

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2380/2010

ATAS/1174/2013

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 26 novembre 2013**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame P \_\_\_\_\_, domiciliée aux AVANCHETS, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître SOLTERMANN  
Etienne

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI-WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et  
Christine LUZZATTO, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame P \_\_\_\_\_, née en 1961, de nationalité italienne, vit en Suisse depuis 1985. Elle a travaillé en dernier lieu en qualité de secrétaire à raison de 60% jusqu'au 11 octobre 2004, date à laquelle elle a découvert qu'elle était atteinte d'un cancer du sein.

L'assurée a déposé une demande de rente d'invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) le 5 décembre 2004.

2. Dans un rapport du 10 décembre 2006, notamment, le Dr A \_\_\_\_\_, oncologue, a considéré que sa patiente était incapable de travailler à 100% depuis le 24 octobre 2004 dans sa profession de secrétaire (intrications de raisons psychiques, douleurs et hypotension), et précisé que des mesures professionnelles seront probablement indiquées lorsque le problème articulaire sera clairement diagnostiqué et traité.
3. Le Dr B \_\_\_\_\_, médecine physique et rééducation, et le Dr C \_\_\_\_\_, psychiatre, ont procédé le 3 juin 2008 à un examen clinique de l'assurée dans le cadre du Service médical régional AI (SMR). Ils ont retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, une polyarthralgie d'origine indéterminée (polyarthralgies secondaires à un traitement hormonal de Femara, et fibromyalgie secondaire à une pathologie tumorale), et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une thalassémie mineure, un status après mastectomie gauche et ovariectomie pour carcinome canalaire invasif IPT III NX G1, un status après curage ganglionnaire axillaire et chimiothérapie adjuvante, un reflux gastro-oesophagien chronique, et une dysthymie à début tardif. Ils ont considéré que l'assurée présentait une incapacité de travail totale, quelle que soit l'activité envisagée, d'octobre 2004 à septembre 2005, soit six mois après l'intervention chirurgicale subie, et trois mois après la fin de la dernière cure de chimiothérapie adjuvante, et une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle depuis.
4. Dans une note du 25 juillet 2008, la Doctoresse D \_\_\_\_\_, médecin conseil du SMR, a dès lors proposé d'effectuer une révision dans une année afin de déterminer si à ce moment-là l'assurée présente des répercussions somatiques du traitement de Femara, étant précisé que si les polyarthralgies sont toujours les mêmes et qu'il n'y a pas d'évolution de l'état de santé, avec des limitations fonctionnelles objectivables, il conviendra de retenir que ces douleurs sont apparues dans un contexte de fibromyalgie. Il devra alors être décidé si celle-ci est invalidante ou non. La Dresse D \_\_\_\_\_ a ainsi retenu que l'assurée présentait une capacité de 50% dans l'activité habituelle, une capacité de 50% dans une activité adaptée, avec les limitations suivantes : pas de port de charge supérieure à 2,5 kilos de façon

répétitive, pas de position statique assise au-delà de trente minutes sans possibilité de varier les positions au minimum deux fois par heure, de préférence à la guise de l'assurée, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis contre résistance, pas de montée et descente d'escaliers à répétition et pas de position de genuflexion à répétition, et une capacité de 25 à 50% dans l'activité de ménagère.

5. L'OAI ayant retenu un statut mixte pour l'assurée, réparti à raison de 80% pour la sphère professionnelle, et de 20% pour la sphère ménagère, une enquête ménagère a été réalisée le 30 septembre 2008, de laquelle il résulte un degré d'incapacité à accomplir les tâches quotidiennes de 28,5%. L'enquêtrice a relevé que "dans la sphère ménagère, les empêchements de l'assurée sont relativement importants en raison de nombreuses limitations fonctionnelles".

Dans une note de travail datée du 2 juin 2010, l'enquêtrice chargée de déterminer les empêchements rencontrés par l'assurée dans la tenue de son ménage, a précisé que le taux retenu de 28,5% tenait non seulement compte de l'obligation de réduire le dommage de la part de l'assurée, mais également de l'aide exigible de la part des membres de sa famille, soit son mari et ses deux enfants âgés de 15 et 20 ans, dans l'ensemble des tâches ménagères.

