

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3408/2016

ATAS/502/2017

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 20 juin 2017**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER  
FÜLLEMANN

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria Esther SPEDALIERO et Anny  
SANDMEIER, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née B\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 1972 à Lucerne (LU), a vécu de 1988 à 1994 puis de 1996 à 2001 en Tunisie, où, en 1990, elle a épousé Monsieur A\_\_\_\_\_, alors ressortissant tunisien (qui sera naturalisé suisse en 2004). Le couple aura cinq enfants, nés respectivement en 1991, 1992, 1997, 2003 et 2007. La famille s'est installée en Suisse, dans le canton de Genève, en 2001. Après sa scolarité obligatoire (six ans d'école primaire et trois ans d'école secondaire), l'assurée n'avait pas acquis de formation professionnelle.
2. Le 22 mars 2006, l'assurée a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en raison d'un état dépressif profond et d'un trouble du comportement dont elle indiquait souffrir depuis 1998. Elle avait été suivie médicalement par la docteure C\_\_\_\_\_ de la Permanence Cornavin SA depuis 2004, le docteur D\_\_\_\_\_ de la clinique de psychiatrie de mai à décembre 2005 et par le docteur E\_\_\_\_\_ de la clinique de psychiatrie depuis janvier 2006.
3. D'après un rapport médical du 2 mai 2006 de la Dre C\_\_\_\_\_, l'assurée souffrait, avec effet sur sa capacité de travail, d'une pathologie psychiatrique apparue une quinzaine d'années plus tôt. Son incapacité de travail était totale. Elle n'avait jamais exercé d'activité professionnelle. Aucune activité n'était envisageable.
4. Dans un rapport des 9 et 10 mai 2006, le Dr E\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épisodes dépressifs moyens (F32.1) et de troubles mixtes de la personnalité (F61.0), depuis 1998 dans les deux cas. L'assurée n'avait pas exercé de travail depuis de nombreuses années (ayant antérieurement travaillé pour son mari sans contrat). Le pronostic était incertain ; l'exercice d'un travail à temps partiel, le cas échéant au bénéfice de mesures (sous-entendu de l'AI), pourrait éventuellement l'aider à améliorer sa thymie. Des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale n'influençaient pas ses troubles psychiques ; ceux-ci n'étaient induits par un surmenage ou un milieu défavorable, et ils n'étaient pas réactionnels à des événements de vie adverses. Son incapacité de travail était due à ses affections psychiques ; elle restait difficile à évaluer, se situait entre 50 et 100 % et pourrait être améliorée par des mesures de réhabilitation. L'assurée n'était pas en mesure, en l'état, de reprendre une activité professionnelle, mais ultérieurement une activité professionnelle à temps partiel pourrait avoir un effet thérapeutique et réorganisateur du quotidien. Un examen médical complémentaire semblait nécessaire pour préciser la nature exacte de l'incapacité de travail alors actuelle.
5. À teneur d'un avis médical du 3 octobre 2006 du docteur F\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : OAI), l'assurée avait le statut de ménagère à 100 %, mais pour la détermination de ses empêchements ménagers, une enquête sur les activités ménagères n'était pas un moyen de preuve adéquat dès lors que les empêchements résultaient de troubles psychiques ; c'était au psychiatre de se prononcer à leur propos. Il fallait donc inviter le Dr E\_\_\_\_\_ à indiquer si et le cas

échéant quels empêchements l'assurée avait dans ses activités ménagères en raison de son atteinte psychiatrique, en les estimant en pourcents.

Répondant le 13 octobre 2006 à ces questions de l'OAI, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée ne présentait pas d'empêchements dans ses activités ménagères en raison de son atteinte psychiatrique.

Le Dr F\_\_\_\_\_ du SMR a alors émis l'avis, le 13 novembre 2006, qu'une enquête ménagère était superflue et que les renseignements médicaux permettaient de conclure sans aucun doute à l'absence d'invalidité.

6. Par un projet de décision du 20 novembre 2006, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations de l'AI. Sans atteinte à sa santé, l'assurée aurait continué à exercer son activité de femme au foyer ; elle avait le statut de ménagère. Il ressortait des renseignements médicaux qu'elle ne présentait pas d'empêchements dans ses activités ménagères en raison de son atteinte à la santé. Son taux d'invalidité était nul. Elle disposait de trente jours pour faire part à l'OAI de ses objections à l'encontre de ce projet de décision ou demander des renseignements complémentaires.
7. Par recommandé du 5 janvier 2007, désormais représentée par l'Association suisse des assurés (ci-après : ASSUAS), l'assurée a contesté ce projet de décision et demandé l'octroi d'une rente d'invalidité, demandant à pouvoir développer son argumentation une fois qu'elle aurait reçu copie de son dossier (requis par courrier du 21 décembre 2006).
8. Le 8 janvier 2007, l'OAI a demandé au Dr E\_\_\_\_\_ de lui indiquer si l'assurée serait capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée, dans la négative pourquoi, à quel taux et à partir de quelle date.

