

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3255/2015

ATAS/935/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 novembre 2016

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Cyril AELLEN

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNOPFE et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), domiciliée à Genève, née le _____1962, suisse d'origine portugaise, mariée, trois enfants nés respectivement le _____ 1983, _____ 1991 et _____ 1998, a déposé une demande de prestations AI auprès de l'OAI de Genève le 28 avril 2014. Elle était atteinte dans sa santé, en l'espèce d'une polyarthrite rhumatoïde, existant depuis février 2013. Elle était actuellement en traitement auprès de la doctoresse B_____, FMH en médecine générale, depuis septembre 2006, du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main - chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour des douleurs articulaires aux poignets dès le 1^{er} mars 2013, du docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, pour la polyarthrite rhumatoïde, depuis le 19 mars 2013.
2. Le 16 mai 2014, le Dr D_____ a retourné le questionnaire médical à l'OAI. Il a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de polyarthrite rhumatoïde séropositive (facteur rhumatoïde, Ac anti-CCP [Anticorps anti-peptides cycliques citrullinés]) depuis mars 2013: la cause de l'incapacité de travail est la maladie, et les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, d'hypertension artérielle traitée (depuis une date indéterminée), et de status après lombosciatalgies droites en 2012/2013. Le traitement ambulatoire en cours par lui-même, avait débuté le 19 septembre 2013, et le dernier contrôle remontait au 16 mai 2014, jour de l'établissement du rapport médical. Sur le plan anamnestique, il a noté que la patiente avait développé en février 2013 des arthralgies migrantes avec la notion anamnestique de tuméfactions articulaires, affectant notamment le poignet droit, survenant par crises de quelques jours. Un bilan biologique a montré un syndrome inflammatoire biologique, ainsi que la présence de facteur rhumatoïde et Ac anti-CCP. Un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde (ci-après aussi : PR) été posé et un traitement de Methotroxate instauré. En raison d'une mauvaise tolérance à ce médicament, il a été remplacé par du Léflunomide 20mg/j . Elle a reçu aussi de la Prednisone à différentes doses et ce dernier médicament l'a beaucoup soulagée. L'évolution est plutôt favorable, même s'il reste des douleurs fluctuantes. Lors du dernier contrôle elle se plaint encore d'épisodes de douleurs articulaires, bien qu'elles soient moins fortes et fréquentes qu'auparavant. Il persiste par ailleurs un léger syndrome inflammatoire biologique. Au dernier contrôle (16/5/2014) : pas de tuméfactions articulaires, pas de douleurs à la palpation des différentes articulations, même si la patiente se plaint d'épisodes récidivants d'arthralgies. En mars 2014 DAS28 ((Disease Activity Index 28 - indice d'activité de la PR) à 3.53. Le pronostic est modérément bon. Il n'est pas impossible que la corrélation entre les éléments objectifs et subjectifs (tuméfaction articulaire vs douleurs) ne soit pas très élevée. Il lui a été proposé d'instaurer une biothérapie puisque l'évolution n'est pas complètement favorable, mais elle ne le veut pas jusqu'à maintenant. S'agissant de l'incapacité de travail, en tant que repasseuse, ce médecin la situe à hauteur de 50 % dès le 5 novembre 2013, actuellement en cours. Les restrictions physiques

existantes sont les suivantes : difficultés à faire des travaux manuels comme le repassage, ainsi que des mouvements répétitifs en raison d'épisodes douloureux aux mains/poignets, et autres articulations des membres supérieurs. La symptomatologie se manifeste par une exacerbation de ses douleurs, lâchage d'objets,... Du point de vue médical l'activité exercée est encore exigible à hauteur de 50 %. Le rendement est réduit probablement de 30 à 50 % environ sur un temps de travail de 100 %. Une activité adaptée, sans port de charges ni mouvements répétitifs des membres supérieurs,..., est possible à raison d'environ sept heures par jour. Les restrictions énumérées peuvent être réduites par des mesures médicales, peut-être par une biothérapie de sa polyarthrite rhumatoïde. Elle n'a toutefois pas souhaité ce traitement jusqu'à maintenant. À la question de savoir si une reprise de l'activité professionnelle respectivement une amélioration de la capacité de travail était possible, ce médecin a répondu négativement. Il a enfin précisé qu'un contact avait eu lieu entre lui-même et l'assureur perte de gain AXA Winterthur en décembre 2013. Il a enfin précisé qu'il n'avait pas revu la patiente depuis le « 10 février 2014 » (sic !) et une nouvelle consultation n'était pas prévue. Il ne sait donc pas comment elle a évolué. Il a annexé à sa réponse ses propres rapports médicaux des 19 et 26 mars, 2 septembre et 8 novembre 2013 à la Dresse B_____, le rapport d'interprétation des radiographies des mains et des pieds du 12 mai 2014, le rapport d'interprétation d'une IRM de la colonne lombaire du 13 septembre 2012 ; copie des examens sanguins du 12 mai 2014. Il a en outre répondu au questionnaire spécifique sur les travaux qui peuvent encore être exigés de la personne assurée, compte tenu des limitations dues à l'état de santé, dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap.

3. Le 13 mai 2014 le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, a établi un rapport de bilan radiologique des mains et des pieds, adressé au Dr D_____. Il arrive à la conclusion qu'il n'y a pas d'atteinte spécifique de rhumatisme inflammatoire chronique notamment de type polyarthrite rhumatoïde. La minéralisation osseuse semble préservée. Atteinte dégénérative légère des mains et des pieds.
4. L'employeur a retourné le questionnaire spécifique à l'OAI le 20 mai 2014 : l'assurée a été engagée dès le 1^{er} septembre 2008, à 50 % et sur appel. Les rapports de travail étaient toujours en vigueur à ce jour. Avant l'atteinte à la santé elle travaillait dans le repassage et la calandre. Depuis l'atteinte à la santé (17/9/2013) elle travaille toujours à 50% dans le repassage de vestes, chemises et pantalons. Le nombre d'heures par jour, respectivement par semaine, dans l'entreprise, pour les personnes - comme l'assurée - travaillant sur appel est variable. Depuis le 1^{er} janvier 2012, le salaire horaire de base est de CHF 19.- l'heure + 8.33% vacances. Les jours fériés sont indemnisés sur les mêmes bases. L'employée se trouvait actuellement à l'assurance, à 50 %. Elle percevait des indemnités journalières pour maladie. Les périodes d'incapacité de travail avaient été les suivantes : du 19 septembre au 4 novembre 2013 à 100 % ; du 5 novembre 2013 à ce jour à 50 %.