6. L'OAI a procédé à la comparaison des gains (revenu sans invalidité de 56'552 fr. et revenu avec invalidité de 35'345 fr.) et obtenu un degré d'invalidité de 38% pour la part professionnelle puis, compte tenu des 28,5% résultant de l'enquête ménagère, a conclu à un degré d'invalidité global de 36%. Par décision du 7 juin 2010, il a dès lors rejeté la demande de prestations.
7. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 12 juillet 2010 contre ladite décision. Elle conteste le taux d'invalidité retenu par l'OAI tant pour la part professionnelle que pour la part non professionnelle et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 12 octobre 2005.
8. Dans sa réponse du 26 juillet 2010, l'OAI a proposé le rejet du recours.
9. Le 5 août 2010, l'assurée a versé au dossier une attestation établie par la Dresse E\_\_\_\_\_, psychiatre, le 5 juillet 2010, laquelle retient un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité sévère.
10. Le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a ordonné l'audition de ce médecin le 26 octobre 2010, ainsi que celle du Dr A\_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> février 2011.
11. Par courrier du 9 février 2011, l'OAI a maintenu ses précédentes conclusions en rejet du recours. Il se fonde sur l'avis du SMR du 7 février 2011, selon lequel

« Nous sommes donc en présence d'une assurée qui présente des douleurs somatiques avec un état dépressif d'accompagnement qui avait été décrit comme mineur lors de l'examen psychiatrique du 3 juin 2008. Le psychiatre traitant n'amène pas beaucoup d'éléments nouveaux si ce n'est une interprétation différente de cet examen clinique. (...) Le Dr A\_\_\_\_\_ explique pourquoi selon lui les douleurs poly-articulaires présentées par l'assurée peuvent être prises dans le cadre de complications des traitements oncologiques. En ce qui concerne les douleurs présentées par l'assurée, il réfute le diagnostic de fibromyalgie qui selon lui n'a aucun sens puisque ce serait la chimiothérapie qui a préparé le terrain et que le traitement antihormonal aggravait l'atteinte. Il ne note néanmoins pas de limitations fonctionnelles objectives. Il s'agit essentiellement de symptômes subjectifs de l'assurée qui ne se traduisent pas par des limitations fonctionnelles objectives selon l'examen clinique SMR bi-disciplinaire du 3 juin 2008. En effet, lors de cet examen très détaillé, il a été retenu comme diagnostic des polyarthralgies d'origine indéterminée partiellement secondaires à un traitement hormonal et partiellement à une fibromyalgie secondaire à la pathologie tumorale. Le SMR a donc reconnu ces douleurs et a considéré que celles-ci avaient une influence sur la capacité de travail de l'ordre de 50% ».

12. Le 18 mars 2011, l'assurée a transmis à la Cour de céans un courrier du Dr A\_\_\_\_\_ du 3 mars 2011. Celui-ci considère que le SMR sous-estime l'influence des douleurs dont souffre sa patiente sur sa capacité de travail. Il rappelle qu'il n'a pas réfuté l'examen des Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ puisqu'il a au contraire confirmé que leur appréciation de l'état clinique était juste, mais que leurs conclusions étaient erronées dans les conséquences des phénomènes qu'ils observaient. Il relève que "nous sommes en 7<sup>ème</sup> année d'évolution favorable et il nous manque encore environ un an pour que nous puissions interrompre le traitement de cette patiente. Comme je l'ai dit, je pense que nous serons en mesure d'observer les effets extrêmement favorables qui compte tenu du désir de cette patiente de se battre dans la vie, lui permettront certainement de retrouver une activité professionnelle. Il y a donc un délai, et ce délai fait appel peut-être à un certain pari, mais aussi à l'observation de faits cliniques qui restent à intégrer selon un principe translationnel que nous développons beaucoup actuellement en cancérologie aux effets de nos traitements et ceci en particulier de par le polymorphisme génétique".
13. Dans une note du 5 avril 2011, la Dresse D\_\_\_\_\_ a considéré que l'avis du Dr A\_\_\_\_\_ du 3 mars 2011 ne mettait en évidence ni de nouvelle atteinte ni d'aggravation de l'état de santé de l'assurée, raison pour laquelle les conclusions précédentes du SMR restaient toujours valables.
14. Le 18 mai 2011, l'assurée conteste les références de la Dresse D\_\_\_\_\_ à la jurisprudence du Tribunal fédéral relatives aux troubles somatoformes douloureux, puisque les atteintes dont elle souffre sont parfaitement objectivables, prend note de