En réponse à cette demande, le 17 janvier 2007, la docteure G\_\_\_\_\_, du secteur 4-Pâquis du service de psychiatrie adulte des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a informé l'OAI que les moyens thérapeutiques concernant la difficulté psychiatrique de l'assurée n'étaient pas encore épuisés, et que, deux à trois mois plus tard, elle pourrait répondre plus précisément aux questions posées.

Le 19 septembre 2007, en réponse à une relance de l'OAI faite le 31 août 2007, la docteure H\_\_\_\_\_ du secteur 4-Pâquis du service de psychiatrie des HUG a informé l'OAI qu'elle ne pouvait répondre à ses questions sur la capacité de travail de l'assurée, cette dernière n'étant plus suivie à ladite consultation depuis décembre 2006.

D'après une note du 5 octobre 2007 du docteur I\_\_\_\_\_ du SMR, l'avis précité du 13 novembre 2006 du Dr F\_\_\_\_\_ restait pleinement valable. Selon le rapport du 10 mai 2006 des HUG, on pouvait retenir, à titre de limitations fonctionnelles, que l'assurée ne devait pas se voir confier de responsabilité importante et ne pouvait supporter qu'un stress modéré. Dans ces limites, sa capacité de travail était entière dans toute activité. L'assurée n'avait en l'état pas de suivi psychiatrique.

- 
9. Par décision du 9 octobre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, pour l'essentiel dans les termes et pour les motifs du projet de décision précité, avec l'ajout qu'en procédure d'audition, l'assurée n'avait apporté aucun élément susceptible d'influencer son droit à des prestations de l'AI et qu'il était ressorti qu'elle n'était plus suivie aux HUG pour ses problèmes de santé depuis décembre 2006. Recours pouvait être formé contre cette décision dans un délai de trente jours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales.
  10. L'assurée n'a pas contesté cette décision de refus de prestations de l'AI.
  11. Plus de huit ans plus tard, en date du 2 février 2016, l'assurée a saisi l'OAI d'une nouvelle demande de prestations de l'AI, se disant en incapacité totale de travail depuis janvier 2014. Elle était mère au foyer. Comme atteinte à la santé, elle indiquait avoir une douleur invalidante dans les jambes et les mains depuis environ quatre ans. Elle était suivie par le docteur J\_\_\_\_\_, généraliste.

En annexe à sa demande figuraient :

- une attestation établie le 25 juillet 2001 par A\_\_\_\_\_, aux termes de laquelle l'assurée avait été employée au sein de son établissement (marché de gros de poissons en Tunisie) du 1<sup>er</sup> janvier 1997 au 30 juin 2001 ;
  - un rapport d'imagerie médicale du 6 janvier 2016 du docteur K\_\_\_\_\_, relatif à des radiographies de la colonne lombaire (relevant une attitude scoliothique à convexité gauche avec une lordose physiologique conservée, une cunéisation des vertèbres dorsales inférieures surtout en D12 et L1 avec herniations intra-spongieuses traduisant des séquelles d'une maladie de Scheuermann, une discopathie modérée D11-D12, D12-L1 et L1-L2 avec bec ostéophyttaire antérieur et marginal gauche en L1, une apophyse costiforme de L1 à gauche, une ostéophytose antérieure en L4-L5 sans discopathie des espaces intersomatiques L4-L5 et L5-S1, un angle lombo-sacré dans les limites de la norme mesurant 33.6°, une discrète sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures) du bassin (relevant des articulations sacro-iliaques d'épaisseur normale, un épaulement au niveau des cols fémoraux à prédominance gauche sans pincement significatif, des têtes fémorales de sphéricité conservée, une calcification de l'insertion du tendon fessier moyen droit sur le grand trochanter dans le cadre de la tendinopathie calcifiante, une discrète bascule du bassin en défaveur de la droite de 3 mm par rapport au côté gauche non significative, des zones de liponécrose dans les régions fessières) et des mains (relevant un signe de rhizarthrose sous forme de pincement sévère trapézo-métacarpien avec ostéophytose marginale, sclérose de part et d'autre, pas de calcification des ligaments triangulaires, un raccourcissement des IV et V métarpes ddc [variante], pas d'érosion osseuse marginale).
12. À teneur d'une attestation du 22 février 2016 à l'adresse de l'OAI, le Dr L\_\_\_\_\_ indiquait que l'assurée était en traitement chez lui depuis une dizaine d'années et était suivie en l'état pour des algies diverses (plus particulièrement des dorso-

lombalgies chroniques et invalidantes), une polyarthrite chronique évoluant depuis cinq années, une rizarthrose des deux côtés (motivait un arrêt complet d'activité dans 80 % du temps et s'aggravait malgré les traitements instaurés depuis quatre ans) et des paresthésies douloureuses rendant le repos aléatoire et aggravant la situation. L'assurée devrait cesser toute activité aggravant les rizarthroses car les immobilisations et les infiltrations n'avaient pas donné les rémissions escomptées. Elle avait toujours gardé l'espoir de retrouver une activité malgré son incapacité de travail depuis janvier 2014. Ledit médecin se disait convaincu que l'assurée devrait être mise au bénéfice d'une rente d'invalidité afin d'avoir une chance de stabiliser les affections qu'elle présentait, envisager une activité ménagère minimale et éviter une prise en charge plus lourde.

