

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2128/2023

ATAS/633/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 août 2024

Chambre 15

En la cause

A_____

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1980 en Turquie, d'origine kurde, mariée, est arrivée en Suisse le 22 novembre 2011. Elle est mère de trois enfants, nés respectivement le _____ 2004, le _____ 2007 et le _____ 2014.
- b. Le 23 mai 2022, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en invoquant une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} juin 2021 en raison de dorsalgie chronique, attaques de panique et myélopathie cervicale sévère.
- B.** a. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne totale du 24 février 2021 a conclu à la stabilité de la protrusion discale médiane et paramédiane droite en C5-C6 avec compression médullaire et signes de myélopathie, à un rétrécissement foraminaux C5-C6 droit, et à une discopathie L5-S1 avec antélisthésis de grade I et rétrécissement foraminaux bilatéral sévère prédominant à gauche.
- b. Dans un rapport du 25 février 2021, le docteur B_____, médecin chef de clinique au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a posé le diagnostic de myélopathie cervicale dégénérative due à une hernie discale au niveau C5-C6, avec souffrance de la moelle épinière en postérieure.
- c. Dans un rapport du 2 mars 2021, le professeur C_____, médecin adjoint agrégé au service de neurochirurgie des HUG, a posé le diagnostic d'anévrisme de l'artère carotide interne droite d'environ 2 mm de diamètre à contours réguliers, stable à l'imagerie de 2020. Il avait expliqué à l'assurée le caractère non agressif de cette lésion anévrismale.
- d. Dans un certificat du 16 juin 2021, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a attesté un arrêt de travail total pour cause de maladie du 1^{er} juin au 30 juin 2021 pour une durée indéterminée.
- e. Dans un certificat du 28 février 2022, le Dr D_____ a attesté un arrêt de travail total pour cause de maladie du 1^{er} au 31 mars 2022 pour une durée indéterminée, qu'il a prolongé le 17 mars 2022 jusqu'au 30 avril 2022, et le 11 mai 2022 jusqu'au 31 mai 2022 pour une durée indéterminée.
- f. Dans un rapport non daté reçu par l'OAI le 23 mai 2022, Madame E_____, psychologue-psychothérapeute, responsable de la Consultation pour victimes de torture et guerre (CTG) aux HUG, a indiqué que l'assurée était suivie depuis le 19 juin 2014, dans le contexte d'attaques de panique et crises d'angoisse, survenues pour la première fois en 2012 à la suite du décès de son neveu qui était malade. L'assurée décrivait le sentiment d'avoir la poitrine serrée, des vertiges, des tremblements dans tout le corps et des palpitations. Par la suite, elle avait

développé des crises d'angoisse liées aux événements d'actualité (guerre en Syrie, tragédies en Turquie, maladies ayant affecté la famille et des amis). À l'âge de 13 ans, à l'insu de ses parents, l'assurée avait rejoint un groupe armé dont le but était la création d'un État kurde indépendant. Elle avait activement participé au combat. Elle avait quitté ce groupe, avec son mari, également combattant, pour fonder une famille. Actuellement, lorsqu'elle pensait à cette époque, elle avait peur de la mort. En février 2022, elle se plaignait de problèmes de sommeil importants. Un traitement médicamenteux lui avait été prescrit (Atarax). Elle le supportait bien et elle continuait à le prendre.

g. Dans un rapport du 16 juin 2022, le Dr D_____ a mentionné qu'il suivait l'assurée, qui était une femme au foyer, depuis 2020. Le dernier contrôle remontait au 11 mai 2022. Jusqu'à ce jour, l'évolution de l'incapacité de travail attestée médicalement était de 100%. Le médecin a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de myélopathie cervicale. Aux questions de savoir combien d'heures de travail par jour on pouvait raisonnablement attendre de la patiente dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, et dans quelle mesure la patiente était limitée dans l'accomplissement des tâches ménagères, le médecin a répondu qu'il n'était pas en mesure de répondre.