ce que la Dresse D\_\_\_\_\_ conclut à ce qu'il plaise au Tribunal de décider de la suite à donner à ce dossier, et considère que l'OAI s'en rapporte ainsi purement et simplement à justice.

15. Le 16 septembre 2011, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise rhumatologique, psychiatrique et oncologique. Elle leur a précisé les questions qui seraient posées aux experts, et accordé un délai pour qu'elles lui communiquent, le cas échéant, des questions supplémentaires.
16. Le 26 septembre 2011, l'OAI a proposé que l'expertise soit confiée au Bureau Romand d'Expertise Médicale (BREM), au Centre d'Expertise Médicale (CEM) ou à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR).
17. Le 3 février 2012, la Cour de céans a indiqué qu'elle avait l'intention de confier la mission d'expertise au Dr F\_\_\_\_\_, psychiatre, au Dr G\_\_\_\_\_, rhumatologue, et à la Dresse H\_\_\_\_\_, oncologue.

Les parties n'ont invoqué aucun motif de récusation.

18. Le 12 mars 2012, la Cour de céans a ainsi ordonné une expertise multidisciplinaire et mandaté les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, ainsi que la Dresse H\_\_\_\_\_.
19. Un rapport d'expertise a été établi le 11 juillet 2013, à la suite de plusieurs examens cliniques et entretiens avec l'assurée, et d'un consilium entre les trois experts intervenu le 6 juin 2013.

L'expert rhumatologue a diagnostiqué des douleurs musculo-squelettiques secondaires à un traitement de Femara, et possiblement secondaires à un traitement aux statines.

L'expert oncologue a, quant à lui, retenu un carcinome canalaire du sein gauche type ypT3, atteinte ganglionnaire axillaire, G1, récepteurs oestrogéniques positifs, récepteurs à la progestérone négatifs, HER2 surexprimé, sans rechute tumorale jusqu'en 2011, et des polyarthralgies secondaires aux traitements oncologiques (chimiothérapie, annexectomie bilatérale et inhibiteurs de l'aromatase – Femara).

L'expert psychiatre a indiqué que l'assurée souffrait d'un épisode dépressif moyen et de dysthymie à début précoce.

A la question de savoir, au cas où le diagnostic de polyarthralgies était retenu, si celles-ci pouvaient être dues au traitement de Femara exclusivement, ou à ce traitement, d'une part, et à une fibromyalgie secondaire à une pathologie tumorale, d'autre part, les experts ont répondu que

« les polyarthralgies peuvent être dues au traitement par Femara® seul. En effet, 20% au moins des patientes traitées par ce médicament présentent une pathologie musculoarticulaire. De plus, l'expertisée a subi un traitement par chimiothérapie et une annexectomie bilatérale qui peuvent aussi provoquer des polyarthralgies. Par contre, il est moins probable que ces troubles articulaires soient dus à la pathologie tumorale, car elle n'a pas présenté de rechute sept ans après le diagnostic et le traitement initial de la tumeur. Le fait que les symptômes douloureux soient apparus au début du traitement par Femara® et immédiatement après la fin de la chimiothérapie et l'annexectomie suggère que ces traitements sont à l'origine des polyarthralgies.