13. Le 26 février 2016, le docteur M\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée était rendu plausible et qu'il fallait demander au Dr L\_\_\_\_\_ un rapport initial décrivant bien les limitations fonctionnelles et depuis quand l'atteinte à la santé était invalidante.
14. D'après le rapport adressé le 23 mars 2016 à l'OAI par le Dr L\_\_\_\_\_, l'assurée avait une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et de 30 % dans une activité adaptée, ses limitations fonctionnelles consistant en des douleurs invalidantes dans le dos et les mains. Elle avait, de façon impactant sa capacité de travail depuis 2004, des lombalgies et une paresthésie des membres inférieurs ainsi que des cervicalgies et une paresthésie des membres supérieurs, ainsi que, sans effet sur la capacité de travail, une fibromyalgie. Le pronostic était négatif ; aucune recommandation n'était émise pour une thérapie future, « tout (ayant été) épuisé ». À la question de savoir si l'assurée avait une incapacité de travail, ledit médecin a répondu à la fois « aucune mère au foyer » et « 100 % de 2004 à ce jour » ; concernant l'activité exercée et les limitations, il a indiqué « travail courant impossible » ; l'activité exercée n'était plus exigible d'un point de vue médical ; son rendement était réduit en raison de ses douleurs dans les deux bras et les deux jambes. Aucune activité n'était adaptée à son handicap. Les restrictions énumérées ne pouvaient être réduites par des mesures de réadaptation. On ne pouvait s'attendre ni à une reprise d'activité, ni à une amélioration de la capacité de travail. Au titre des activités exigibles, ledit médecin n'a retenu que celles pouvant être exercées dans différentes positions, biffant toutes les autres (uniquement en position assise ou debout, principalement en marchant, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en devant faire des mouvements de rotation en position assise ou debout, soulever des poids, monter sur une échelle ou un échafaudage, monter les escaliers) ; elle avait des attelles aux deux mains ; ses capacités de concentration et de compréhension et son aptitude à se déplacer n'étaient pas limitées, mais ses capacités d'adaptation et de résistance l'étaient en raison d'une fibromyalgie et d'un état dépressif ; toutes ces restrictions étaient valables depuis 2014.

15. Le 21 avril 2016, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'atteinte à la santé dont souffrait l'assurée était invalidante depuis 2014. La fibromyalgie limitait les activités, les dorso-lombalgies et cervicalgies ne permettaient pas une activité rentable et la double rizarthrose rendait l'usage des mains difficile.
16. Le 18 mai 2016, le Dr M\_\_\_\_\_ du SMR a retenu que, depuis 2014, l'état de santé de l'assurée s'était détérioré avec une polyarthrite chronique, des dorso-lombalgies chroniques, une rizarthrose des deux côtés, et que les limitations fonctionnelles consistaient à ne pas devoir porter de charges, ne pas devoir faire un travail fin avec les mains, une fatigue, et de travailler dans différentes positions.
17. À teneur d'une note de l'OAI du 20 mai 2016, l'assurée avait le statut de ménagère, comme lors de sa première demande de prestations ; dans sa seconde demande de prestations, elle avait indiqué être « mère au foyer » depuis 2001 et l'extrait de son compte individuel ne comportait plus aucune écriture depuis 2007. L'OAI délivrait un mandat d'enquête ménagère afin d'évaluer ses empêchements dans ses travaux habituels.
18. En date du 21 juin 2016, une enquêtrice de l'OAI, Madame N\_\_\_\_\_, a procédé à une enquête économique sur le ménage de l'assurée, au domicile de cette dernière, durant une heure trente-cinq minutes. À teneur de son rapport du 27 juin 2016, les atteintes à la santé de l'assurée étaient celles précitées retenues par le SMR ; l'assurée portait des attelles aux deux mains, qu'elle enlevait pour les soins d'hygiène et pour cuisiner. De l'entretien est résulté que l'assurée n'avait pas de formation professionnelle, qu'en juin 1995 elle avait travaillé auprès de O\_\_\_\_\_ SA à Écublens (VD), de juin 1995 à août 1996 à temps partiel comme caissière à R\_\_\_\_\_ de S\_\_\_\_\_ (VD), puis, après son installation en Tunisie avec sa famille, de janvier 1997 à juin 2001 comme secrétaire de l'entreprise de marché de gros de son beau-père, P\_\_\_\_\_, quatre à cinq heures par jour du mardi au samedi. Depuis son retour en Suisse en juillet 2001, elle n'avait plus exercé d'activité lucrative, ayant fait le choix d'être mère au foyer après avoir fait des recherches d'emploi comme caissière à temps partiel et s'être inscrite au chômage entre 2001 et 2002 et avoir eu son quatrième enfant en 2003 ; une fois que son cinquième enfant, né en 2007, avait eu neuf ans, elle s'était demandée si elle allait reprendre ou non un emploi, au maximum à 50 %, afin de participer au revenu du ménage, son mari travaillant à 50 % pour un salaire mensuel de CHF 2'000.-, mais elle avait fait le choix de rester mère au foyer, car travailler à mi-temps ne lui aurait rien rapporté compte tenu des frais liés à la nécessité d'avoir une garde d'enfants, aux cuisines scolaires et au parascolaire, et il était déjà difficile de s'occuper d'une famille de cinq enfants alors âgés de 9 à 25 ans ; elle n'avait fait aucune recherche d'emploi depuis 2003. Son mari avait une demande de rente d'invalidité de l'AI en cours d'examen. La famille, composée de sept personnes, n'avait pas droit à des prestations de l'Hospice général, car elle comportait des adultes pouvant subvenir à leurs besoins (l'un des trois alors adultes travaillait comme agent de sécurité pour un salaire mensuel de CHF 3'900.-, le second était au chômage et le troisième au bénéfice de

prestations sociales). la famille habitait un appartement de six pièces, bien équipé, à proximité des commerces et des transports publics.