-
5. Le 27 mai 2014 l'ORP a indiqué à l'OAI que la 1^{ère} date d'inscription à l'OCE était le 1^{er} avril 2007 pour un taux d'activité 50%.
 6. Le 5 juin 2014 la Dresse B_____ a adressé un rapport à l'OAI : elle a posé les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séropositive depuis mars 2013 avec effet sur la capacité de travail, et d'hypertension artérielle depuis décembre 2013 sans effet sur la capacité de travail. Elle suivait cette patiente du 26 septembre 2006 à ce jour, et la date du dernier contrôle remontait au 19 mars 2014. Anamnèse médicale : douleurs articulaires et gonflements articulaires depuis février 2013. (suivi voir Dr D_____). Quant au pronostic, elle a mentionné « maladie chronique ». S'agissant des recommandations pour la future thérapie, elle préconise un suivi toutes les quatre à huit semaines chez le rhumatologue. Rendement au travail : diminué car le contrôle de la polyarthrite n'est pas optimal. S'agissant de savoir si des mesures de réadaptation professionnelle sont possibles et si les restrictions énumérées pourraient être réduites par des mesures médicales, elle indique : « possible, mais pas certain. À revoir avec le Dr. D_____ » Elle ne savait pas si l'on pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Quant aux travaux pouvant encore être exigés de la personne assurée, compte tenu des limitations, il étaient, dès mars 2013, possibles à 50 % (quatre heures par jour) en position assise, debout, ou dans différentes positions, mais les activités exercées principalement en marchant, en se penchant, en travaillant avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie ou à genoux, de même que celles consistant à soulever ou porter (limité à 2-3 kg), et à monter sur une échelle ou un échafaudage, n'étaient pas possibles. La capacité de concentration et de compréhension n'était pas limitée; en revanche la capacité d'adaptation et de résistance était limitée en raison des douleurs chroniques.
 7. AXA Winterthur a adressé la copie de son dossier à l'OAI le 16 juin 2014. Il en ressort notamment que l'assureur perte de gain maladie avait versé des indemnités journalières pour les périodes suivantes : à 100 % du 17 octobre au 4 novembre 2013; à 50 % dès le 5 novembre 2013, et toujours en cours.
 8. Le 5 octobre 2014, le Dr D_____ a retourné un questionnaire médical actualisé à l'OAI : l'état de santé s'était aggravé : changement de diagnostic avec effet sur capacité de travail (surtout depuis l'été 2014) : douleurs aux pieds (métatarsalgies bilatérales) en investigation ; bursites intercapitométarsiennes ? Névrome de Morton, IRM avant-pieds prévue ; douleurs dans les épaules avec des signes de conflits sous-acromial et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs (incapacitantes dans une moindre mesure que pour les pieds). La patiente est toujours traitée pour la PR; et quant à l'évolution de l'état de santé, depuis l'été 2014, la patiente souffre de douleurs d'avant-pieds surtout en position debout, ainsi que de douleurs des épaules prédominant à droite augmentant lors des mouvements notamment d'élévation des épaules. Elle continue par ailleurs à se plaindre de douleurs articulaires migrantes, diffuses, intermittentes. Au dernier rendez-vous (3/10/2014), il y avait principalement des douleurs des avant-pieds et des épaules. Dans une

annexe à son rapport il a indiqué que les limitations fonctionnelles observées étaient des difficultés à rester debout et à marcher de façon prolongée, difficultés à porter des charges lourdes, à travailler avec les bras en hauteur. Quant à la capacité de travail, elle est de 50 % dans le poste de travail occupé en tant que repasseuse dans une blanchisserie (précisant que l'augmentation de ce taux n'est pas possible), et de 70 % dans une autre activité adaptée telle que le travail de bureau/administratif. S'agissant de la compliance de la patiente, il n'avait pas de raison d'en douter. Quant à la concordance entre les plaintes et l'examen clinique, en ce qui concerne les métatarsalgies des pieds, il pense que oui (« il y a un aspect inflammatoire »); pour les douleurs les signes sont cohérents avec les plaintes. Pour les autres plaintes : corrélation moins bonne. Le traitement en cours consiste dans le port d'orthèses plantaires (barre d'appui rétrocapital), Léflunomide 10-20mg/j, Prednisone 2.5 mg/j. Enfin, il ne pensait pas qu'un examen médical complémentaire soit nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail, les choses lui paraissant claires.

9. L'avis médical du SMR du 6 novembre 2014 reprend les conclusions du Dr D_____ : polyarthrite rhumatoïde ; capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle - 70% dans une activité adaptée. Présence d'anticorps spécifiques, d'un syndrome inflammatoire et de douleurs et tuméfaction au poignet aux avant-pieds et aux épaules. Evolution incertaine, l'incapacité de travail peut être totale lors de poussées. En raison du statut mixte, une enquête ménagère est nécessaire pour évaluer les empêchements dans les activités habituelles. A réévaluer dans deux ans.
10. L'OAI a établi une note sur le statut de l'assurée, le 14 novembre 2014: selon l'employeur, l'assurée travaille à un taux variable, pour un salaire de CHF 19.- /h. En 2013, son revenu a été de CHF 10'320.-, ce qui va dans le sens qu'elle travaille à un taux inférieur à 50%. Mais avant son emploi actuel elle était au chômage, recherchant un poste à 50%. En conséquence, il est proposé de retenir un statut mixte à hauteur de 50 % actif, et 50 % dans la sphère ménagère.
11. L'enquête ménagère a eu lieu le 12 janvier 2015 au domicile de l'assurée en présence de sa fille cadette (1991), et a duré 1h 25'. Après avoir rappelé le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde posé en septembre 2013, ce rapport consigne l'essentiel de la formation scolaire et du parcours professionnel de l'assurée, en particulier depuis son arrivée en Suisse en 1986. L'assurée indique que sans handicap elle aurait poursuivi son activité d'aide en blanchisserie au même taux d'activité, soit un travail sur appel pour un maximum de 50 %. La situation financière du couple est notamment caractérisée par une charge de loyer de CHF 2'010.- par mois, un revenu de l'époux de l'ordre de CHF 72'000.-/an en tant que chauffeur de taxi indépendant. Les primes d'assurance-maladie représentent CHF 1'300.- par mois pour la famille, les subsides d'assurance-maladie sont de CHF 310.- par mois, les allocations familiales de CHF 900.-, à quoi s'ajoute une bourse d'études pour la fille cadette de CHF 5'000,- par année. Le couple n'a ni dettes ni poursuites. L'assurée a une activité lucrative d'aide en blanchisserie, sur

appel, pour un maximum de 50 %. L'incapacité de travail durable est apparue dès septembre 2013, pour des raisons de santé. L'assurée a poursuivi son activité en travaillant une heure trente par jour le matin, cinq jours par semaine. Le ménage est composé, outre de l'assurée, de son mari et des deux enfants respectivement nés en 1991 et 1998. Les caractéristiques locales : Meyrin-Village, appartement de cinq pièces avec petit balcon au 2^e étage d'un immeuble à plusieurs familles, équipements techniques à disposition; transports publics à proximité immédiate, principaux commerces à 50m, l'assurée circulant en voiture pour des petits trajets.