Par ailleurs, on ne met pas en évidence un tableau clinique de fibromyalgie. On relève toutefois des douleurs à la palpation tissulaire et musculaire dont l'origine peut être secondaire au traitement de Femara®, mais également à celui de statines (Crestor®), bien que le dosage des enzymes musculaires soit normal. »

Ils ont précisé que

« les douleurs présentées par l'expertisée sont certainement secondaires au traitement de Femara®, et non à un tableau clinique de fibromyalgie. Il faut aussi évoquer la possibilité d'un abaissement du seuil de perception de la douleur, imputable à l'état dépressif actuel. Nous estimons que les douleurs prises dans leur ensemble ont une répercussion transitoire sur la capacité de travail, à quoi s'ajoute un état d'épuisement qui diminue le rendement. Nous considérons que la capacité de travail de l'expertisée est de 50% tant que se poursuit le traitement de Femara®. Elle devrait retrouver une pleine capacité dans les trois à six mois qui suivront l'arrêt de ce traitement. »

Les experts ont considéré que

« le diagnostic *Trouble dépressif récurrent* ne peut être formellement retenu, faute d'éléments anamnestiques tout à fait assurés. Ce diagnostic serait fondé s'il pouvait être établi que la dépression du post-partum survenue en 1988 avait rempli les critères d'un *Episode dépressif* au sens de la CIM-10. Cela est probable (compte tenu de la durée et des conséquences de cette dépression), mais non avéré.

L'état clinique actuel correspond à un *Episode dépressif* moyen. Nous retenons donc ce diagnostic, auquel nous associons celui de dysthymie, sur la base de l'anamnèse obtenue. »

Ils ont à cet égard ajouté que

« un état dépressif qualifié de sévère a été diagnostiqué par le Dr I\_\_\_\_\_ en 2005 et par la Dresse E\_\_\_\_\_ en 2010. En 2008, le psychiatre du SMR, le Dr C\_\_\_\_\_, a diagnostiqué une dysthymie, tout en rapportant une symptomatologie qui aurait dû conduire à diagnostiquer un *Episode dépressif* selon les critères de la CIM-10.

Nous retenons qu'un état dépressif est présent depuis 2005, mais nous ne pouvons nous prononcer avec précision sur les fluctuations de son degré de sévérité entre 2005 et 2013. »

Ils ont qualifié la gravité de l'épisode dépressif actuel de moyenne. Cet épisode dépressif contribue à la diminution partielle de la capacité de travail de l'assurée. Les limitations qu'il entraîne se confondent avec celles qui sont dues au syndrome douloureux.

Le pronostic est pour eux « essentiellement lié à l'évolution de l'état douloureux après interruption du traitement de Femara ; il devrait être favorable en trois à six mois. Il est cependant très vraisemblable qu'une symptomatologie dépressive résiduelle persiste, correspondant à une dysthymie et/ou à un état dépressif léger chronique. »

Ils ont écarté le diagnostic de fibromyalgie, au motif que

« si l'on retient les critères, antérieurs à 2010, concernant les points douloureux « caractérisant » la fibromyalgie, on ne peut mettre en évidence ceux-ci en examinant l'expertisée. Toutefois, on constate à l'examen clinique un tableau algique généralisé, musculaire et articulaire, et un manque de force, notamment au niveau des mains, probablement secondaire à l'expression douloureuse. »

A la question de savoir s'ils avaient noté d'autres diagnostics, les experts ont indiqué qu'il n'y avait

« aucun signe de synovite ou d'atteinte du système articulaire, ce qui permet, à l'aide des examens biologiques, d'exclure une atteinte inflammatoire systémique (polyarthrite, spondylarthrite, connectivite, etc.). »

Ils ont enfin considéré qu'

« il existe une réduction de la capacité de travail de 50% depuis l'instauration du traitement de Femara (1.8.2005), lequel a engendré le handicap algofonctionnel décrit ci-dessus. Cette diminution de capacité ne devrait pas perdurer plus de six mois après l'arrêt de ce traitement.

En raison du syndrome douloureux chronique principalement secondaire au traitement de Femara, l'assurée a des difficultés à maintenir longtemps une position assise ou debout. Elle décrit également un manque de force global dont l'origine n'est ni musculaire, ni neurologique.