L'assurée présentait les empêchements et exigibilités suivants pour l'accomplissement des tâches ménagères :

Champs d'activité	Pondération	Empêchement brut	Exigibilité	Empêchement pertinent	Empêchement pondéré
Conduite du ménage	5 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Alimentation	36 %	40 %	40 %	0 %	0 %
Entretien du logement	15 %	60 %	52 %	8 %	1.2 %
Emplettes et courses diverses	6 %	10 %	10 %	0 %	0 %
Lessive et entretien des vêtements	15 %	30 %	30 %	0 %	0 %
Soins aux enfants et aux autres membres de la famille	20 %	10 %	10 %	0 %	0 %
Divers	3 %	30 %	20 %	10 %	0.3 %
Totaux	100 %	---	---	---	1.5%

Sans exigibilité, l'empêchement pondéré total serait de 31.4 %. Avec exigibilité, il était de 1.5 %. Le total de l'exigibilité retenue était de 29.9 %.

19. Par un projet de décision du 29 juin 2016, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser une rente d'invalidité. Elle avait le statut d'une personne se consacrant complètement à ses travaux habituels, pour l'accomplissement desquels elle présentait un empêchement de 1.5 %, déterminant son degré d'invalidité. Celui-ci, inférieur à 40 %, n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Elle disposait de trente jours pour communiquer à l'OAI ses objections à l'encontre de ce projet de décision ou demander des renseignements complémentaires.
20. Par recommandé du 18 août 2016, l'assurée a fait part à l'OAI de son désaccord avec ce projet de décision. Une erreur avait dû se glisser dans le compte-rendu de l'enquêtrice, qui avait pu constater sur place combien ses pathologies visiblement douloureuses et invalidantes l'empêchaient d'assurer les tâches les plus simples de « mère à domicile ». Ses douleurs dorsales s'aggravaient depuis plusieurs années, ne lui permettant pas de garder une même position plus d'une heure. Ses grosses

articulations étaient limitées par les douleurs, malgré des traitements toujours plus forts. Les douleurs irradiantes dans les deux mains lui rendaient toute manutention impossible, et celles dans les bras et les jambes perturbaient son sommeil toutes les nuits, amoindrissant sa résistance. Depuis un an, elle se posait quotidiennement la question « d'une solution radicale », et seule la pensée de sa famille la retenait. Seule une reprise d'activité, lui étant cependant impossible, permettrait d'améliorer la situation de la famille.

21. Par décision du 9 septembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, pour l'essentiel dans les termes et pour les motifs du projet de décision précitée, avec l'ajout qu'il avait tenu compte, suite à l'enquête effectuée à son domicile, de l'aide exigible de la part des membres de sa famille et de ses limitations fonctionnelles liées à ses atteintes à la santé. Les arguments qu'elle avait avancés en procédure d'audition ne permettaient pas de modifier sa précédente appréciation. Recours pouvait être formé dans les trente jours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.
22. Par acte du 7 octobre 2016, désormais représentée par une avocate (qui avait eu accès au dossier la veille), l'assurée a fait d'une déclaration de recours à l'encontre de la décision précitée, en concluant préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours et, au fond, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Lors de l'enquête à domicile, il n'avait pas été tenu compte correctement de ses limitations fonctionnelles et de son atteinte psychique.
23. Par mémoire du 9 novembre 2016, l'assurée a complété son recours. Elle contestait avoir le statut d'une ménagère ; elle avait voulu reprendre un travail à 50 % lorsque son fils cadet avait sept ans, vu la situation financière de la famille, mais son état de santé ne le lui avait pas permis ; le Dr L\_\_\_\_\_ l'attestait. L'ensemble de ses atteintes à la santé n'avait pas été suffisamment pris en compte dans le cadre de l'enquête ménagère, notamment son état dépressif. Elle ne pouvait pas compter sur l'aide de son entourage. Elle demandait une expertise médicale pour déterminer les conséquences de ses problèmes de santé sur sa capacité de travail. En annexe à son complément de recours, elle produisait :
  - des commentaires rédigés par elle-même concernant le rapport d'enquête ménagère, qu'elle estimait incomplet, incorrect, bâclé, ne tenant pas compte de ses difficultés et douleurs physiques permanentes (aux mains, au dos, aux jambes, aux pieds) et psychologiques ;
  - une attestation du 29 septembre 2016 du Dr L\_\_\_\_\_, répétant que l'assurée souffrait, depuis 2015, de dorso-lombalgies chroniques et invalidantes, d'une polyarthrite chronique évoluant depuis cinq années, d'une rizarthrose des deux côtés motivant un arrêt complet d'activité dans 80 % du temps ; en janvier 2014, n'ayant plus d'aide de sa propre famille et n'ayant plus les moyens de rester mère à domicile, elle avait décidé de reprendre une activité, mais à fin 2015 il lui avait fallu se rendre à l'évidence que son état de santé ne lui