h. Par avis du 26 juillet 2022, le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a relevé, sur la base des pièces au dossier, que l'anévrisme de l'artère carotide interne droite, de découverte fortuite, était asymptomatique, avec un diamètre de 2 mm, au bénéfice d'un suivi radiologique, sans effet incapacitant. En ce qui concernait les troubles dégénératifs du rachis cervical, avec notamment une protrusion discale C5-C6 avec compression médullaire d'allure séquellaire, postérieure, stable, une proposition neurochirurgicale avait été proposée à laquelle l'assurée n'avait pas donné suite. Le médecin de famille retenait ce diagnostic comme incapacitant, possiblement depuis juin 2021. Toutefois, il n'était pas en mesure de relater les limitations fonctionnelles qui en découlaient ni de donner son appréciation de la capacité de travail dans une activité habituelle et/ou dans une activité adaptée. S'agissant des troubles dégénératifs du rachis lombaire avec notamment une discopathie L5-S1 et un rétrécissement foraminaux bilatéral plus sévère à gauche, les neurochirurgiens ne retenaient pas d'indication chirurgicale. Des lombosciatalgies fluctuantes S1 à gauche non déficitaires avaient été retenues, sans traitement antalgique d'office. La psychologue faisait état d'une dysthymie avec reviviscences angoissantes. Cependant, il n'y avait pas sur le plan médical un diagnostic ni des limitations fonctionnelles reconnues. Sur cette base, le SMR a admis, à titre d'atteintes à la santé incapacitantes, la myélopathie cervicale postérieure et la discopathie lombaire L5-S1. La capacité de travail exigible était de 100% dans l'activité habituelle de femme au foyer ainsi que dans une activité adaptée, dès le mois de juin 2021. Les limitations fonctionnelles étaient : épargne du rachis « en toto », pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de mouvements répétés en flexion-extension et/ou rotation du rachis, pas de

microtraumatismes du rachis (sollicitations par marteaux piqueurs, etc.), pas de travaux en hauteur (en raison d'une possible instabilité posturale). Une baisse de rendement de 10-20% était à prévoir sur la composante algique (aléatoire).

i. Dans une note du 5 août 2022, l'OAI a retenu le statut de ménagère. L'assurée était arrivée en Suisse en 2011 et n'avait jamais travaillé, ni même avant l'atteinte à la santé.

j. Le 3 novembre 2022, en conclusion du rapport d'enquête économique sur le ménage, il était établi un empêchement sans exigibilité de 15.50% respectivement de 0% avec exigibilité des membres de la famille (époux et trois enfants de 8, 15 et 18 ans).

k. Dans un projet de décision du 8 novembre 2022, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il entendait rejeter la demande de prestations. Il reconnaissait l'existence d'une atteinte à la santé incapacitante dès le 1^{er} juin 2021, début du délai d'attente d'un an. L'assurée, personne non active consacrant tout son temps à ses travaux habituels, ne présentait pas d'empêchement dans la sphère ménagère selon l'enquête ménagère réalisée. Un taux inférieur à 40% n'ouvrait pas de droit à des prestations sous forme de rente.

l. Par courrier du 28 novembre 2022, l'assurée a contesté ce projet de décision. Elle n'avait pas été en mesure de travailler en raison de sa santé physique et psychologique, et non pas par convenance personnelle. L'enquêtrice ne parlait qu'en français. L'assurée n'avait pas compris les questions et elle pense que son interlocutrice n'avait pas compris les réponses. Plusieurs données ne figuraient pas dans le rapport et certaines n'étaient pas justes. Par exemple, elle présentait des limitations psychiatriques et elle avait déclaré à l'enquêtrice être suivie en psychiatrie aux HUG depuis 2012, mais ces informations n'étaient pas mentionnées. La CTG des HUG pouvait renseigner à ce sujet. L'assurée sollicitait également que le département de chirurgie des HUG fournisse des informations complémentaires sur ses atteintes lombaires.

L'assurée a joint un certificat du 27 avril 2012 du docteur F_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, faisant état de lombalgies chroniques sur une dégénérescence discale lombosacrée, responsables d'une diminution de son endurance pour les positions prolongées assises et debout et pour le port de charges.

m. Par décision du 30 mai 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en l'absence d'élément nouveau permettant de remettre en question la capacité de travail exigible.