Quant aux divers travaux et activités, ils ont été évalués selon le tableau ci-dessous – établi par la chambre de céans sur la base des données retenues - et la comparaison descriptive détaillée entre la période ayant précédé l'atteinte à la santé et la situation actuelle :

Champ d'activités	Exigibilité	Pondération champ d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
5.1 conduite du ménage 2-5 % exigibilité	0 %	3 %	0 % 0 %	0% 0 %
5.2 Alimentation 10-50 % Préparation/cuisson /service/nettoyage cuisine/provisions exigibilité	30 %	35%	60% 30 %	21 % 10.5%
5.3 Entretien du logement 5-20 % épousseter/aspirateur/sols/vitres/lits exigibilité	40 %	20 %	60 % 20 %	12 % 4 %
5.4 Emplettes et courses div. 5-10% poste/assurances/services officiels exigibilité	30 %	10%	30 % 0 %	3 % 0 %
5.5 Lessive/entretien des vêtements 5-20% laver/suspendre/ramasser/repasser..., exigibilité	30%	20%	50% 20 %	10 % 4 %
5.6 Soins aux enfants et aux autres membres de la famille 0-30% Exigibilité	0 %	10 %	0 % 0 %	0 % 0 %
5.7 Divers 0-50% soins infirmiers/entretien plantes et jardin/animaux domestiques/confection vêtements/activités d'utilité publique/formation complémentaire/... exigibilité		2%	10 %	0.2 %

	0 %		80 %	0.2 %
Total du champ d'activité				100 %
Total de l'exigibilité retenue				27.5 %
Total-empêchement pondéré sans exigibilité				46.2%
Total – empêchement pondéré avec exigibilité				18.7 %

La conduite du ménage (5.1) : avant l'atteinte, réalisée sans empêchement. Après l'atteinte, réalisée sans empêchement, Madame délègue plus d'activités à son entourage mais continue à organiser et planifier le ménage de manière autonome.

L'alimentation (5.2) : avant l'atteinte, l'assurée s'occupait seule de la préparation des repas pour la famille. Elle consacrait du temps à cette activité qui lui plaisait. Elle préparait un repas léger à midi et un repas complet le soir pour la famille; les repas étaient composés de légumes frais et variés, de viande et de féculents. Elle assumait seule les nettoyages de la cuisine, vaisselle à la main, mettre et débarrasser la table, ranger la cuisine. Depuis l'atteinte elle peine à préparer des repas comme elle le faisait auparavant. Elle doit souvent demander de l'aide à sa fille. Elle a simplifié la préparation des repas et elle se contente de préparer des pâtes avec du fromage de plus en plus souvent. La plupart du temps elle a besoin que sa fille l'aide pour une partie de la préparation du repas. Elle a fait l'acquisition d'un lave-vaisselle car elle n'arrivait plus à faire la vaisselle en raison de sa maladie qui provoque une rigidité/inflammation et des douleurs dans les doigts et les poignets.

L'entretien du logement (5.3) : avant l'atteinte, Madame effectuait seule le ménage de l'appartement familial, un peu tous les jours et à fond durant le week-end. Elle nettoyait les sanitaires plusieurs fois par semaine, passait l'aspirateur, nettoyait le sol avec la serpillière. Elle faisait les lits tous les jours et changeait les draps une fois par semaine. Les vitres étaient nettoyées deux fois par année. Après l'atteinte, l'assurée ne peut plus assumer seules les tâches ménagères en raison des douleurs aux mains, épaules et pieds. Elle effectue des petites tâches ne nécessitant pas de travail en force. Elle peut passer le chiffon à poussière et éventuellement le balai sur le sol et faire des petits rangements ne nécessitant pas de port de charges. Les autres tâches sont généralement réalisées par sa fille qu'elle dit beaucoup solliciter, et parfois son époux. Sa fille passe l'aspirateur, nettoie les sanitaires, aide à faire et défaire le lit. Les vitres n'ont plus été faites depuis plusieurs mois. Les nettoyages ne sont plus réalisés.

Emplettes et courses diverses (5.4) : avant l'atteinte, elle faisait les grandes emplettes deux fois par semaine avec son mari en France. Elle effectuait de petites emplettes en semaine. La partie administrative a toujours été gérée par le couple. Depuis l'atteinte, la situation est restée identique. Lors des grandes courses, elle ne

peut toutefois plus prendre les articles lourds dans les rayons pour les mettre dans le chariot. Elle fait des petites emplettes la semaine si nécessaire. La partie administrative est toujours gérée en commun par le couple.

Lessive et entretien des vêtements (5.5) : avant l'atteinte, l'assurée s'occupait seule de l'entretien du linge pour toute la famille. Elle repassait la totalité du linge. Après l'atteinte, elle dit pouvoir trier le linge et le mettre en machine. Elle fait des machines tous les jours. Elle sort le linge mouillé de la machine avec difficulté, mais ne peut pas l'étendre, c'est sa fille qui le fait en rentrant de l'école. Elle peut plier et ranger le linge dans les armoires. Elle ne repasse que les chemises dont sa fille a besoin pour l'école (école hôtelière).

Soins aux enfants ou autres membres de la famille (5-6) : avant l'atteinte, les enfants étaient – et sont toujours - en formation. Pas de difficultés à apporter l'encadrement nécessaire à de jeunes adultes. Depuis l'atteinte à la santé, l'assurée apporte le soutien et l'encadrement dont ses grands enfants en formation ont besoin.