L'état dépressif actuel entraîne des limitations liées notamment à une baisse des capacités de concentration, une fatigue et des difficultés à prendre des décisions. Le rendement de l'assurée durant son temps de travail pourrait en être légèrement diminué.

L'assurée pourrait assumer une activité lucrative de secrétaire à un taux de 50%, avec un rendement peut-être légèrement diminué en raison de la baisse de ses capacités de concentration.

On estime aujourd'hui que la durée standard du traitement de Femara est de cinq ans (St-Gallen Consensus, mars 2013). L'expertisée, qui a déjà passé les cinq ans, pourrait arrêter le traitement de Femara.

L'arrêt du Femara devrait apporter une diminution de la symptomatologie douloureuse, dans un délai de trois à six mois après l'arrêt du médicament. La résolution symptomatique pourrait cependant ne pas être complète, si les arthralgies sont également dues à la chimiothérapie et à l'annexectomie. »

Le pronostic est réservé en raison de l'intrication des éléments somatiques et psychiques. L'amélioration attendue de l'état dépressif après disparition (ou régression) de la symptomatologie douloureuse pourrait n'être que partielle.

Une évaluation de l'évolution de la symptomatologie douloureuse et dépressive dans un délai de six mois après l'arrêt du traitement de Femara pourrait être nécessaire.

20. Invité à se déterminer, le SMR, considérant que le rapport d'expertise qui lui était soumis ne représentait pas une expertise pluridisciplinaire, puisque les parties étaient séparées, de même que les diagnostics, s'est expressément référé à son précédent avis du 5 avril 2011. Il relève en outre que les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail ne sont pas mentionnés. Selon le médecin du SMR,

« il est retenu que les polyarthralgies peuvent être dues au traitement de Femara® seul et que dans 20% au moins des patientes traitées par ce médicament, il y a une association avec une pathologie musculo-articulaire. Néanmoins, il n'a pas objectivé de pathologie musculoarticulaire, uniquement des douleurs. Sur le plan rhumatologique, il n'est pas mis en évidence de tableau clinique type fibromyalgie mais il est relevé des douleurs à la palpation tissulaire et musculaire dont l'origine peut être secondaire au traitement Femara® mais également à celui des statines bien que les enzymes musculaires soient normales. Donc il n'est aucunement évoqué, comme cela devrait être dans le diagnostic différentiel, une amplification des symptômes de type Waddel.

Il est retenu également un abaissement passible du seuil de la douleur dû à l'état dépressif actuel.

Pour les experts, la capacité de travail de l'expertisée est de 50% tant que se poursuit le traitement de Femara®. Elle devrait retrouver une pleine capacité dans les 3 à 6 mois qui suivront l'arrêt de ce traitement.

Les conclusions des experts rejoignent donc parfaitement les conclusions du SMR retenues dans l'avis du 25.05.2010. »

21. L'OAI, se fondant sur l'avis du SMR, a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.
22. L'assurée s'est déterminée le 9 octobre 2013. Elle constate que le rapport d'expertise confirme pour l'essentiel les faits qu'elle avait exposés dans son recours, « à la différence près que les experts concluent à une capacité de travail de 50% ». Elle persiste par ailleurs à contester le taux d'incapacité à accomplir les tâches ménagères de 28,5% retenu par l'OAI. Elle maintient que ce taux doit être fixé à 76% selon les explications données dans son recours, ce qui donnerait un degré d'invalidité de 70%.
23. Les courriers des parties ont été transmis et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.
4. En l'espèce, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations AI, se fondant sur un degré d'invalidité de 36%.
5. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. Il y a lieu de préciser que 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

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 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

6. 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 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 126 V 322 consid. 5a).

7. En l'espèce, l'OAI a considéré, sur la base du rapport établi le 3 juin 2008 par les Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ du SMR, que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle, laquelle respectait ses limitations fonctionnelles.
8. La Cour de céans, constatant que les conclusions des médecins du SMR divergeaient de celles du Dr A\_\_\_\_\_ et de la Dresse E\_\_\_\_\_, tant sur

les diagnostics posés que sur l'évaluation de la capacité résiduelle de travail, a ordonné une expertise pluridisciplinaire qu'elle a confiée aux Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, et à la Dresse H\_\_\_\_\_.