C. a. Par acte du 26 juin 2023, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), en concluant implicitement à son annulation.

Elle a fait valoir que ses problèmes psychologiques n'avaient pas été pris en compte.

Elle a produit en sus une IRM lombo-sacrée du 13 juin 2023, mettant en évidence une accentuation du pincement de l'espace intersomatique L5-S1 et l'apparition d'un petit kyste arthro-synovial infracentimétrique jouxtant la partie postéro-inférieure de l'articulaire postérieure L4-L5 gauche, sans évolution significative par rapport aux images de l'IRM lombaire comparative de février 2021.

b. Le 21 juillet 2023, la chambre de céans a réceptionné un rapport du 20 juillet 2023 signé par la docteure G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin cheffe de clinique à la CTG des HUG, et E_____, qui reprenait la teneur du rapport qui avait été établi par cette psychologue, non daté, reçu par l'OAI le 23 mai 2022 (déjà cité), et ajoutait, à titre de traitements psychotropes, l'Escitalopram en sus de l'Atarax, et à titre de diagnostics, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, sans symptômes psychotiques (6A71.1) ainsi qu'un trouble de stress post-traumatique complexe (6B41). Les limitations fonctionnelles étaient : diminution de la concentration et de l'attention avec impact au niveau mnésique, asthénie, fatigue et basse tolérance au stress.

c. Dans sa réponse du 25 juillet 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Sur le plan médical, les médecins de la recourante mettaient en évidence des troubles du rachis nécessitant des limitations en lien avec l'épargne du rachis lombo-cervical. Sur le plan psychologique, la psychologue traitante décrivait une dysthymie sans préciser les limitations fonctionnelles, dans un rapport reçu par l'OAI le 23 mai 2022. L'assurée n'avait pas travaillé sur sol helvétique depuis son arrivée en 2011, de sorte qu'un statut de personne se consacrant à la tenue du ménage avait été retenu. Lors de l'enquête à domicile, elle avait confirmé qu'elle voulait se focaliser sur son milieu familial. Ainsi, l'invalidité avait été évaluée selon l'impact de ses atteintes à la santé sur la tenue de son ménage. Un empêchement sans exigibilité de 15.5% avait été retenu, compensé par l'exigibilité des membres de la famille. Les pièces médicales produites par la recourante étaient déjà connues et prises en compte dans l'évaluation.

d. Quant au rapport du 20 juillet 2023 précité, l'intimé s'est rapporté à l'avis du SMR du 3 août 2023 dans lequel ce dernier remarquait l'absence d'un examen clinique en bonne et due forme et de la signalisation de la fréquence du suivi et l'observance thérapeutique. La Dre G_____ ne s'était pas prononcée sur la capacité de travail et l'enquêtrice n'avait pas mis en évidence d'empêchements liés à un trouble psychologique ou aux limitations fonctionnelles retenues par la Dre G_____. Selon les dires de la recourante, cette dernière avait fait le choix d'être mère au foyer. Elle pouvait s'occuper correctement de l'éducation de ses enfants et de la gestion du ménage (faire les courses, se déplacer en prenant les transports publics, etc.), alors que les démarches administratives avaient en revanche toujours été effectuées par l'époux. Au vu de ces éléments, le rapport

médical du 20 juillet 2023 n'était pas de nature à modifier son appréciation du cas. Les conclusions de l'enquête ménagère étaient en adéquation avec les diagnostics retenus et les limitations fonctionnelles objectivées.

e. Dans une écriture postée le 29 août 2023, la recourante a déclaré qu'elle suivait des cours pour apprendre le français, mais qu'elle rencontrait des problèmes de concentration et d'oubli. Ses lettres étaient rédigées par des tiers auxquels elle ne voulait pas forcément raconter sa situation. Elle a répété que ses atteintes à la santé l'avaient empêchée de travailler. Elle estimait que son cas n'était pas suffisamment instruit sur le plan médical et a reproché à l'intimé de ne pas avoir demandé des informations complémentaires aux HUG. Elle a sollicité une expertise psychiatrique judiciaire.

f. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimé pour information.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 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.

