

# **NE\_GERICHTE CDP.2016.147 vom 20. Juli 2017**

NE Tribunal cantonal, 2017-07-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2016.147](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2016.147)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2016.147 du 20 juillet 2017

IT: NE\_GERICHTE CDP.2016.147 del 20 luglio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

### **E. 2**

a) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 3 RAI ), elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques (arrêt du TF du 09.07.2012 [9C\_142/2012] cons. 4 – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue. Cela revient à examiner si, par analogie avec l'article 17 LPGA (ATF 133 V 108 cons. 5), l'état de santé de l'assuré s'est notablement modifié depuis l'entrée en force de la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit, une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus. Si tel n'est pas le cas, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (arrêt du TF du 16.06.2015 [9C\_721/2014] cons. 3.1). b) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de

l'assurance (ATF 135 V 465 cons. 4.6). Une évaluation médicale complète ne saurait toutefois être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il y a lieu de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'évaluation et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue attaqué ou établir le caractère incomplet de celui-ci (arrêt du TF du 29.12.2009 [9C\_578/2009] cons. 3.2). Les rapports réalisés par le SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et 59 al. 2bis LAI) ne constituent pas des expertises au sens de l'article 44 LPGa. Ces rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent des expertises médicales ou des examens médicaux auxquels il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci.

### **E. 3**

a) En l'espèce, la dernière décision entrée en force est celle du 24 septembre 2010, par laquelle l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité. Ce refus reposait sur les conclusions d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès du SMR. Dans leur rapport du 3 mai 2010, les médecins de ce service avaient retenu les diagnostics de fibromyalgie, de probable kyste synovial du poignet gauche, d'obésité, de cervicalgies dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis, d'alopécie, d'anxiété généralisée et de dysthymie. Selon eux, aucun de ces diagnostics ne limitait la capacité de travail de l'assurée et il n'y avait pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles; ils ont conclu à une capacité de travail complète dans toute activité professionnelle ainsi que dans l'activité de ménagère. b) A l'appui de sa nouvelle demande de rente d'invalidité, l'intéressée invoque une polyarthrite, un rhumatisme et une dépression existant depuis 1995. Les rapports médicaux sollicités par l'OAI font état d'une polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée en 2013, d'un trouble dépressif chronique (CIM-10 F33.1) et d'obésité. En raison des limitations physiques liées aux problèmes rhumatologiques et des limitations psychiques liées au problème dépressif, les médecins concluent à une incapacité de travail totale, voire une capacité de travail estimée à 20-30 % au plan rhumatologique pur. Dans son avis de synthèse, le SMR se réfère à son rapport d'examen du 3 mai 2010 établi dans le cadre de la deuxième demande de prestations et estime que la situation n'a pas véritablement changé, qu'un syndrome inflammatoire léger était déjà présent en 2010 et que l'assurée et ses médecins n'ont apporté aucune preuve d'une aggravation objectivable, le Dr C. n'ayant en particulier pas fait parvenir les bilans biologiques ou radiologiques lui ayant permis de poser le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. La Cour de cassation ne partage pas l'appréciation du SMR sur laquelle repose la décision attaquée. S'il est exact que le rapport du SMR mentionne la présence d'un syndrome inflammatoire modéré, il précise ensuite que "il n'y a actuellement pas de véritables éléments pour une maladie articulaire au status. (...) Par ailleurs, l'assurée a bénéficié de tests biologiques rhumatismaux (...) qui sont restés négatifs". D'autre part, dans le cadre de la présente procédure, le Dr C. précise que si des douleurs polyarticulaires étaient présentes de longue date, ce n'est qu'en 2013 que la

présence de signes inflammatoires cliniques et biologiques a pu être constatée, cela sur la base d'un bilan clinique, biologique et radiologique. Le Dr B. confirme que le diagnostic repose sur des critères cliniques, des tests biologiques rhumatismaux et des tests radiologiques. Cela étant, la Cour de céans retient que la polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée en mars 2013 constitue une nouvelle affection et une aggravation de l'état de santé de l'assurée et qu'elle est suffisamment établie.