permettait pas d'avoir une activité même simple et elle s'était résolue à faire une demande de prestations de l'AI ; toutes ses pathologies s'étaient depuis lors aggravées, son invalidité devenant complète du fait d'une rizarthrose impossible à soulager, l'obligeant à une immobilisation permanente et empêchant toute activité, d'une fibromyalgie invalidante pour une activité minimale et d'un état dépressif profond se répercutant sur ses possibilités de socialisation ; sa situation économique influençait négativement les espoirs de traitement ; ledit médecin souhaitait une mise rapide au bénéfice d'une rente d'invalidité à 100 %, quitte à réévaluer la situation au bout d'un à deux ans ;

- un rapport d'échographie de sa cheville droite du 2 novembre 2016 de la radiologue Q\_\_\_\_\_, faisant mention de stigmates d'entorse ancienne de la syndesmose tibio-fibulaire antéro-inférieure probable, du faisceau antérieur du ligament collatéral latéral et du ligament collatéral médial, d'un épanchement intra-articulaire talo-crural, d'une atteinte du ligament de Chopart (spring ligament) et d'une enthésopathie du tibia postérieur sur os naviculaire accessoire (responsable de la symptomatologie) ;
- un rapport du 2 novembre 2016 de la Dre Q\_\_\_\_\_ relatif à une IRM du pouce droit, signalant une rizarthrose congestive avec un petit épanchement articulaire et une formation kystique.

24. Par mémoire de réponse du 1<sup>er</sup> décembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'assurée avait le statut de ménagère au degré de vraisemblance prépondérante ; elle n'avait jamais repris d'activité professionnelle depuis son retour en Suisse en 2001 ; elle disait elle-même que ses recherches d'emploi à environ 50 % avaient déjà été vaines alors qu'elle était plus jeune et ne présentait pas de problèmes de santé particuliers ; elle n'avait fait aucune recherche d'emploi depuis 2003. Concernant l'enquête ménagère, l'assurée ne contestait pas réellement les empêchements spécifiques retenus pour chaque poste, se contentant de relever des détails sans importance.
25. Dans des observations du 23 janvier 2017, l'assurée a maintenu que sans atteinte à la santé elle aurait travaillé à 50 %, pour des motifs financiers ; lors du dépôt de sa deuxième demande de prestations de l'AI, ses enfants étaient âgés de respectivement 25, 24, 17, 12 et 8 ans ; son mari avait dû réduire son temps de travail pour des raisons de santé (il venait d'ailleurs d'être mis au bénéfice d'un trois-quarts de rente d'invalidité en décembre 2016) ; elle avait évoqué d'une reprise d'activité avec le Dr L\_\_\_\_\_. Ce dernier avait signalé les douleurs invalidantes dont souffrait l'assurée depuis 2004, et avait relevé, dans un autre rapport, une fibromyalgie et un état dépressif depuis 2014 ; le 29 septembre 2016, il avait diagnostiqué un état dépressif profond avec répercussion sur les possibilités de socialisation. L'assurée sollicitait l'audition du Dr L\_\_\_\_\_.
26. Cette écriture a été communiquée à l'OAI le 25 janvier 2017.

**EN DROIT**

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI).

Le recours, interjeté le 7 octobre 2016 contre la décision litigieuse du 9 septembre 2016, a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Touchée par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties ; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties ; il doit s'attacher à établir le faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3<sup>ème</sup> éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss).

c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un

---

jugement valable sur le droit litigieux (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

d. Quant au degré de preuve requis, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

3. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]).

En l'espèce, la demande de prestations de l'AI est intervenue en février 2016, pour des atteintes à la santé invalidantes depuis quatre ans, ayant entraîné une incapacité totale de travailler depuis janvier 2014, ainsi que le médecin traitant de la recourante l'a aussi indiqué (tout en ayant fait mention de lombalgies, cervicalgies et paresthésies impactant sa capacité de travail depuis 2004, pourtant non évoquées dans le cadre de la première procédure administrative ouverte à la suite d'une demande du 22 mars 2006 et close par une décision du 9 octobre 2007). Les faits déterminants se sont produits depuis 2012. Aussi le droit applicable est-il le droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Au demeurant, ladite révision 6a comme les révisions précédentes de la LAI – à savoir celles des 21 mars 2003 [4<sup>ème</sup> révision] et 6 octobre 2006 [5<sup>ème</sup> révision], entrées en vigueur respectivement les 1<sup>er</sup> janvier 2004 et 1<sup>er</sup> janvier 2008 –, n'ont pas amené de modifications substantielles, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

S'agissant des dispositions matérielles de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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).

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

b. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité 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, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est pas à elle seule déterminante ; elle n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., vol. I, n. 156 ss, 160 ss).

Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi faut-il, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes,

---

doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

5. a. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale (ou, selon les circonstances, extraordinaire) de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI).

Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La volonté hypothétique de l'assuré doit être prise en considération ; son établissement soulève toutefois la difficulté qu'elle constitue un fait interne, qui ne saurait être considéré comme établi par la seule déclaration de l'assuré qu'à défaut d'atteinte à la santé il aurait exercé une activité lucrative à tel ou tel taux ; il faut qu'il puisse se déduire d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1).

La question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

- b. En l'espèce, en 2016, tant lors du dépôt de sa demande de prestations de l'AI que lors de la prise de la décision attaquée, la recourante était mère au foyer à plein temps, et ce depuis son retour en Suisse en 2001, donc depuis une quinzaine d'années, pour des motifs – a-t-elle prétendu essentiellement en procédure de recours – liés à ses atteintes à la santé.

En 2016, les enfants de la recourante avaient respectivement 25, 24, 19, 13 et 9 ans, soit des âges qui ne nécessitaient plus de sa part une pleine disponibilité de temps à consacrer à leur éducation et donc compatibles avec l'exercice de sa part d'une

activité lucrative, du moins à temps partiel eu égard à l'âge de ses deux derniers enfants. Elle-même avait alors 44 ans, soit un âge auquel exercer une activité lucrative répond souvent à l'aspiration de femmes ayant retrouvé plus de disponibilité en considération d'une plus grande autonomie de leurs enfants. De plus, la situation financière du ménage était précaire, le mari de la recourante ne réalisant alors qu'un faible revenu à mi-temps et étant affecté dans sa santé (les trois premiers enfants réalisant en revanche des revenus ou touchant des prestations). Ce sont des considérations qui plaident en faveur d'une prise d'activité par la recourante en l'absence d'atteinte à sa santé.

En revanche, tenir un ménage de sept personnes (ou même six, si le fils aîné, le cas échéant marié, n'en faisait plus partie) restait une tâche requérant de la part de la recourante un investissement de temps et d'énergie important, pouvant lui faire préférer de s'y consacrer pleinement ; c'est d'ailleurs ce que la recourante a déclaré à l'infirmière ayant procédé à l'enquête ménagère. De plus, la recourante n'était au bénéfice d'aucune formation professionnelle, ayant simplement suivi dans son enfance neuf années d'école obligatoire et n'ayant eu par la suite que de modestes expériences professionnelles (ainsi que l'atteste la modicité des revenus qu'elle a réalisés entre 1995 et 2007 à teneur de l'extrait de son compte individuel). Elle n'a en outre pas fait état d'affinités ou de talents personnels qui constitueraient des indices en faveur d'un souhait effectif d'exercer une activité lucrative.

De surcroît, les premières déclarations de la recourante vont clairement dans le sens que cette dernière a fait le choix d'être mère au foyer, autrement dit de ne pas exercer d'activité professionnelle. En effet, dans sa demande de prestations, elle s'est présentée comme mère au foyer, sans faire mention d'une prétendue volonté de reprendre une activité lucrative. Lors de l'entretien qu'elle a eu avec l'enquêtrice de l'intimé le 21 juin 2016, elle a expliqué que non seulement lors de son retour en Suisse en 2001 (alors qu'elle avait encore de très jeunes enfants), mais aussi maintenant que son fils cadet avait 9 ans et après s'être posée la question de reprendre ou non un emploi, elle avait fait le choix de ne pas le faire, estimant que les avantages financiers qu'elle en tirerait n'en vaudraient pas la peine une fois déduits les frais supplémentaires qui en résulterait en termes de frais de garde, de cuisines scolaires et d'activités parascolaires. Les déclarations que la recourante a faites ultérieurement, après avoir été conseillée, n'emportent pas conviction quant à l'effectivité d'une volonté à tout le moins ferme de reprendre une activité. Il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations d'un assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 115 V 143 consid. 8c). L'indication du médecin traitant – à considérer en tout état avec réserve, compte tenu d'une propension des médecins traitants, en cas de doute, à prendre parti pour leurs patients en raison de la relation de confiance qui les unit à ces derniers (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc) – que la recourante avait toujours gardé l'espoir de retrouver une

activité malgré son incapacité de travail depuis janvier 2014 n'autorise pas à retenir autre chose que le sujet a pu être évoqué entre lui et la recourante, mais pas que cette dernière se serait mise à exercer un métier si elle n'avait pas eu d'atteinte à la santé.

Enfin, c'est un fait que la recourante n'a fait concrètement aucune recherche d'emploi depuis de nombreuses années, depuis 2003 (selon ce que l'enquêtrice a consigné dans son rapport), en particulier avant qu'elle ne devienne, en janvier 2014, incapable de travailler selon son médecin-traitant.

c. En conclusion, s'il est certes possible que la recourante aurait exercé une activité lucrative à temps partiel en 2016 en l'absence d'atteinte à la santé, cela n'est pas établi au degré de vraisemblance prépondérante. Aussi est-ce à bon droit que l'intimé a attribué le statut de ménagère à la recourante. Le recours n'est pas fondé sur ce premier point.