1.3 Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

1.4 Bien que l'acte du 26 juin 2023 ne contienne pas de conclusions expresses, on comprend que l'assurée a formé un recours contre la décision du 30 mai 2023, en arguant que son atteinte psychique n'avait pas été prise en considération dans l'évaluation de son invalidité, et qu'elle souhaite obtenir une rente d'invalidité. Cet acte de recours, rédigé par une justiciable non représentée par un avocat, satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. ATAS/292/2022 du 28 mars 2022 consid. 4.1).

Interjeté par ailleurs dans le délai prévu par la loi, le recours sera déclaré recevable.

2.

2.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

2.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en novembre 2022, soit six mois après le dépôt de la demande du 23 mai 2022 (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3. Le litige porte sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité.

4.

4.1 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, mentale ou psychique 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).

4.2 A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

5.

5.1 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 du règlement sur l'assurance invalidité du 17 janvier

1961 [RAI - RS 831.201]). 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 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 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).

5.2 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 144 I 28 consid. 2.3 et les références ; 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 125 V 146 consid. 2c et les références).

6.

6.1 Selon l'art. 28a al. 1 1^{re} phrase LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA, aux termes duquel 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.

6.2 Selon l'art. 28a al. 2 LAI, le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels.

Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI ; ATAS/846/2023 du 2 novembre 2023 consid. 7.4).

Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, on entend leur activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportée aux proches (art. 27 RAI).

6.3 Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; ATAS/750/2019 du 26 août 2019 consid. 7).

7.

7.1 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).

7.2 L'évaluation de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels nécessite l'établissement d'une liste des activités 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, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération. En vertu du principe général de l'obligation de diminuer le dommage, l'assuré qui n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. La jurisprudence 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. En ce sens, la reconnaissance d'une atteinte à la santé invalidante n'entre en ligne de compte que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies le sont par des tiers contre rémunération ou par des proches et qu'elles constituent à l'égard de ces

derniers un manque à gagner ou une charge disproportionnée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.2 et les références).

7.3 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 140 V 543 consid. 3.2.1 et ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 publié *in* VSI 2003 p. 221 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et I.733/06 du 16 juillet 2007).

Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral I.308/04 et I.309/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.1).

En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_657/2021 du 22 novembre 2022 consid. 5.1 et la référence).

8.

8.1 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).

8.2 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8.3 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

9.

9.1 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 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les

références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

9.2 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 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).

10.

10.1 En l'occurrence, en ce qui concerne le statut non-actif de la recourante retenu par l'intimé, il n'est pas contestable que celle-ci n'a jamais exercé une activité lucrative. Il ressort du dossier que la recourante est arrivée en Suisse le 22 novembre 2011 en tant que réfugiée. Le 17 novembre 2020, elle a été mise au bénéfice d'une autorisation B et était habilitée à travailler dans toute la Suisse (dossier intimé p. 19). S'il est vrai que, dans un certificat du 27 avril 2012, les HUG ont fait état de lombalgies chroniques sur une dégénérescence discale lombosacrée, ce n'est qu'à compter du 1^{er} juin 2021 que la recourante a présenté une atteinte à la santé incapacitante, ainsi que cela ressort du certificat de son médecin généraliste du 16 juin 2021. C'est dire qu'à une époque où la recourante, âgée seulement de 40 ans, était en mesure de travailler (fin 2020), elle n'a effectué aucune démarche en vue de trouver un emploi lucratif. À cette époque, l'âge des trois enfants (entre 6 et 15 ans) était compatible avec l'exercice d'une activité, au moins, à temps partiel. Certes, la recourante n'a suivi aucune formation professionnelle et ne maîtrise pas le français. Ceci étant, le domaine des emplois non qualifiés ne nécessite ni formation ou expérience professionnelle spécifique ni la bonne maîtrise d'une langue nationale. Dans ces circonstances, il y a lieu de confirmer que la recourante, en tant que femme au foyer (dossier intimé p. 57), a

le statut d'une personne non active consacrant son temps aux travaux habituels (ménagers).