Divers (5.7) : avant l'atteinte, pas d'activité d'utilité publique. Un chat dont elle s'occupait sans empêchement. Depuis l'atteinte, l'assurée continue à s'occuper du chat. Elle a toutefois besoin d'aide - le plus souvent de sa fille - pour changer la caisse.

De manière générale, les travaux ménagers que l'assurée ne peut plus accomplir elle-même en raison de son invalidité sont accomplis par sa fille, son époux et son fils.

En conclusion, et en résumé : le statut devra être déterminé par le gestionnaire, au vu des éléments apportés. Le total d'empêchement pondéré est de 46.20 % sans exigibilité et de 18.70 % avec exigibilité (arrondi à 19 %). L'exigibilité retenue de la famille est de 27.5 %. Spécifiquement, les empêchements pour l'entretien de l'appartement sont importants. L'assurée peut assumer les tâches ménagères légères. Elle explique que sa maladie provoque des crises de manière très régulière, environ quatre fois par mois, une crise durant environ trois jours. Lors des crises elle ne parvient plus à assumer les tâches ménagères sinon de manière très partielle. Elle a poursuivi son activité d'aide en blanchisserie à hauteur d'une heure trente par jour, cinq jours par semaine. Elle dit faire beaucoup d'efforts pour assumer cet horaire; sa patronne est très compréhensive et adapte l'activité aux possibilités de l'assurée. Son lieu de travail se trouve à cinq minutes en voiture de son domicile. L'enquêtrice a pu observer sur place que l'assurée se mobilise avec difficulté. Interrogée sur sa capacité à accomplir les actes de la vie quotidienne (se vêtir, se laver...), elle est autonome mais accomplit les actes avec difficulté et en prenant son temps. Il n'y a pas d'impotence actuellement.

12. Le 30 janvier 2015, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Sur la base des renseignements à disposition le statut retenu est celui d'une personne exerçant une activité professionnelle à 50 % et se consacrant à ses travaux habituels pour les 50 %

restants. L'enquête ménagère a déterminé que l'assurée présente un empêchement de 19 % dans la sphère ménagère. S'agissant de la part correspondant à l'activité professionnelle, le SMR estime la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle nulle dès le mois de septembre 2013 puis de 50 % dès le mois de novembre 2013. Le service médical précise également que la capacité de travail dans une activité adaptée est de 70 % dès le mois de novembre 2013. Étant donné le statut de l'assurée (mixte 50 % / 50 %) il n'y a pas de perte de gain, et donc pas d'invalidité en ce qui concerne la sphère professionnelle :

Activité partielle	Part	Perte économique Empêchement	% invalidité
Activité lucrative	50 %	0 %	0 %
Ménage	50 %	19 %	9 %
Degré d'invalidité total			9 %

13. Par courrier non daté mais reçu le 26 février 2015 par l'OAI, l'assurée a contesté ce projet de décision. Atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde séropositive, elle ne peut malheureusement plus travailler dans sa profession. Le rapport sur son état a également été fait par une infirmière (enquête ménagère). Elle a un contrat de travail de blanchisseuse repasseuse couturière à la demande, selon les besoins de l'entreprise. Elle n'a donc pas de salaire ni d'horaires fixes. Depuis qu'elle est malade elle travaille seulement entre 20 et 25 heures par mois car sa maladie l'empêche de faire certains travaux (blanchisserie et couture). Son rhumatologue traitant a également décrit sa situation et son état de santé en détail. Elle joignait à sa lettre un courrier de son rhumatologue du 18 février 2015:

Le Dr D_____ réagissant au projet de décision rappelle l'origine du suivi qu'il assure depuis le 19 mars 2013, et son évolution telle que décrite dans les divers documents médicaux déjà évoqués. En décembre 2014 l'évolution était favorable au niveau des pieds mais la patiente se plaignait d'une dyspnée depuis deux semaines et d'une asthénie sévère. L'auscultation cardiaque et pulmonaire est normale. Mais, suspectant une atteinte pulmonaire interstitielle dans le cadre de sa polyarthrite rhumatoïde, il avait demandé à la patiente d'effectuer des radiographies du thorax et de le recontacter ensuite. Il était prévu qu'il l'adresse à un pneumologue et qu'un CT pulmonaire soit organisé en fonction de l'évolution. La patiente ne l'a pas recontacté mais il semble qu'elle ait fait une grippe en janvier 2015, ce qui avait retardé le bilan prévu. Une atteinte pulmonaire associée à la PR n'est donc pour le moment pas exclue. Il avait à plusieurs reprises, en dernier lieu en novembre et décembre 2014, évoqué avec la patiente la possibilité de débiter un traitement d'inhibiteurs du TNF, mais elle a été jusqu'ici plutôt hésitante à ces nouveaux traitements. Pour lui à fin février 2015 quelle que soit l'activité il y a en tout cas une incapacité de travail de 40 à 50%. Toutes les activités envisageables nécessitent qu'elle marche, reste debout,... Il lui semble donc que le projet de décision de l'AI soit contestable et qu'une évaluation dans le cadre d'une expertise rhumatologique serait utile.

14. Le SMR a réexaminé le dossier en date du 13 août 2015 après ce dernier avis du Dr D_____. La situation est en pratique la même qu'avant : le rhumatologue traitant confirme la capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, mais il explique que contrairement à sa précédente évaluation, compte tenu de la persistance de signes inflammatoires, la capacité dans une activité adaptée est seulement de 50 %. En conclusion il faut considérer que la capacité de travail est de 50 % dans toute activité.
15. Sur quoi l'OAI a notifié son refus de rente et de mesures professionnelles par décision du 25 août 2015. Le nouveau rapport de son rhumatologue, produit à l'appui de la contestation du projet, avait été soumis au SMR, qui est d'avis qu'il y a lieu de considérer que sa capacité de travail est de 50 % dans toute activité. La différence par rapport à la précédente évaluation réside dans l'application de la capacité de travail dans une activité adaptée qui n'est plus de 70 % mais arrêtée aussi à 50 %. Ainsi, les constatations initiales de l'OAI déterminant un degré d'invalidité global de 9 %, sont confirmées. Des mesures professionnelles ne seraient pas de nature à améliorer sa capacité de travail et de gain.
16. Le 21 septembre 2014 (recte: 2015) l'assurée a recouru contre la décision du 21 août 2015. La décision contestée a été établie sur la base des éléments existants en février (2015), mais entre-temps la maladie avait évolué et elle a malheureusement dû s'arrêter de travailler à fin juin 2015. Cela ne figure pas dans son dossier. Elle ne peut plus travailler dans son métier et n'a pas les fonds nécessaires pour prendre en charge la maladie. Elle n'a pas été expertisée par des médecins de l'OAI, et se demande comment l'intimé a pu prendre une décision sans examen préalable par des médecins. Elle conclut à ce que son dossier soit revu et complété avec les nouveaux éléments, pour prouver qu'elle est bien malade et que sa maladie l'empêche de travailler.
17. Le 19 octobre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant qu'il ressortait du rapport du Dr D_____ du 18 février 2015 et de l'avis du SMR du 13 août 2015 que l'assurée a une capacité de travail de 50 % dans toute activité. Les griefs invoqués n'apportent aucun élément concret susceptible de remettre en cause les conclusions du SMR et celles du rhumatologue traitant. Le dossier tel qu'il a été instruit a permis de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et l'incapacité de travail de la recourante, de sorte que la mise en œuvre de mesures d'investigations complémentaires s'avère inutile.
18. Les parties ont été entendues en comparution personnelle le 9 novembre 2015, la recourante étant désormais assistée de son conseil désigné d'office et au bénéfice de l'assistance juridique.

