

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1711/2014

ATAS/1344/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 décembre 2014

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître ANDERS Michael

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____1955, exerçant en dernier lieu une activité lucrative à 40 % en qualité d'animatrice au Groupement intercommunal pour l'animation parascolaire, a été victime d'un accident le 13 août 2012, au cours duquel, circulant à vélo sur une piste cyclable, elle a été renversée par une voiture bifurquant devant elle. Elle a ainsi subi une fracture comminutive du calcanéum droit. Une ostéosynthèse a été réalisée le 17 août 2012 aux Hôpitaux Universitaires de Genève. L'assurée a séjourné dans l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique du 28 août au 20 septembre 2012, a été transférée à la Clinique de Joli-Mont, puis à la Clinique de Montana.
2. Le cas a été pris en charge par La Mobilière Assurance, en sa qualité d'assureur-accident LAA, étant précisé qu'il est également l'assureur maladie perte de gain.
3. L'assurée a déposé le 9 janvier 2013 auprès de l'Office cantonal AI (ci-après OAI) une demande visant à l'octroi de prestations AI.
4. Dans un rapport du 11 février 2013, le Docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que l'assurée avait souffert d'une fracture du calcanéum droit ostéosynthétisée à la suite d'une chute à vélo, percutée par une voiture le 13 août 2012, que l'évolution avait été compliquée par l'apparition d'un syndrome douloureux régional complexe du membre inférieur droit (enflure et douleur au pied droit), qu'en décembre 2012 un cancer ovarien bilatéral avait été découvert, qu'une chirurgie de cytréduction avait été réalisée le 10 janvier 2013 (métastases péritonéales, para-aortiques, pariéto-colique droites) et que la convalescence avait eu lieu à la Lukas Klinik de Arlesheim. Il a précisé que l'arrêt de travail pour accident se prolongeait à cause de l'enflure résiduelle et des douleurs au niveau de la cheville droite et qu'un arrêt de travail pour maladie prolongée était prévisible à cause du cancer ovarien loco-régionalement métastatique. Le Dr B_____ signale par ailleurs une légère dépression et un état de fatigue. Il a joint à son rapport les trois lettres de sortie, du département de chirurgie orthopédique des HUG du 4 septembre 2012, de la Clinique genevoise de Montana du 17 décembre 2012 et du département de gynécologie et d'obstétrique des HUG du 22 janvier 2013.
5. Mandaté par La Mobilière Assurance, le Docteur C_____, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie, a établi un rapport d'expertise le 11 juin 2013. Il a constaté que l'accident survenu le 13 août 2012 était la cause certaine de l'atteinte à la santé actuelle. Il estime qu'une reprise du travail « comme avant l'accident » sera peut être possible à la rentrée de septembre.
6. Le 18 juillet 2013, le Dr B_____ a informé l'OAI que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis deux ans en raison d'un affaiblissement progressif, d'une perte de poids, de la progression du carcinome péritonéale, subilens et a ajouté que le pronostic était sombre. Il a évalué la capacité de travail à 0 % depuis le 13 août 2012.

7. Se fondant sur le fait que l'incapacité de travail pour les seules suites de l'accident se terminait au 30 juin 2013, La Mobilière a informé l'assurée que les indemnités journalières LAA lui seraient versées jusqu'à cette date et des indemnités assurance maladie perte de gain dès le 1^{er} juillet 2013.
8. Dans une note du 22 août 2013, le médecin du SMR a relevé que, compte tenu de la sévérité de l'atteinte, il était manifeste qu'aucune activité n'est possible, ceci de façon définitive.
9. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée le 7 janvier 2014. Il en résulte un empêchement de 12 % dans l'accomplissement des travaux habituels, étant précisé qu'il a été tenu compte de la présence de son fils, âgé de 22 ans, sous le même toit, ainsi que des limitations fonctionnelles indiquées par le SMR, à savoir l'asthénie et l'altération de l'état général.
10. Un projet de décision AI a été transmis à l'assurée le 6 février 2014, aux termes duquel celle-ci avait droit à une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 55 %, à compter du 13 août 2013. La part professionnelle a été fixée à 49 % avec une incapacité de travail à 100 % et la part consacrée aux tâches ménagères à 51 %, avec une limitation à 12 %.
11. Par décision du 29 avril 2014, l'OAI a fixé à CHF 817.- le montant de la rente due à l'assurée et à CHF 327.- celui de la rente complémentaire simple pour enfant. Le calcul a été effectué sur la base d'un revenu annuel moyen déterminant de CHF 43'524.- et d'une durée de cotisations de 33 ans, et l'échelle de rente 40 a été appliquée.
12. L'assurée, représentée par Maître Michael ANDERS, a interjeté recours le 13 juin 2014 contre ladite décision. S'agissant de la recevabilité du recours, elle souligne que si la décision lui a effectivement été notifiée le 29 avril 2014, la motivation y relative ne lui a été adressée par l'OAI que par courrier du 13 mai 2014. Au fond, elle conteste le degré d'empêchement dans les activités ménagères qu'a retenu l'OAI. Elle précise à cet égard qu'il lui est impossible de porter des poids, de stationner longtemps debout, si bien qu'elle ne peut faire les commissions, les lessives, le repassage, passer l'aspirateur et faire les lits. Il lui est aussi très difficile et pénible d'accomplir certaines autres tâches ménagères, en particulier la cuisine et le nettoyage en raison de son état de grande faiblesse et des douleurs consécutives au traitement de chimiothérapie. Elle conclut dès lors que l'empêchement relatif à la tenue du ménage doit être porté à 50 % au minimum.
13. Dans sa réponse du 14 juillet 2014, l'OAI s'en est rapporté à justice quant à la recevabilité du recours, demandant cependant à ce que l'assurée soit interrogée sur la date à laquelle elle avait reçu la feuille de motivation.

