponse de l'intimé qui avait produit un avis du SMR aux termes duquel ce service médical admettant le principe d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, estimait nécessaire de recueillir les renseignements détaillés et actualisés de la part du médecin traitant, la chambre de céans invitait donc la recourante à fournir ces renseignements médicaux complémentaires, cette dernière n'a pas réagi dans le délai imparti. Dès lors, la chambre de céans a considéré, au vu

de cette circonstance, qu'il était nécessaire de vérifier si la recourante avait bien autorisé sa fille à la représenter dans le cadre de la présente procédure. Elle lui a donc que fixé un ultime délai pour se déterminer, et pour produire une procuration écrite en faveur de sa fille. Elle ne l'a pas fait; ne s'est pas davantage déterminée dans le cadre d'une réplique et n'a pas produit de rapport médical actualisé de son médecin traitant. Dans la mesure où la chambre de céans n'a pas indiqué, dans son dernier courrier à la recourante, qu'à défaut de production de ladite procuration dans le délai imparti, le recours serait écarté, elle n'entend pas sans autre déclarer le recours irrecevable, pour ce motif. La question de la recevabilité peut toutefois rester ouverte, compte tenu de l'issue du litige, comme on le verra ci-après. 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement de savoir si l'on doit lui reconnaître un taux d'invalidité compatible avec le droit à une rente. 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<sup>er</sup> 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 taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). 8. 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). 9. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel,

assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).>![endif]>![if> 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 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 9. a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97 ).>![endif]>![if> 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 ch. 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. b. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). 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). 10. 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). 11. Selon la jurisprudence, le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités ; ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1). 12. 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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). 13. Selon l'art. 22 LPA, les parties sont tenues de collaborer à la constatation des faits dans les procédures qu'elles introduisent elles-mêmes, dans celles où elles y prennent des conclusions indépendantes ainsi que dans les autres cas prévus par la loi. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties 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, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer

à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2 ; 128 III 411 consid. 3.2). Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, 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 322 , consid. 5a). 14. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).> 15. En l'espèce la décision litigieuse ne remet pas en cause l'atteinte importante à la santé, dont la recourante est atteinte, mais les conséquences de cette atteinte qui ont été évaluées en fonction du statut de personne non active de la recourante, l'invalidité devant être, dans ces circonstances, évaluée comme rappelé précédemment, par rapport à la capacité, respectivement aux empêchements de l'assurée d'accomplir ses travaux et tâches habituels dans le cadre de son ménage. Ainsi, dans le cadre de l'instruction de la cause, l'administration a fait procéder à une enquête ménagère, à laquelle il était procédé peu avant que ne soit rendue la décision litigieuse, par une personne qualifiée pour ce faire. Dans le cas d'espèce, la fille de la recourante expliquant interjeter recours « de la part de sa mère » ne remet pas en cause, en tant que telle, la manière dont s'est déroulée l'enquête ménagère à laquelle elle participait; elle ne critique pas non plus la pondération qui a été faite dans l'examen des divers aspects examinés par l'enquêtrice, et les conclusions qu'elle en a tirées. En substance, elle fait valoir que sa mère s'était tue, mais qu'elle ne montrait jamais sa faiblesse, même si elle était vraiment mal. Elle indique d'autre part que la situation n'était pas aussi grave quand l'enquête a eu lieu. Elle rappelle les atteintes à la santé de sa mère, et les limitations fonctionnelles retenues sur le plan médical, lesquelles ont été prises en compte par l'enquêtrice. > Ce nonobstant, la chambre de céans étant tenue, en vertu de la maxime inquisitoire qui lui impose de vérifier d'office si la décision entreprise a été rendue de manière conforme à la loi et à la jurisprudence, se doit de vérifier dans un premier temps si l'on peut accorder pleine valeur probante à l'enquête ménagère du 10 octobre 2017. Selon la jurisprudence rappelée précédemment il est essentiel que le rapport d'enquête économique sur le ménage 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. Tel est bien le cas en l'espèce, toutes les