9. Les experts ont clairement indiqué que les polyarthralgies dont souffrait l'assurée étaient dues aux traitements subis (chimiothérapie, annexectomie bilatérale et inhibiteurs de l'aromatase – Femara), et ont dès lors écarté le diagnostic de fibromyalgie. Ils ont par ailleurs retenu un épisode dépressif moyen.

Ils ont considéré que l'assurée pourrait assumer une activité lucrative de secrétaire à un taux de 50%, avec un rendement peut-être légèrement diminué en raison de la baisse de ses capacités de concentration.

10. Le SMR a considéré que le rapport d'expertise qui lui était soumis n'était pas une expertise pluridisciplinaire, puisque les parties et les diagnostics étaient séparés. Il s'est dès lors expressément référé à son précédent avis du 5 avril 2011, et conclu à une incapacité de travail de 50%.
11. L'assurée a quant à elle rappelé que le diagnostic de fibromyalgie avait été totalement écarté et pris note du taux retenu de 50%.
12. En l'espèce, l'expertise réalisée par les Drs F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ satisfait aux réquisits développés par la jurisprudence et doit dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les experts ont en effet étudié le dossier médical de l'assurée, établi l'anamnèse, recensé ses plaintes et se sont entretenus avec les médecins traitants. Ils ont également procédé à des examens cliniques et ont pris des conclusions claires, qu'ils ont pris soin de motiver de manière convaincante.

Les critiques formulées par le SMR à l'égard de l'expertise à propos de l'absence de caractère multidisciplinaire tombent à faux, dans la mesure où les experts se sont précisément réunis en consilium pour répondre aux questions qui leur étaient posées.

Il convient quoi qu'il en soit de retenir ce taux de 50%.

13. Reste à déterminer le degré d'invalidité.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

14. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de

---

comparaison des revenus [art. 28a al.1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 a al.2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [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]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. 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 (ATF 117 V 195 consid. 3b; VSI 1996 p. 209 consid. 1c). 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 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

15. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF

126 V 76 consid. 3b/aa et bb). En règle générale, il convient de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne total du tableau relatif au «secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Cette solution est en particulier justifiée lorsque la personne assurée ne pourra plus exercer son activité habituelle et qu'elle est tenue de trouver un emploi dans un nouveau domaine d'activité, l'intégralité du marché du travail étant ainsi à sa disposition (arrêt 9C\_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés aux ATF 133 V 545, et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Dans ce contexte, il a été jugé que la réduction des salaires issus des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

L'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. Par travaux habituels d'une personne travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa; ATFA du 20 avril 2007, I 288/06).

La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, 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.

En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé, l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assuré (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine (sur les exigences relatives à la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, voir arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, 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 (arrêts 8C\_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137). 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. Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (consid. 2.3.2 arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002), puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (arrêt I 733/03 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3; arrêt 9C 108/2009 du 29 octobre 2009).

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c et 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 (arrêts D. du 14 janvier 2005 [I 308/04 et I 309/04] et S. du 11 août 2003 [I 681/02]). 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 (voir également Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222; ATFA du 17 mars 2005, I 257/04).

12. Selon l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité.

De jurisprudence constante le Tribunal fédéral des assurances a considéré que cette méthode était conforme à la loi et à la volonté du législateur (ATF 125 V 146).

16. En l'espèce, l'OAI a retenu un statut mixte pour l'assurée, réparti à raison de 80% pour la sphère professionnelle, et de 20% pour la sphère ménagère, ce que l'assurée ne conteste pas.
17. S'agissant de la part professionnelle, l'OAI a procédé correctement à la comparaison des gains, de sorte que le degré d'invalidité de 38% doit être confirmé pour une incapacité de travail de 50%.

18. L'assurée semble s'étonner de ce que les experts ne se soient pas prononcés - et de n'avoir pas été invités à le faire - sur l'incapacité de l'assurée de s'acquitter des tâches ménagères, et reproche à l'OAI, respectivement au SMR, de l'avoir fixée unilatéralement et arbitrairement à 28,5%.