#### **E. 4**

a) L'aggravation de l'état de santé de la recourante nécessite d'examiner si cette évolution a une incidence sur l'invalidité, ce qui à son tour présuppose de déterminer quelle méthode d'évaluation de l'invalidité doit trouver application. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut se demander ce que l'assuré aurait fait 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. L'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète doit être établie au degré de la vraisemblance prépondérante ( cf. ATF 137 V 334 cons. 3.2 et arrêt du TF du 17.02.2017 [9C\_722/2016] cons. 2.2). b) Dans son recours, l'assurée expose qu'elle a été considérée comme ménagère depuis la naissance en 1995 de sa troisième fille, qui avait besoin d'aide et de soins en raison de son handicap. Elle relève qu'auparavant, elle avait toujours travaillé à 100 % même après la naissance de ses deux premières filles (1991 et 1993), et qu'elle aurait certainement continué à travailler si sa troisième fille n'avait pas souffert d'un handicap. La Cour de céans relève d'une part qu'il n'est pas pertinent, d'un point de vue de la détermination de la méthode d'évaluation, de savoir ce que l'assurée aurait fait si l'état de santé de sa fille avait été différent. Elle constate d'autre part que ces propos confirment indirectement que l'assurée a à juste titre été considérée comme ménagère puisqu'elle se consacrait aux soins importants et constants que nécessitait sa troisième fille. Cela étant, le point décisif pour déterminer le statut de la recourante et la méthode d'évaluation de l'invalidité qui en découle est de savoir si, depuis le dernier refus de rente, des éléments sont intervenus qui permettraient, au degré de la vraisemblance prépondérante, de retenir que l'assurée aurait repris une activité lucrative sans atteinte à la santé. Dans le cadre de la précédente procédure ayant abouti à la décision de refus de rente du 24 septembre 2010, les médecins du SMR n'ont retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, de sorte que l'état de santé de l'intéressée lui permettait de reprendre une activité lucrative. Il est compréhensible qu'elle n'en ait rien fait jusqu'au décès de sa troisième fille en février 2011 puisque " [j]usqu'en 2011, une reprise du travail n'était pas envisageable en raison des soins et de l'attention que nécessitait sa fille E." . Le dossier ne contient toutefois aucune indication que, postérieurement à ce décès et avant la nouvelle atteinte à sa santé (polyarthrite rhumatoïde) diagnostiquée au début 2013, l'intéressée aurait cherché à se réinsérer sur le marché de l'emploi ou aurait autrement manifesté sa volonté de travailler. Il s'ajoute à cela que dans le cadre de l'exercice de son droit d'être entendue sur le préavis de décision relatif à sa troisième demande de prestations, l'intéressée a insisté sur le fait qu'elle devait être considérée comme une ménagère avant de changer d'avis et d'affirmer sans autre explication dans son recours qu'elle doit être considérée comme une personne exerçant une activité lucrative. Les éléments qui précèdent

ne permettent pas de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que, sans la survenance d'une nouvelle affection à sa santé sous forme de polyarthrite rhumatoïde, l'intéressée aurait travaillé. Faute d'éléments justifiant un changement de statut, il n'y a pas lieu de modifier la méthode d'évaluation de son invalidité, invalidité qui doit ainsi être déterminée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI).

## E. 5

a) L'invalidité des assurés qui se consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités – qui peuvent être assimilées à une activité lucrative – que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3081 et suivants de la circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI; ATF 137 V 334 cons. 4.2). Par ailleurs, si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent plus de temps, il peut être exigé de l'assuré qu'il répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'il ait recours à l'aide des membres de sa famille. On peut en effet attendre des proches qu'ils apportent une aide plus large que celle qui est normalement apportée à une personne en bonne santé (ATF 133 V 504 cons. 4.2; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2156 et 2157).

b) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne 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'il repose sur des erreurs (arrêt du TF du 05.03.2014 [9C\_784/2013] cons. 3.3; ATF 137 V 334 cons. 4.2, 128 V 93 cons. 4).