Aussi ses empêchements d'accomplir les travaux habituels doivent-ils être évalués au moyen de la méthode spécifique. Dans ce cadre, c'est le lieu de rappeler que la personne qualifiée en charge de l'enquête économique sur le ménage doit avoir connaissance non seulement de la situation locale et spatiale de l'assurée, mais aussi des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Or, l'évaluation de l'invalidité de la recourante n'a pas été effectuée sur la base d'une connaissance approfondie de sa situation médicale, pourtant requise pour déterminer ses empêchements d'accomplir les travaux ménagers (dans ce sens : ATAS/446/2021 du 12 mai 2021 consid. 6).

En effet, l'enquêtrice a fait mention, au titre des atteintes à la santé, d'une myélopathie cervicale postérieure et d'une discopathie lombaire L5-S1. S'agissant des limitations fonctionnelles (somatiques), elle a rappelé celles retenues par le SMR dans son avis du 26 juillet 2022 (dossier intimé p. 86 et 73). Or, force est de constater que le SMR, dans ce document, a posé de nouvelles conclusions médicales, ce qu'il ne peut pas faire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2), puisqu'il a, lui-même, apprécié la capacité de travail de la recourante et énuméré des limitations fonctionnelles dont aucun médecin ayant vu la recourante n'a fait état.

Sous l'angle somatique, certes, le 16 juin 2022, le médecin-traitant généraliste a répondu dans le questionnaire préétabli par l'OAI qu'il n'était pas en mesure d'indiquer les limitations fonctionnelles de la recourante, y compris dans l'accomplissement des tâches ménagères. Dans cette situation, l'intimé aurait dû instruire le dossier (art. 43 LPGA) en s'enquérant, par exemple, auprès des spécialistes ayant suivi la recourante au service de neurochirurgie des HUG. Dans la mesure où l'intimé ne leur avait pas envoyé son questionnaire préétabli sur l'état de santé ainsi que les répercussions sur la capacité de travail, aucun médecin des HUG ayant examiné la recourante n'a émis un avis sur les questions ici pertinentes (capacité de travail résiduelle, limitations fonctionnelles y compris dans la sphère ménagère).

De plus, il s'avère que la recourante présente également des troubles psychiatriques, attestés par la Dre G_____ dans un rapport du 20 juillet 2023. Dans son avis du 3 août 2023, le SMR reproche à cette psychiatre notamment de ne pas s'être prononcée sur la capacité de travail. Or, à nouveau, l'intimé n'a pas instruit le dossier, puisqu'aucun questionnaire préétabli sur l'état de santé, ainsi que les répercussions sur la capacité de travail et les limitations y compris dans la sphère ménagère n'avait été soumis à la psychiatre. Dans cet avis, le SMR remarque que l'enquêtrice n'a pas mis en évidence d'empêchement lié à un trouble psychologique. Or, la recourante déclare avoir évoqué à l'enquêtrice ses troubles psychiques. En définitive, il s'avère nécessaire qu'en présence de telles

pathologies, un psychiatre soit associé à l'évaluation de l'impact des troubles en question sur la capacité de la recourante d'accomplir ses travaux habituels.

Qui plus est, l'enquête ménagère a été réalisée sans le concours d'un interprète (dossier intime p. 86), alors que la recourante ne maîtrise pas bien le français, que lors de ses consultations médicales, elle était assistée d'un traducteur (dossier intime p. 8, 9, 66), et que lors d'un entretien téléphonique avec l'intimé le 25 mai 2023, il a été relevé que la recourante « ne parlait pas très bien [le] français » et qu'il était « très dur de se faire comprendre » (dossier intime p. 136).

10.2 Pour ces motifs, le rapport d'enquête économique sur le ménage ne peut pas se voir reconnaître une valeur probante suffisante.

- 11.** Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 30 mai 2023 et de renvoyer la cause à l'intimé pour que la situation médicale de la recourante soit instruite dûment tant sur le plan somatique que psychique et qu'ensuite une nouvelle enquête économique sur le ménage soit réalisée avec la présence d'un interprète.

Aussi est-il superflu de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

- 12.** Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 30 mai 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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.

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Marine WYSSENBACH

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le