La recourante a déclaré en substance: « Je suis toujours en incapacité totale de travail à ce jour, depuis juin 2015. J'ai reçu les prestations de l'assurance perte de gain maladie jusqu'au 16 septembre 2015. Par la suite, soit au mois d'octobre, pour fin décembre, j'ai reçu mon congé de la part de mon employeur. Je n'ai pas

interpellé l'intimé pour signaler l'aggravation de mon état de santé car je pensais que le Dr D_____ aurait informé l'office de ces faits. Je me suis aperçue de ce que rien n'avait été fait dans ce sens au moment où j'ai reçu la décision attaquée. Je verse à la procédure un chargé de cinq pièces, ainsi qu'une lettre de l'Institut de recherche appliquée en allergologie (Dr F_____) du 6 novembre 2015. » (*Et en relation avec les pièces produites à l'audience*) : « Cela fait plus d'une année que la Dresse G_____ me suit. Il est exact qu'elle n'est jamais intervenue dans le cadre de la procédure AI. C'était le Dr D_____ qui s'en occupait. S'agissant de la Dresse H_____, il s'agit de ma nouvelle rhumatologue. Quant à la Dresse I_____, il s'agit de la chirurgienne orthopédique qui s'occupe de mes pieds. Ces deux derniers médecins me suivent depuis septembre 2015. »

Malgré ce qui ressort d'un document médical du Dr J_____ du 16 mai 2014 (pièce 6 dossier intimé), la recourante a confirmé qu'elle n'a jamais été suivie au printemps 2014 pour les suites d'un accident ayant entraîné un traumatisme au niveau de la main gauche ; tous ses problèmes sont liés à la polyarthrite rhumatisante, en l'espèce à la main droite. Les documents médicaux auxquels il est fait référence doivent concerner une autre personne qui porte le même nom qu'elle. Ce qui est confirmé par un certificat du Dr. C_____ du 2 novembre 2015.

La chambre de céans se référant au rapport employeur adressé à l'intimé le 20 mai 2014 qui indiquait qu'elle travaillait à 50 %, et qu'elle était actuellement à l'assurance à 50 %, et demandant à la recourante ce que cela signifiait en termes de travail, pour la période concernée, soit en 2014 jusqu'en février voire jusqu'en juin 2015, la recourante a précisé : « ..., c'est en effet un aspect que je n'ai pas moi-même très bien compris : lorsque j'ai été engagée par mon ancienne patronne, je travaillais donc à la demande. Lorsqu'il y avait du travail, je l'effectuais, et lorsqu'il n'y en avait pas, on ne m'appelait pas. Lorsque sont apparus les symptômes de ma maladie, j'ai dû interrompre mon activité pendant quelques mois. C'est à ce moment-là que ma patronne est intervenue auprès de l'assureur indemnités journalières et qu'ils ont évalué la proportion de mon travail à vingt-cinq heures par mois en moyenne. »

Mme K_____, pour l'intimé, a indiqué qu'au vu des documents médicaux produits à l'audience de ce jour, elle allait les soumettre au SMR et communiquerait ensuite la détermination de l'OAI.

Sur quoi un délai a été imparti à l'intimé pour se déterminer sur les nouveaux documents médicaux, la suite de la procédure étant réservée.

19. Par courrier du 7 décembre 2015, l'intimé, se basant sur l'avis du SMR, considère que les renseignements médicaux nouvellement produits par la recourante, et les explications complémentaires amenées par celle-ci en comparution personnelle ne lui permettent pas de faire une appréciation différente du cas. Il a en conséquence maintenu ses conclusions en rejet du recours.

Le rapport du SMR du 17 novembre 2015, se fondant sur les pièces médicales versées à la procédure lors de l'audience de comparution personnelle, observe : le Dr F_____ suit l'assurée depuis juillet 2015 pour un problème d'urticaire et d'intolérance médicamenteuse. Il explique que lors des différents traitements l'assurée a présenté de nombreux effets secondaires. Mais il écrit que les conséquences des différentes atteintes ont été bien évaluées par les précédents médecins et sont toujours valables, confirmant les conclusions précédentes. Le Dr C_____ explique qu'il n'a suivi l'assurée que pour son problème de tunnel carpien. Il confirme que cette atteinte ne justifie que les limitations fonctionnelles déjà retenues. La Dresse G_____ écrit que l'assurée a présenté de nombreux effets secondaires, mais sans fournir aucun renseignement sur ceux-ci. Selon son rapport, c'est la patiente qui signale une aggravation depuis le mois de mai 2015, avec des limitations fonctionnelles plus importantes et une gêne pour effectuer les tâches ménagères. Elle confirme que c'est la patiente qui évalue les conséquences de son état de santé sur son ancienne activité professionnelle et sur les empêchements ménagers. Elle ne fournit aucune évaluation médicale de la situation. La Dresse B_____, médecin traitant, quant à elle, ne mentionne pas de problèmes particuliers quant aux différents traitements. Elle confirme même une amélioration de l'état physique de l'assurée. Elle signale l'atteinte du canal carpien, déjà connue, une hypertension artérielle, ne pouvant être incapacitante et un épisode dépressif réactionnel à la décision de l'OAI. La Dresse H_____, nouveau rhumatologue traitant, écrit que les atteintes articulaires des mains et des pieds ne lui permettent plus qu'«une activité légère en position plutôt assise, sans l'utilisation répétée des mains » et qu'un changement d'activité serait souhaitable, limitations déjà retenues auparavant. La Dresse I_____ signale des névromes de Morton des deux pieds, qui ne justifient qu'un traitement limité (infiltrations et orthèse plantaire). Elle ne signale aucune limitation fonctionnelle concernant la station debout ou la marche. Au vu des nouveaux éléments reçus, on ne peut retenir que les limitations fonctionnelles déjà retenues. Le rapport de l'employeur montre que l'ancienne activité respecte les limitations fonctionnelles. Il faut par conséquent s'en tenir aux conclusions précédentes.