6. 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).

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).

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). Elle n'est toutefois pas un moyen de preuve adéquat lorsque l'empêchement résulte de troubles d'ordre psychique (VSI 2001 p. 159 consid. 3d). En effet, le questionnaire servant à fixer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage est conçu de manière à évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physique. Il n'est pas propre à permettre l'évaluation des limitations liées à des troubles psychiques ; les constatations médicales relatives à la capacité de travail raisonnablement exigible sont plus aptes qu'une enquête économique à fixer l'empêchement que causent de tels troubles pour l'accomplissement des travaux habituels (ATFA non publié du 22 décembre 2003, I 311/03).

b. Lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité d'un assuré à accomplir des tâches ménagères, un empêchement ne peut être pris en compte que si ledit assuré ne parvient plus à exécuter la tâche en question et si cette tâche doit être confiée à des tiers rétribués ou à des proches qui enregistrent de ce fait une perte de gain ou pour lesquels cela représente une charge disproportionnée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 518/2004 du 25 novembre 2005 consid. 4). Il convient donc d'examiner dans chaque cas si la personne est encore en mesure d'exécuter la tâche en question et, dans la négative, si une tierce personne rétribuée ou un de ses proches s'en occupe.

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 460 consid. 4.2 et ATF 123 V 230 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants et du conjoint) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image



---

déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

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).

7. a. En l'espèce, compte tenu du statut de ménagère de la recourante, l'intimé a à juste titre mandaté une enquêtrice spécialisée pour déterminer ses empêchements à accomplir ses tâches ménagères par le biais d'une enquête économique sur le ménage.

b. D'un point de vue formel, le rapport d'enquête qu'a établi ladite enquêtrice, collaboratrice spécialisée de l'intimé, infirmière de formation, l'a été sur la base du formulaire prévu à cet effet par l'office fédéral des assurances sociales (Michel VALTERIO, op. cit., n. 2165, qui cite à ce propos l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 393/03 du 13 avril 2005 consid. 5.2), et il en remplit les diverses rubriques de façon détaillée. L'enquête a été effectuée au domicile et en présence de la recourante, durant une heure et trente-cinq minutes, donc en connaissance des conditions concrètes dans lesquelles cette dernière est appelée à accomplir ses tâches ménagères.

La recourante a pu s'exprimer. Sans doute prétend-elle que ses réponses n'ont pas été suffisamment prises en compte, voire ont été déformées par l'enquêtrice. Ses commentaires personnels joints à son complément de recours ne relèvent cependant pas d'erreurs ou de déformations qui soient propres à influencer de façon un tant soit peu significative l'évaluation que l'enquêtrice a faite de ses empêchements d'accomplir ses tâches ménagères, déterminant son degré d'invalidité. Le fait que le fils aîné de la recourante était marié n'est pas décisif, quand bien même il ne vivrait plus dans le ménage (ce qui, au demeurant, ne devait pas l'empêcher d'y être souvent présent avec son épouse, qui, aux dires de la recourante, nettoyait la cuisine le soir). Les critiques que fait la recourante quant à la pertinence de questions posées ou d'appréciations faites par l'enquêtrice (par exemple la possibilité d'utiliser un chiffon n'ayant pas besoin d'être essoré plutôt qu'un torchon humide à essorer) ne sont pas fondées. La plupart des commentaires personnels de la recourante ont d'ailleurs trait à l'exigibilité requise des membres de sa famille, aide trop théorique selon elle ; or, peu importe que son époux ou/et ses enfants ne lui apporteraient pas concrètement l'aide retenue, dès lors que l'aide prise en compte est exigible. La chambre de céans ne voit pas de raison de ne pas tenir les déclarations consignées par l'enquêtrice comme fidèles, globalement, à celles qu'avait faites la recourante lors de ladite enquête.

c. L'enquêtrice a mené l'entretien avec la recourante et procédé à l'évaluation des empêchements de cette dernière en connaissance de l'ensemble des pièces médicales figurant alors au dossier, en particulier des diagnostics retenus par le SMR, à savoir d'une polyarthrite chronique, de dorso-lombalgies chroniques et de rizarthroses des deux côtés.