Or, 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 ainsi 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'impuissance de l'assurance-invalidité (CIIAI). Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93), une telle enquête a valeur probante.

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).

19. De l'enquête ménagère réalisée le 30 septembre 2008, il résulte un degré d'incapacité à accomplir les tâches quotidiennes de 28,5%. L'assurée conteste ce taux.

Il y a lieu de relever d'emblée que l'enquêtrice chargée de déterminer les empêchements rencontrés par l'assurée dans la tenue de son ménage, a

expressément relevé que "dans la sphère ménagère, les empêchements de l'assurée sont relativement importants en raison de nombreuses limitations fonctionnelles".

Dans une note de travail datée du 2 juin 2010, elle a précisé que le taux retenu de 28,5% tenait non seulement compte de l'obligation de réduire le dommage de la part de l'assurée, mais également de l'aide exigible de la part des membres de sa famille, soit son mari et ses deux enfants âgés de 15 et 20 ans, dans l'ensemble des tâches ménagères.

20. La Cour de céans relève à titre liminaire que le rapport d'enquête ménagère a été élaboré par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux, que le résultat des observations effectuées est motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations. Par ailleurs, il n'est pas contesté que ce rapport correspond aux indications données sur place par la recourante. À la lumière de ces éléments, le rapport d'enquête ménagère du 30 septembre 2008 doit se voir reconnaître pleine valeur probante.
21. S'agissant du rapport d'enquête ménagère en tant que tel, la recourante ne remet pas en cause la pondération des différents champs d'activité par l'enquêtrice. En revanche, elle conteste les taux d'empêchement et d'exigibilité retenus pour la conduite du ménage (planification/organisation/répartition du travail/contrôle), - seul un empêchement de 10% a été pris en compte -, l'alimentation (préparation/cuisson/service/travaux de nettoyage de la cuisine/provisions), - son mari et sa fille assumant cette tâche -, et l'entretien du jardin, - seul son mari s'en occupant -. Elle considère qu'un taux de 100% aurait dû être fixé pour ces trois types d'activités.

S'agissant de l'entretien du logement (épousseter/passé l'aspirateur/entretenir les sols/nettoyer les vitres/faire les lits), dans la mesure où ce sont ses enfants, son mari ainsi que la femme de ménage qui s'en occupent, elle-même ne pouvant qu'épousseter et balayer, c'est un empêchement d'au moins 50%, et non de 40%, qui aurait dû s'imposer.

Si elle s'acquittait des tâches d'ordre administratif, elle était par ailleurs totalement incapable de faire ses courses, de sorte que son degré d'empêchement pour cette rubrique était d'au moins 75%.

L'assurée conclut ainsi à un taux d'empêchement à accomplir les travaux habituels de 76%.

Force est toutefois de constater que c'est à juste titre que l'enquêtrice a tenu compte de l'aide apportée par le mari et les enfants de l'assurée. La Cour de céans relève à cet égard que la fixation d'une exigibilité globale de 30% à la charge du mari et des enfants dans la sphère ménagère paraît tout à fait admissible, quoi qu'en dise la

recourante (cf. ATAS 255/2013 du 13 mars 2013; ATAS 131/2013 du 5 février 2013; ATAS 1273/2012 du 23 octobre 2012 où une exigibilité de près de 30% avait été reconnue également).

Il résulte de ce qui précède qu'on ne saurait faire grief à l'intimé de s'être fondé sur les résultats de l'enquête du 23 septembre 2008, selon lesquels l'incapacité est de 28,5% dans la sphère ménagère.

Le degré d'invalidité de l'assurée doit ainsi se calculer sur la base d'une incapacité de gain de 38% et d'un empêchement à accomplir les travaux habituels de 29%, ce qui donne un degré d'invalidité total inférieur à 40%, de sorte que le recours ne peut être que rejeté.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
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

Nathalie LOCHER

La présidente

Doris GALEAZZI-  
WANGELER

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