20. Dans le délai, prolongé à sa demande au 29 janvier 2016, le conseil de la recourante a pris position par rapport à l'avis du SMR : s'agissant du rapport du Dr C_____, le SMR a totalement écarté, et sans raison, la remarque du médecin qui relève que l'état de santé de sa patiente ne lui permettait pas de reprendre une activité de force notamment de repassage et qu'un reclassement professionnel était souhaitable compte tenu de ses problèmes de tunnel carpien. Qui plus est la recourante est toujours en incapacité de travail complète, laquelle est attestée par certificats médicaux. Elle est régulièrement suivie par ses médecins traitants lesquels effectuent des contrôles périodiques tous les deux mois environ du fait de l'évolution constante de la maladie. Il ressort par ailleurs de la décision entreprise que l'OAI a estimé que la recourante exerçait une activité professionnelle à 50 %, et il a ainsi utilisé la méthode de calcul mixte pour calculer le degré d'invalidité. Or,

comme elle l'a indiqué en audience, elle n'exerçait pas une activité professionnelle à 50 %. Il ressort explicitement de son contrat de travail que l'intéressée a été engagée en 2008 pour un travail sur appel, pour deux jours par semaine, soit le lundi et le vendredi, pour une durée de trois heures par jour. Elle effectuait ainsi six heures de travail par semaine. C'est donc à tort que l'intimé a considéré qu'elle effectuait un horaire hebdomadaire d'environ vingt heures. Qui plus est par courrier du 1^{er} janvier 2011 (recte : 4 janvier), produit à l'appui de ses écritures, l'employeur de la recourante lui avait indiqué qu'en raison de la baisse de la clientèle il ne pouvait plus lui garantir un horaire hebdomadaire de six heures. Il avait donc été contraint de réduire le nombre d'heures effectuées par la recourante. Ainsi, compte tenu d'un taux horaire mensuel moyen de vingt heures, le taux d'activité de la recourante ne saurait être de 50 % comme retenu à tort par l'OAI, mais de 15 % au maximum. Il ressort d'ailleurs du rapport employeur du 20 mai 2014 que les salaires perçus par l'assurée de 2012 à 2014 ne correspondent pas à un salaire usuel pour un taux d'activité de 50 %. Par ailleurs, quand bien même il ressort du décompte de l'assurance perte de gain maladie conclu par l'employeur, que le salaire annuel de la recourante a été fixé à CHF 20'000, il ressort clairement des extraits annuels de salaire de l'intéressée, pour les années 2013 à 2015, que son salaire annuel n'a jamais atteint ce montant. En 2012, elle avait travaillé 692,5 heures, en 2013, 418 heures, et en 2014 95,5 heures. Ainsi, avant son incapacité de travail, soit en 2012, la recourante a travaillé 692,5 heures sur une année, ce qui équivaut à un taux d'activité d'environ 30 %. Pour l'année 2013, elle a travaillé 418 heures, ce qui correspond approximativement à un taux d'activité de 20 %. Dans le cadre de l'examen du dossier, l'intimé aurait par conséquent dû prendre en considération non pas un taux d'activité de 50 % mais tout au plus de 15 %, ce qui « ramène » (sic!) ainsi à 80 % le taux pour les activités dites de travaux habituels. Ainsi l'enquête ménagère ne prend pas en compte l'intégralité de l'invalidité de la recourante. Les calculs étant ainsi erronés, ces derniers devront être modifiés par l'OAI qui devra recalculer le degré d'invalidité de la recourante sur la base d'une nouvelle enquête ménagère. Au vu de ce qui précède, la recourante présente un degré d'invalidité de 100 %. En effet quand bien même le SMR estime que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50 % dans toute activité, cette estimation ne saurait être retenue, car elle est fondée sur une appréciation erronée des faits. En effet, ce service médical a fondé son appréciation en retenant que la recourante travaillait à 50 %, soit 20 heures par semaine. Il s'agissait toutefois de vingt heures par mois. Sa capacité de travail résiduelle devra donc être examinée en tenant compte de son précédent taux d'activité, soit 15 %. Elle a conclu en conséquence principalement à l'annulation de la décision de l'OAI du 21 août 2015, et à ce qu'il soit dit et ordonné l'octroi d'une rente-invalidité pleine et entière à la recourante, dès le 28 avril 2014 ; subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI, pour instruction complémentaire en particulier une expertise pluridisciplinaire et une nouvelle enquête ménagère.

A l'appui de ses écritures, elle a produit des documents complémentaires, dont certains ont été commentés dans son argumentation, et d'autres ne l'ont pas été. En tant que de besoin il y sera fait référence ci-dessous dans les considérants en droit.

21. Sur quoi la cause a été 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans 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).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

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; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et 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; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur l'évaluation du taux d'invalidité de la recourante, par l'intimé, sur la base d'un statut mixte, et singulièrement de déterminer si, par rapport à ce statut, la proportion entre la part active et la part dévolue aux activités ménagères a correctement été fixée.
6. 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).

7. 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

La détermination du taux d'invalidité ne saurait donc reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

8. 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).
9. 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). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

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 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

10. 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 (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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. 27^{bis} 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). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

11. 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).

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).

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).

b) 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04

du 14 janvier 2005 ainsi que 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

12. 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).

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 LPG), 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Les principes pertinents en l'espèce seront rappelés plus bas.

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004

consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).

14. 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 137 V 334 consid. 4.1).
15. a. En l'espèce, la recourante reproche tout d'abord à l'intimé d'avoir fixé son incapacité de gain à hauteur de 50% sans l'avoir fait examiner par des médecins, respectivement sans avoir ordonné d'expertise. Ce grief tombe à faux. En effet dans

ses avis successifs, autrement dit dans ses rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) le SMR a chaque fois repris à son compte après les avoir examinés les conclusions des médecins traitants en particulier ceux du Dr D_____, rhumatologue traitant de l'intéressée.