conditions étant requises pour permettre à la chambre de céans de reconnaître la pleine valeur probante à ce rapport. Aucun élément du dossier – et du recours – ne permet en effet de susciter le moindre doute au sujet des constatations faites sur place par l'enquêtrice, en présence de la fille de la recourante qui n'a pas émis la moindre réserve au sujet du contenu de ce rapport qui reflète donc la réalité de ce qui y a été consigné, et partant des conclusions que la spécialiste en a tirées. 16. a. La recourante allègue toutefois que l'état de santé de sa mère n'était pas aussi grave, au moment de l'enquête ménagère qu'il ne le fut après coup. Elle explique ainsi que pour se soigner à moindre coût, sa mère s'est rendue par la suite en Inde où elle a subi une lourde décompensation, étant hospitalisée plusieurs jours, ce qui ressort d'un rapport d'hospitalisation de l'hôpital indien où elle a séjourné. L'intimé, soit pour lui le SMR, a examiné ce document médical et a en tout cas admis une détérioration de l'état de santé de l'assurée lors de son séjour en Inde. Il indique toutefois ne pas être en mesure de déterminer si cette décompensation était passagère ou durable: ces éléments nouveaux devraient être actualisés par un rapport récent du médecin traitant. b. Etant rappelé que selon l'art. 22 LPA, les parties sont tenues de collaborer à la constatation des faits dans les procédures qu'elles introduisent elles-mêmes, dans celles où elles y prennent des conclusions indépendantes ainsi que dans les autres cas prévus par la loi, et la jurisprudence citée précédemment au sujet des conséquences pour la partie concernée de l'absence de preuve, la chambre de céans constate qu'en l'espèce, la recourante a reçu la détermination de l'intimé sur le fond du recours, mais aussi copie de l'avis du SMR qui, de façon motivée, a expliqué les raisons pour lesquelles il apparaissait nécessaire de disposer d'informations récentes de la part du médecin traitant, pour pouvoir déterminer si la décompensation survenue en Inde, et ses suites immédiates, traduisaient une aggravation durable de l'état de santé de la recourante, ou non. Or, invitée à se déterminer dans le cadre d'une réplique, son attention étant expressément attirée sur la nécessité de recueillir des éléments médicaux actualisés, de la part du médecin traitant, la recourante ne s'est pas manifestée. Au vu du silence de la recourante, la chambre de céans tenant compte du fait que cette dernière n'était pas représentée par un mandataire qualifié l'a relancée, en lui fixant un ultime délai pour se prononcer, insistant une nouvelle fois sur la nécessité de réunir les renseignements médicaux nécessaires. Dans la mesure où il apparaissait insolite que la recourante ne se soit pas manifestée dans le premier délai imparti, la chambre de céans a encore sollicité la production d'une procuration écrite par laquelle la recourante autorisait sa fille à la représenter dans le cadre de cette procédure. Derechef, la recourante n'a pas donné suite à l'injonction de la chambre de céans, ni sur le fond ni par rapport à la procuration demandée. Dans de telles circonstances, force est de constater que tant la recourante que sa fille, après qu'une procédure de recours a été ouverte à leur initiative, ont à tout le moins montré par leur silence, un désintérêt pour la procédure en cours. Or, à teneur de la jurisprudence susmentionnée, le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire comprend en particulier l'obligation des parties 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. En l'espèce, il était évidemment exigible de la part de la recourante qu'elle sollicite de son médecin traitant un rapport médical complet et actualisé au sujet de son état de santé depuis son retour d'Inde en décembre 2017. Ce qu'elle n'a pas fait. La chambre de céans considère, dans ces conditions, qu'elle n'a pas à rechercher plus avant les raisons pour lesquelles la partie recourante ne s'est plus manifestée, alors que, même sans être représentée par un mandataire qualifié, elle avait la possibilité, sinon le devoir de répondre à la juridiction. En effet, dans la mesure où les éléments apportés par la recourante

au stade du recours ne faisaient pas partie du dossier au moment où la décision entreprise a été rendue, il appartenait à la recourante, qui souhaitait s'en prévaloir pour en tirer des droits, de collaborer à l'instruction du recours, notamment en apportant les pièces médicales requises, propres à déterminer si, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'évolution de son état de santé, postérieure à la décision entreprise, devait ou non entrer en considération, à ce stade. Ceci dit, la chambre de céans, conformément au principe de la maxime inquisitoire, a dûment examiné, en l'état du dossier, si la décision entreprise avait été rendue conformément au droit, ce qui est le cas, comme on l'a vu. Ainsi, au vu de ce qui précède, la recourante doit supporter les conséquences du fait de ne pas avoir donné suite, à deux reprises successives, aux injonctions de la chambre de céans, et en l'espèce de ne pas avoir démontré que l'évolution de son état de santé, dans la période proche de la décision entreprise, devait être considérée comme durable, et donc comme une aggravation significative à prendre en compte pour l'évaluation de sa situation, dans le cadre de son recours. À ce stade, la chambre de céans ne peut que rejeter le recours, et inviter, pour le surplus, la recourante, si elle s'y croit fondée, à présenter une nouvelle requête auprès de l'OAI, en démontrant au moyen de pièces médicales probantes que la situation décrite par sa fille en décembre 2017 devait être considérée comme une aggravation durable et déterminante au regard du droit de l'assurance-invalidité. Dans cette éventualité, l'office est invité à examiner la situation en fonction des éléments qui avaient été portés à sa connaissance dans le cadre de la procédure de recours. 17. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-. !endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

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