c) Dans le cas d'espèce, l'enquête ménagère du 15 avril 2015 a été effectuée par la même collaboratrice spécialisée qui avait auparavant déjà réalisé deux autres enquêtes ménagères chez la recourante (1999 et 2009), soit une collaboratrice expérimentée et au fait tant de la situation locale et spatiale que des empêchements de la recourante qui relèvent de ses atteintes à la santé. Le rapport décrit de manière détaillée les difficultés rencontrées par l'assurée dans les différents postes de travaux relevant du ménage, la manière dont elle y fait face et l'aide qui lui est fournie par son mari, ses filles ainsi que d'autres membres de sa famille. Même si l'enquêtrice mentionne dans le cadre de ses commentaires personnels que les empêchements n'ont pas été aisés à évaluer, elle a néanmoins été en mesure de les apprécier et n'a pas formulé de réserve formelle à propos de cette évaluation. Certes, elle se demande s'il n'y aurait pas lieu de s'en tenir à une incapacité de travail à fixer par le SMR, après expertise éventuelle. Cette interrogation ne l'a toutefois pas empêchée de fixer les

empêchements et elle n'enlève rien au caractère convaincant de l'évaluation effectuée, laquelle n'est du reste ni contestée par la recourante ni foncièrement mise en doute par le SMR. d) Un empêchement de 45,5 % dans l'accomplissement des travaux habituels donne droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

#### **E. 6**

Les considérants qui précèdent aboutissent à l'admission du recours et à l'annulation de la décision du 15 mars 2016. La cause est renvoyée à l'intimé pour détermination du moment de la naissance du droit à la rente et le montant de celle-ci, pour examen du droit éventuel à des rentes pour enfant (art. 35 LAI) et nouvelle décision sur ces points.

#### **E. 7**

Vu l'issue du litige, l'OAI supportera les frais de la procédure (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 47 L PJA ) et la recourante a droit à une indemnité de dépens. Le montant des dépens doit être défini d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). La mandataire a déposé un état de ses honoraires et frais (art. 66 al. 1 TFrais ) qui se monte à un total de 2'143.05 francs correspondant à une activité de 7 heures et 48 minutes au tarif horaire de 250 francs (CHF 1'950), 34.30 francs de débours et 158.75 francs de TVA. Ce montant n'est pas excessif et correspond à l'activité exigée par la nature et la complexité de la cause (art. 61 let. g LPGA). Il peut donc être alloué.

#### **E. 49**

al. 2 RAI); en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci.

3.a) En l'espèce, la dernière décision entrée en force est celle du 24 septembre 2010, par laquelle l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité. Ce refus reposait sur les conclusions d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès du SMR. Dans leur rapport du 3 mai 2010, les médecins de ce service avaient retenu les diagnostics de fibromyalgie, de probable kyste synovial du poignet gauche, d'obésité, de cervicalgies dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis, d'alopecie, d'anxiété généralisée et de dysthymie. Selon eux, aucun de ces diagnostics ne limitait la capacité de travail de l'assurée et il n'y avait pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles; ils ont conclu à une capacité de travail complète dans toute activité professionnelle ainsi que dans l'activité de ménagère.

b) A l'appui de sa nouvelle demande de rente d'invalidité, l'intéressée invoque une polyarthrite, un rhumatisme et une dépression existant depuis 1995. Les rapports médicaux sollicités par l'OAI font état d'une polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée en 2013, d'un trouble dépressif chronique (CIM-10 F33.1) et d'obésité. En raison des limitations physiques liées aux problèmes rhumatologiques et des limitations psychiques liées au problème dépressif, les médecins concluent à une incapacité de travail totale, voire une capacité de travail estimée à 20-30 % au plan rhumatologique pur.

Dans son avis de synthèse, le SMR se réfère à son rapport d'examen du 3 mai 2010 établi dans le cadre de la deuxième demande de prestations et estime que la situation n'a pas véritablement changé, qu'un syndrome inflammatoire léger était déjà présent en 2010 et

que l'assurée et ses médecins n'ont apporté aucune preuve d'une aggravation objectivable, le Dr C. n'ayant en particulier pas fait parvenir les bilans biologiques ou radiologiques lui ayant permis de poser le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde.