C'est le lieu de rappeler qu'un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

Dans son avis du 6 novembre 2014, le service médical de l'intimé a en effet retenu le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde posé par le rhumatologue de l'assurée et retenu l'évaluation par ce dernier de la capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle - 70% dans une activité adaptée. Il a retenu la présence d'anticorps spécifiques, d'un syndrome inflammatoire et de douleurs et tuméfaction au poignet aux avant-pieds et aux épaules, et de l'évolution incertaine évoquée par le médecin traitant, l'incapacité de travail pouvant être totale lors de poussées. En raison du statut mixte, il avait alors retenu la nécessité d'une enquête ménagère pour évaluer les empêchements dans les activités habituelles. A l'époque il préconisait de réévaluer la situation deux ans plus tard. Dans un second temps, dans le cadre de la procédure d'audition, au vu de la contestation du projet de refus de rente par l'assurée, le SMR avait réexaminé le dossier en date du 13 août 2015 après le dernier avis du Dr D_____. La situation était en pratique la même qu'avant : le rhumatologue traitant confirmait la capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, mais il expliquait que contrairement à sa précédente évaluation, compte tenu de la persistance de signes inflammatoires, la capacité dans une activité adaptée était seulement de 50 %. Le SMR avait conclu qu'il fallait considérer que la capacité de travail est de 50 % dans toute activité. Cette évaluation prenait très largement en compte l'opinion du médecin traitant, dès lors que ce dernier avait à l'époque indiqué que selon lui, à fin février 2015 quelle que soit l'activité il y a en tout cas une incapacité de travail de 40 à 50%. Et en définitive le SMR avait retenu le pourcentage le plus élevé de la fourchette évoquée par le médecin traitant. On ne

voit pas dès lors en quoi une expertise rhumatologique eût été nécessaire, dans la mesure où le service médical de l'intimé n'avait pas exprimé un avis différent du rhumatologue traitant, auquel renvoyait d'ailleurs l'autre médecin traitant généraliste de l'assurée, la Dresse B_____.

b. Certes la recourante relève dans son recours que la décision entreprise se fonde sur les avis médicaux recueillis en particulier jusqu'en février 2015, et elle allègue qu'entre-temps sa maladie aurait évolué et l'aurait contrainte de s'arrêter de travailler à fin juin 2015. Il y a lieu à cet égard de rappeler que saisi d'un recours, le juge des assurances sociales doit se prononcer dans la règle en fonction de l'état de fait existant au moment où la décision entreprise a été rendue. À ce sujet, la recourante ne conteste pas que la décision objet du recours prenait en compte l'état médical tel qu'il ressort du dossier de l'intimé au moment où elle a été rendue. Interrogée sur les raisons pour lesquelles l'éventuelle aggravation de son état de santé n'avait pas été signalée à l'intimé, à l'époque, la recourante a indiqué qu'elle partait de l'idée que son rhumatologue ferait le nécessaire, ce qui n'avait pas été le cas, et elle ne l'avait réalisé qu'à réception de la décision entreprise. Quoi qu'il en soit, l'intimé a néanmoins soumis à son service médical les documents médicaux nouveaux produits dans le cadre de la présente procédure. Le SMR s'est une nouvelle fois prononcé, dans un avis du 17 novembre 2015. Ainsi que cela ressort du chiffre 19 des faits retenus ci-dessus, le SMR a attentivement analysé les divers documents médicaux qui lui étaient soumis. Son avis est motivé, par rapport à chacun des avis exprimés par les nouveaux médecins consultés par la recourante, pendant la procédure de recours, ou dans la perspective de celle-ci. Les conclusions du SMR sont convaincantes. On rappellera également, par rapport au contexte dans lequel intervenaient ces nouveaux médecins, que d'une part la recourante avait été rendue attentive par l'assureur perte de gain, à l'occasion du décompte intermédiaire d'indemnités journalières du 23 juin 2015, que les prestations maximales, autrement dit le versement des indemnités journalières pour perte de gain maladie, seraient atteintes au 16 septembre 2015, mais aussi qu'après le projet de refus de rente de l'OAI, certes contesté par la recourante, une décision allait être rendue, qui pourrait ne pas nécessairement aller dans le sens souhaité par la recourante. On rappellera aussi que selon la jurisprudence, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

Ainsi, au vu de ce qui précède, les conclusions du SMR, sur lesquelles l'intimée a fondé son opinion, ne sauraient être remises en cause, en l'espèce, d'autant que les derniers rapports médicaux, produits en procédure, n'apportent pas d'éléments inconnus du dossier au moment où la décision querellée a été rendue, qui justifieraient en particulier une instruction complémentaire sous forme d'expertise, ainsi que le souhaite la recourante. La chambre de céans relèvera d'ailleurs que les

documents médicaux produits en cours de procédure ne peuvent, en tout état, se voir reconnaître une pleine valeur probante d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, dès juin 2015.

Ainsi, ce grief n'est pas fondé.

16. Dans un second grief, la recourante reproche à l'intimé d'avoir retenu qu'elle exerçait une activité à 50 %, et qu'il fallait ainsi se fonder sur le statut mixte de l'assurée de 50% active et 50% pour les autres tâches, et d'avoir dès lors choisi la méthode mixte pour l'évaluation du taux d'invalidité. Il y a dès lors lieu de vérifier si c'est à juste titre que l'intimé a retenu que l'on devait considérer que l'assurée doit être considérée comme étant active à 50 % et consacrerait les autres 50 % aux activités ménagères.

Dans une note sur le statut de l'assurée du 14 novembre 2014, l'OAI a retenu que selon l'employeur l'assurée travaillait à un taux variable, pour un salaire de CHF 19.- /h. En 2013 son revenu avait été de CHF 10'320.- ce qui va dans le sens qu'elle travaillait à un taux inférieur à 50%. Mais avant son emploi actuel elle était au chômage, recherchant un poste à 50%. En conséquence, il proposait de retenir un statut mixte à hauteur de 50 % actif, et 50 % dans la sphère ménagère.