Tels étaient les diagnostics pertinents. La recourante prétend qu'il n'a pas été tenu compte d'une fibromyalgie, ni d'un état dépressif. Force est cependant de relever que non seulement la demande de prestations présentée le 2 février 2016 par la recourante, sous les réserves abordées ci-après, mais également les rapports médicaux du médecin traitant se focalisaient sur les troubles somatiques de la recourante, se trouvant exprimés par les termes synthétiques pertinents utilisés par le SMR. Dans sa demande de prestations, la recourante ne faisait mention que d'une douleur invalidante dans les jambes et les mains, en y annexant un rapport d'imagerie médicale. Dans son attestation du 22 février 2016, le Dr L\_\_\_\_\_ n'évoquait que des algies diverses (plus particulièrement des dorso-lombalgies chroniques et invalidantes), une polyarthrite chronique et une rizarthrose des deux côtés. Selon le rapport du 23 mars 2016 dudit médecin, la capacité de travail de la recourante était impactée par des lombalgies, des cervicalgies et une paresthésie des membres inférieurs et supérieurs ; la fibromyalgie alors mentionnée était sans effet sur sa capacité de travail, même si elle contribuait à limiter ses capacités d'adaptation et de résistance, de même que – a ajouté ledit médecin – un état dépressif (à peine mentionné, et ne l'étant plus dans le rapport subséquent du 21 avril 2016). La recourante avait certes eu des problèmes psychiatriques dans un passé remontant à plusieurs années, dans une mesure qui, aux dires mêmes du psychiatre E\_\_\_\_\_ en 2006, ne l'empêchaient alors pas dans ses activités ménagères. Depuis qu'il la suivait (soit depuis 2008), le Dr L\_\_\_\_\_ n'a manifestement pas estimé que la recourante nécessitait une prise en charge psychiatrique, du ressort d'un psychiatre. Dans ces conditions, le SMR était fondé à admettre, sans investigation complémentaire, que seule les atteintes somatiques précitées étaient le cas échéant pertinentes pour l'évaluation d'une éventuelle invalidité. Il ne peut être accordé de poids, à l'appui d'une thèse inverse, à l'allégation du Dr L\_\_\_\_\_ du 29 septembre 2016 que la recourante souffrirait d'un état dépressif profond se répercutant sur ses possibilités de socialisation, allégation d'une part postérieure à la décision attaquée et d'autre part apparaissant partisane dans le contexte procédural connu dudit médecin traitant. Il sied de noter que la recourante elle-même n'a pas fait état, devant l'enquêtrice, d'une fibromyalgie et/ou d'un état dépressif. Sur la question des atteintes à la santé de la recourante comme d'ailleurs sur celle d'une éventuelle reprise d'une activité lucrative, l'audition dudit médecin traitant apparaît sans utilité ; il n'y a pas lieu d'y procéder, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c).

La chambre de céans retient que l'enquêtrice a évalué les empêchements de la recourante pour l'accomplissement de ses tâches ménagères en connaissance des diagnostics pertinents.

d. L'enquêtrice a retenu que la recourante présentait des empêchements assez élevés pour l'accomplissement de ses principales tâches ménagères (ayant un relativement haut taux de pondération), à savoir 40 % pour le poste « Alimentation » (pondéré à 36 %), 60 % pour le poste « Entretien du logement » (pondéré à 15 %) et 30 % pour le poste « Lessive et entretien des vêtements » (pondéré à 15 %). La chambre de céans ne voit pas de critique à émettre à l'encontre tant des taux de pondération que des empêchements retenus par l'enquêtrice. La recourante n'en fait pas valoir de façon pertinente.

e. L'enquêtrice a retenu des taux d'exigibilité aussi élevés que les empêchements pour les postes « Alimentation », « Emplettes et courses diverses », « Lessive et entretien des vêtements », « Soins aux enfants et aux autres membres de la famille », et légèrement moins élevés que les empêchements pour les postes « Entretien du logement » (52 % pour un empêchement de 60 %) et « Divers » (20 % pour un empêchement de 30 %, poste pondéré à 3 %). Il s'ensuit que les aides susceptibles d'être requises des membres de la famille compensent largement les empêchements de la recourante, au point que le taux d'empêchement pondéré total (soit le degré d'invalidité) est de 1.5 % seulement.

Il n'en est pas moins juste que la recourante vit au sein d'une famille dont les relativement nombreux membres se doivent, compte tenu de ses atteintes à la santé, de lui apporter une aide assez substantielle pour l'accomplissement des tâches ménagères, à savoir son conjoint (actif professionnellement à mi-temps) ainsi que trois sinon quatre de ses enfants, en ne tenant pas compte du cinquième enfant vu son âge (bien que certaines tâches mineures puissent être attendues d'un enfant de 9 ans). Que le fils aîné soit ou non encore à domicile importe peu, car s'il ne l'était plus, les travaux ménagers qu'il accomplissait précédemment pouvaient être reportés sur les autres enfants et le mari de la recourante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3).

Le total de l'exigibilité retenue par l'enquêtrice n'est pas excessif, puisqu'il est de 29.9 %.

f. En conclusion, l'intimé, qui s'en est tenu à l'évaluation de son enquêtrice spécialisée, a retenu un degré d'invalidité conforme au droit, soit de 1.5 %.

Il s'ensuit qu'il lui a refusé à juste titre une rente d'invalidité, ledit degré étant inférieur au minimum de 40 % requis par l'art. 28 LAI.

Il sied d'ajouter que la solution serait la même si l'intimé n'avait retenu aucune exigibilité de la part des membres de la famille de la recourante, puisque sans exigibilité l'empêchement pondéré total – donc le degré d'invalidité – serait de 31.4 % seulement.

8. Entièrement mal fondé, le recours doit être rejeté.
9. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce au minimum de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI).

Il n'y a pas d'indemnité de procédure à allouer, ni à la recourante, qui succombe (art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimé en tant qu'assureur social (Ueli KIESER, op. cit., n. 199 s. ad art. 61 ; cf., devant le Tribunal fédéral, art. 68 al. 3 de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 - LTF - RS 173.110).

\* \* \* \* \*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de Madame A\_\_\_\_\_.
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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