La Cour de céans ne partage pas l'appréciation du SMR sur laquelle repose la décision attaquée. S'il est exact que le rapport du SMR mentionne la présence d'un syndrome inflammatoire modéré, il précise ensuite que "il n'y a actuellement pas de véritables éléments pour une maladie articulaire au status. ( ) Par ailleurs, l'assurée a bénéficié de tests biologiques rhumatismaux ( ) qui sont restés négatifs". D'autre part, dans le cadre de la présente procédure, le Dr C. précise que si des douleurs polyarticulaires étaient présentes de longue date, ce n'est qu'en 2013 que la présence de signes inflammatoires cliniques et biologiques a pu être constatée, cela sur la base d'un bilan clinique, biologique et radiologique. Le Dr B. confirme que le diagnostic repose sur des critères cliniques, des tests biologiques rhumatismaux et des tests radiologiques. Cela étant, la Cour de céans retient que la polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée en mars 2013 constitue une nouvelle affection et une aggravation de l'état de santé de l'assurée et qu'elle est suffisamment établie.

4.a) L'aggravation de l'état de santé de la recourante nécessite d'examiner si cette évolution a une incidence sur l'invalidité, ce qui à son tour présuppose de déterminer quelle méthode d'évaluation de l'invalidité doit trouver application.

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut se demander ce que l'assuré aurait fait 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. L'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète doit être établie au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF137 V 334cons. 3.2 et arrêt du TF du 17.02.2017 [9C\_722/2016]cons. 2.2).

b) Dans son recours, l'assurée expose qu'elle a été considérée comme ménagère depuis la naissance en 1995 de sa troisième fille, qui avait besoin d'aide et de soins en raison de son handicap. Elle relève qu'auparavant, elle avait toujours travaillé à 100 % même après la naissance de ses deux premières filles (1991 et 1993), et qu'elle aurait certainement continué à travailler si sa troisième fille n'avait pas souffert d'un handicap. La Cour de céans relève d'une part qu'il n'est pas pertinent, d'un point de vue de la détermination de la méthode d'évaluation, de savoir ce que l'assurée aurait fait si l'état de santé de sa fille avait été différent. Elle constate d'autre part que ces propos confirment indirectement que l'assurée a à juste titre été considérée comme ménagère puisqu'elle se consacrait aux soins importants et constants que nécessitait sa troisième fille. Cela étant, le point décisif pour déterminer le statut de la recourante et la méthode d'évaluation de l'invalidité qui en découle est de savoir si, depuis le dernier refus de rente, des éléments sont intervenus qui permettraient, au degré de la vraisemblance prépondérante, de retenir que l'assurée aurait repris une activité lucrative sans atteinte à la santé.

Dans le cadre de la précédente procédure ayant abouti à la décision de refus de rente du 24 septembre 2010, les médecins du SMR n'ont retenu aucun diagnostic ayant une

répercussion sur la capacité de travail, de sorte que l'état de santé de l'intéressée lui permettait de reprendre une activité lucrative. Il est compréhensible qu'elle n'en ait rien fait jusqu'au décès de sa troisième fille en février 2011 puisque "[j]usqu'en 2011, une reprise du travail n'était pas envisageable en raison des soins et de l'attention que nécessitait sa fille E.". Le dossier ne contient toutefois aucune indication que, postérieurement à ce décès et avant la nouvelle atteinte à sa santé (polyarthrite rhumatoïde) diagnostiquée au début 2013, l'intéressée aurait cherché à se réinsérer sur le marché de l'emploi ou aurait autrement manifesté sa volonté de travailler. Il s'ajoute à cela que dans le cadre de l'exercice de son droit d'être entendue sur le préavis de décision relatif à sa troisième demande de prestations, l'intéressée a insisté sur le fait qu'elle devait être considérée comme une ménagère avant de changer d'avis et d'affirmer sans autre explication dans son recours qu'elle doit être considérée comme une personne exerçant une activité lucrative.

Les éléments qui précèdent ne permettent pas de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que, sans la survenance d'une nouvelle affection à sa santé sous forme de polyarthrite rhumatoïde, l'intéressée aurait travaillé. Faute d'éléments justifiant un changement de statut, il n'y a pas lieu de modifier la méthode d'évaluation de son invalidité, invalidité qui doit ainsi être déterminée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art.28a al. 2 LAI).