Au fond, il a conclu au rejet du recours.
14. Interrogée par la chambre de céans, l'infirmière ayant réalisé l'enquête ménagère a précisé que :

« 1. Concernant les soins aux enfants : L'assurée déclare que sa fille qui demande une grande disponibilité est essentiellement prise en charge par son père. L'assurée la voit une semaine sur deux uniquement le week-end.

Les empêchements pour la disponibilité à sa fille ont été estimés à 50% (cela veut dire qu'elle fait deux fois moins de chose, pour elle et avec elle, qu'auparavant).

La pondération du champ d'activité, à savoir le temps qu'elle passe durant une semaine à prendre soin de sa fille a été estimé 10%. Cela veut dire qu'elle passe 10% de son temps sur une semaine à prendre soins de sa fille. Il a fallu faire une estimation considérant qu'elle la voit uniquement une semaine sur deux, d'autre part selon mes souvenirs, elle ne la voit pas forcément tous les 15 jours. Ainsi, les 5% d'empêchement pondérés correspondent à 50% de 10%.

Par ailleurs, il n'y a pas d'exigibilité retenue sous ce point.

2. En ce qui concerne les courses : L'assurée déclare faire ses courses à l'extérieur sans aide.

Toutefois le fait de déposer les courses sur chaque marche d'escalier a été estimé à un empêchement de 10%. D'autre part, plusieurs moyens sont à disposition pour palier à cette difficulté. Il est possible pour diminuer le dommage de faire les courses par internet ou encore de se rendre sur place (ce que l'assurée peut faire avec son vélo), de choisir les aliments et de se faire livrer directement à domicile, (la livraison à domicile est gratuite en dessous d'un certain nombre de sac).

Par ailleurs, elle peut également prévoir de faire des provisions plus importantes lorsque son fils qui vit sous le même toit est disponible et s'organiser avec lui.

C'est pourquoi une exigibilité de 10% pour le fils de l'assurée a été retenue sous ce point et annule l'empêchement de 10% tout de même retenu pour le port des courses jusque dans l'appartement.

3. En ce qui concerne l'asthénie et l'altération de l'état général: Les limitations fonctionnelles données par le service médical à savoir l'asthénie et l'altération de l'état général, en d'autre terme, la fatigue, a été évaluée pendant l'enquête en fonction des déclarations de l'assurée (qui ne peuvent pas ressortir mot pour mot dans un rapport d'enquête) et notamment du temps supplémentaire dont elle a besoin pour faire ses activités quotidiennes, ainsi que des éléments ressortis des avis SMR.

4. Aide apportée par le fils.

L'exigibilité du fils de l'assurée qui vit sous le même toit a été retenue à hauteur de 12% (détail dans l'annexe de l'enquête ménagère sous « enquête économique sur le ménage, calculs complets).

Considérant que le fils de l'assurée n'a pas de travail, sa disponibilité est d'autant plus grande, le taux de 12% est donc particulièrement généreux et avantageux

puisque l'exigibilité, telle que retenue par la jurisprudence n'a pas de limites et dans le cas d'espèce est nettement inférieure au seuil des 30% habituellement retenus. »

L'OAI a transmis la note de l'enquêtrice à la chambre de céans le 29 octobre 2014.

15. Le 28 novembre 2014, l'assurée a précisé qu'« elle avait pensé qu'il s'agissait uniquement de sa capacité ménagère en lien avec la fracture de la cheville engendrée par son accident du 13 août 2012. De plus, elle avait considérablement minimisé son handicap lié à ladite lésion ». Elle produit une attestation établie par le Dr D_____ le 26 novembre 2014, un courrier du Dr E_____, oncologue, daté du 27 novembre 2014, ainsi que des certificats d'arrêt de travail attestant d'une incapacité de travail à 100% du 7 mai au 21 novembre 2014.

Les deux médecins font état d'un pronostic très réservé.

16. Invité à se déterminer, l'OAI a, le 17 décembre 2014, maintenu ses conclusions. Il relève que les nouveaux éléments médicaux produits par l'assurée confirment l'incapacité totale de travailler, ce qui a été admis. S'agissant de la part consacré aux tâches ménagères, il ne voit aucune raison pour s'écarter des conclusions de l'enquête réalisée le 7 janvier 2014, et complétée le 29 octobre 2014.
17. Ce courrier a été transmis à l'assurée, puis la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 3 LPGA), étant précisé que le délai de 30 jours ne commence à courir qu'à compter du jour suivant la réception de la feuille de motivation, soit au plus tôt le 14 mai 2014.
3. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité supérieure à une demi-rente et, plus particulièrement, sur le degré d'empêchement de l'assurée à accomplir ses tâches ménagères.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (al 1).

Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

5. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). 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 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).
6. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art.

16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

7. 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).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

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).

8. 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; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007).

9. 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 (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).
10. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 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. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). 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) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005, ATFA non publié I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (ATFA non publié I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4).
11. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du

travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF non publié 9C_713/2007 du 8 août 2008, consid. 3.2).

12. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
13. 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).
14. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).
15. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

16. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
17. En l'espèce, l'OAI a retenu que l'assurée aurait, en bonne santé, exercé une activité lucrative à 49% et aurait partant consacré la part restante, de 51%, aux tâches ménagères, ce que l'assurée ne conteste pas. C'est dès lors à bon droit que l'OAI a fait application de la méthode mixte pour évaluer son invalidité.
18. Il s'agit à ce stade de déterminer quelle est la capacité de travail de l'assurée.
19. Il n'est pas contesté que l'assurée présente une incapacité entière de travailler.
20. S'agissant des empêchements à accomplir les tâches ménagères, une enquête a été réalisée le 7 janvier 2014 au domicile de l'assurée.
21. Il ressort plus particulièrement de cette enquête :
 - pour l'alimentation un empêchement pondéré de 9% et une exigibilité de 3%,
 - pour l'entretien du logement (épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, faire les lits), un empêchement pondéré de 10% et une exigibilité de 4%,
 - pour les soins aux enfants ou aux autres membres de la famille, un empêchement pondéré de 5% et une exigibilité de 5%.

Il n'a été retenu aucun empêchement pour la conduite du ménage, les emplettes et courses diverses, la lessive et l'entretien des vêtements. Il a par ailleurs été pris en compte la présence du fils âgé de 22 ans sous le même toit. Celui-ci est autonome mais est sans travail.

S'agissant des soins aux enfants plus particulièrement, il est indiqué que « depuis l'atteinte à la santé, la fille de l'assurée est essentiellement prise en charge par son père, d'autre part, elle vit cinq jours sur sept en internat dans une école spécialisée. L'assurée dit que sa fille lui demande une grande disponibilité, elle est atteinte d'un handicap que l'assurée ne décrit que partiellement. L'assurée dit que depuis l'atteinte à la santé elle n'arrive plus à prendre soin de sa fille de la même manière, elle se

décharge sur l'institution spécialisée et sur son mari. Elle ne la voit que lorsqu'elle rentre un week-end sur deux. »

Il est par ailleurs précisé que : « depuis l'atteinte à la santé, l'assurée fait la lessive pour son fils et elle-même, elle dit qu'elle étend le linge dans le salon sur un étendage, elle dit qu'elle n'a jamais repassé. Elle dit que son fils peut aussi lancer une machine de temps en temps lorsqu'il voit qu'il y a du linge à laver. Il range et plie ses affaires, l'assurée range les siennes. Pour la fille, l'assurée n'a plus besoin de faire de lessive depuis qu'elle vit en internat. »

Il est enfin ajouté que « depuis l'atteinte à la santé l'assurée ne fait plus ses courses à vélo, elle prend le bus qui la pose devant la Coop non loin de chez elle. Elle fait les courses deux fois par semaine. Elle a un caddie pour ne pas devoir porter. Lorsqu'elle rentre dans son immeuble, elle demande de l'aide aux voisins ou encore à son fils pour monter les courses. Lorsque personne ne l'aide, elle pose le sac sur chaque marche. Elle range les courses dans les armoires sans aide. Lorsqu'elle est sortie de l'hôpital, l'assurée a bénéficié d'une aide pour faire les courses une fois par semaine ». Dans sa note complémentaire, l'enquêtrice a notamment expliqué pour quel motif elle n'avait finalement pas retenu d'empêchement pour effectuer les courses. L'empêchement de l'assurée à accomplir les tâches ménagères a ainsi été fixé à 20%.

Force est de constater que cette enquête, complétée sur demande de la chambre de céans, respecte les réquisits posés par la jurisprudence et a valeur probante.

Il y a à cet égard lieu de rappeler qu'en principe, 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. Or, en l'espèce, rien ne permet de dire que l'évaluation faite par l'enquêtrice serait erronée. Il convient au demeurant de relever qu'aucune exigibilité n'a été retenue pour une tierce personne. Il se justifie dès lors de confirmer l'empêchement établi lors de l'enquête du 7 janvier 2014, soit celui de 12%.

22. Le taux d'invalidité doit, au vu de ce qui précède, être calculé sur la base d'un taux d'invalidité de 100% s'agissant de la part professionnelle et d'un taux d'empêchement à accomplir les tâches ménagères de 12%, ce qui donne un degré d'invalidité de 33%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). Aussi le recours ne peut-il être que rejeté.
23. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, l'assurée étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510.03).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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