5.a) L'invalidité des assurés qui se consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités qui peuvent être assimilées à une activité lucrative que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3081 et suivants de la circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (CIIAI; ATF137 V 334cons. 4.2). Par ailleurs, si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent plus de temps, il peut être exigé de l'assuré qu'il répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'il ait recours à l'aide des membres de sa famille. On peut en effet attendre des proches qu'ils apportent une aide plus large que celle qui est normalement apportée à une personne en bonne santé (ATF133 V 504cons. 4.2; Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2156 et 2157).

b) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne 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'il repose sur des erreurs (arrêt du TF du 05.03.2014 [9C\_784/2013] cons. 3.3; ATF137 V 334 cons. 4.2, 128 V 93 cons. 4).

c) Dans le cas d'espèce, l'enquête ménagère du 15 avril 2015 a été effectuée par la même collaboratrice spécialisée qui avait auparavant déjà réalisé deux autres enquêtes ménagères chez la recourante (1999 et 2009), soit une collaboratrice expérimentée et au fait tant de la situation locale et spatiale que des empêchements de la recourante qui relèvent de ses atteintes à la santé. Le rapport décrit de manière détaillée les difficultés rencontrées par l'assurée dans les différents postes de travaux relevant du ménage, la manière dont elle y fait face et l'aide qui lui est fournie par son mari, ses filles ainsi que d'autres membres de sa famille. Même si l'enquêtrice mentionne dans le cadre de ses commentaires personnels que les empêchements n'ont pas été aisés à évaluer, elle a néanmoins été en mesure de les apprécier et n'a pas formulé de réserve formelle à propos de cette évaluation. Certes, elle se demande s'il n'y aurait pas lieu de s'en tenir à une incapacité de travail à fixer par le SMR, après expertise éventuelle. Cette interrogation ne l'a toutefois pas empêchée de fixer les empêchements et elle n'enlève rien au caractère convaincant de l'évaluation effectuée, laquelle n'est du reste ni contestée par la recourante ni foncièrement mise en doute par le SMR.

d) Un empêchement de 45,5 % dans l'accomplissement des travaux habituels donne droit à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI).

6. Les considérants qui précèdent aboutissent à l'admission du recours et à l'annulation de la décision du 15 mars 2016. La cause est renvoyée à l'intimé pour détermination du moment de la naissance du droit à la rente et le montant de celle-ci, pour examen du droit éventuel à des rentes pour enfant (art. 35 LAI) et nouvelle décision sur ces points.

7. Vu l'issue du litige, l'OAI supportera les frais de la procédure (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 47 LPJA) et la recourante a droit à une indemnité de dépens. Le montant des dépens doit être défini d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). La mandataire a déposé un état de ses honoraires et frais (art. 66 al. 1 TFrais) qui se monte à un total de 2'143.05 francs correspondant à une activité de 7 heures et 48 minutes au tarif horaire de 250 francs (CHF 1'950), 34.30 francs de débours et 158.75 francs de TVA. Ce montant n'est pas excessif et correspond à l'activité exigée par la nature et la complexité de la cause (art. 61 let. g LPGA). Il peut donc être alloué.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Admet le recours.

2. Annule la décision attaquée du 15 mars 2016 et renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.

3. Met à la charge de l'intimé un émolument de décision de 400 francs et les débours par 40 francs.

4. Ordonne la restitution à la recourante de son avance de frais de 440 francs.

5. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de 2'143.05 francs à la charge de l'intimé.

Neuchâtel, le 20 juillet 2017

1L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Le Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité.

2L'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.

3Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité.

1Introduit par le ch. I de la LF du 6 oct. 2006 (5<sup>e</sup> révision AI), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2008 (RO20075129;FF20054215).2RS830.1

1Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

2De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

1La révision a lieu d'office:

a. lorsqu'en prévision de la possibilité d'une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence, ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance; ou

b. lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité.

2Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

3Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

1Nouvelle teneur selon le ch. I du R du 16 nov. 2011, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2012 (RO20115679).

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