La recourante objecte que, selon le contrat de travail conclu le 1^{er} septembre 2008, elle était engagée sur appel, pour deux jours par semaine, soit le lundi et le vendredi pour une durée de trois heures par jour, et qu'ainsi elle effectuait six heures de travail par semaine. Elle invoque, en plus, un courrier de l'employeur, du 4 janvier 2011, lui indiquant que dès le 1^{er} janvier 2011, l'employeur n'aurait plus la possibilité de l'employer dans les conditions actuelles, par suite de diminution de la clientèle. Elle en tire comme conclusion que dès ce moment-là l'employeur aurait été contraint de réduire le nombre d'heures effectuées par la recourante. Ainsi estime-t-elle que compte tenue d'un taux horaire mensuel moyen de vingt heures, son taux d'activité ne saurait être de 50 % comme retenu à tort par l'OAI, mais de 15 % au maximum.

Cette argumentation, purement théorique, ne résiste toutefois pas à l'examen. Il convient en effet de rappeler que le contrat de travail conclu en 2008 précise expressément que l'engagement est de durée indéterminée, qu'il est lié au bon fonctionnement de l'entreprise, que le travail sera effectué sur appel avec des horaires irréguliers, pour un salaire horaire convenu. Le contrat n'oblige ni l'employeur à offrir un temps de travail déterminé, ni le travailleur à accepter le travail proposé. Contrairement à ce que soutient la recourante, elle n'a donc pas été engagée pour deux jours par semaine, le lundi et le vendredi pour une durée de trois heures par jour. En effet, ce n'est pas ce que dit le contrat : il y est seulement mentionné que « *l'horaire de travail prévisible, mais non garanti, est de : les lundi et vendredi de 3 heures environ par jour remplacé par un autre jour si accord entre les parties.* »

Le dossier ne précise pas ce qu'il en a été de l'activité effective de la recourante, dès son engagement, et pour les années 2009 à 2011, ce qui n'est d'ailleurs pas déterminant en l'occurrence, l'employeur ayant néanmoins fourni à l'époque, à l'intimé, en réponse à sa demande, le relevé des salaires perçus de 2012, année précédant l'atteinte à la santé, au moment de l'établissement de ce rapport, soit le 14 mai 2014. Il ressort en effet de ce document que, pour l'année 2012, le salaire annuel de la recourante a été de CHF 14'552.80, soit, si l'on tient compte de quatre semaines de vacances annuelles, une moyenne de près de 14.5 heures par semaine. Certes cette moyenne est quelque peu inférieure à 20 heures par semaine, mais elle dépasse largement l'évaluation de la recourante pour asseoir son argumentation. Elle démontre également le caractère théorique et minimaliste des dispositions contractuelles susmentionnées, et qui plus est de la prévision pessimiste de l'employeur, au début janvier 2011, puisque dans la réalité, en tout cas en 2012 déjà, - à supposer qu'il y ait eu une baisse du travail confié en 2011-, le travail effectué en 2012 par la recourante était largement supérieur à ce qu'elle prétend déduire du contrat et du courrier du début 2011 annonçant une baisse prévisible de travail, due à la diminution de la clientèle. Ce qui laisse d'ailleurs supposer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que jusqu'en 2010 le volume de travail était très largement supérieur, approchant probablement les 50 %, ce qui expliquerait d'ailleurs fort bien la raison pour laquelle le contrat collectif d'assurance perte de gain maladie ait évalué le salaire annuel à CHF 20'000.-, qui a bien été pris pour base de l'indemnisation de la recourante jusqu'à mi-septembre 2015.

La recourante a voulu mettre en évidence une supposée réduction systématique et en quelque sorte exponentielle de son taux d'activité, passant de 692.5 heures en 2012 à 418 heures en 2013, et... 95.5 heures en 2014 ! Elle voudrait ainsi en déduire que l'OAI, au lieu de retenir un statut mixte à 50 %/50 %, aurait dû chiffrer ce statut à hauteur de 15 % pour la part active, et 85 % (80% dans ses écritures) pour la part des travaux ménagers. Ce raisonnement frise la témérité : en effet, non seulement la recourante compare des situations qui ne sont guère comparables, dès lors que l'année 2013 est précisément celle au cours de laquelle est apparue l'atteinte à la santé, diagnostiquée, selon ses médecins traitants, en février 2013 soit bien avant qu'apparaisse la première période d'incapacité de travail attestée médicalement. Il est toutefois hautement vraisemblable que dès février 2013, l'activité de la recourante ait été sensiblement affectée par son atteinte à la santé, ce qui se traduit d'ailleurs dans les chiffres mensuels indiqués par l'employeur, avec des variations à la hausse, pendant certains mois, parfaitement compatibles avec le caractère fluctuant de la maladie décrit par ses médecins. Pire encore : la recourante prétend qu'elle n'aurait travaillé en 2014 que 95.5 heures : elle perd toutefois de vue que le document sur lequel elle se fonde, soit le rapport de l'employeur, date de mi-mai 2014, et qu'il ne prenait en compte les heures effectuées pendant les seuls quatre premiers mois de l'année 2014 ! Et pourtant, la recourante produisait à l'appui de ses écritures la copie de son compte salaire personnel établi par

l'employeur, pour les années (complètes) 2013 à 2015, qui montrait à l'évidence que son argumentation n'était pas sérieusement soutenable, en tout cas pour 2014 au niveau du nombre d'heures travaillées.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le statut mixte retenu par l'intimé à hauteur de 50 % de part active et 50 % pour les travaux ménagers était pleinement justifié.

17. En tant que de besoin, dans la mesure où la recourante déduit de son argumentation précédente que les chiffres retenus par l'intimée dans le cadre de l'enquête ménagère seraient erronés, et qu'ainsi le dossier devrait être retourné à l'intimé pour qu'il procède à une nouvelle enquête ménagère, la chambre de céans relèvera, en plus de ce qui vient d'être dit concernant les proportions du statut mixte retenu, que la recourante ne critique ni le statut en tant que tel, ni les constatations de l'enquêtrice, et par conséquent leur valeur probante, par rapport à la pondération des diverses activités examinées, pas plus que la description des empêchements reconnus, et de l'exigibilité prise en compte. On relèvera d'ailleurs au nombre des constatations de l'enquêtrice que l'assurée indique que sans handicap elle aurait poursuivi son activité d'aide en blanchisserie au même taux d'activité, soit un travail sur appel pour un maximum de 50 %. La chambre de céans, à teneur des principes de jurisprudence rappelés précédemment, ne décèle aucun élément susceptible de remettre en cause la pertinence des observations de l'enquêtrice et la pleine valeur probante de ce rapport.

Il sera enfin relevé que, même à supposer que l'on veuille suivre l'argumentation de la recourante, en modifiant comme elle le soutient la répartition de la part active et de la part d'activités ménagères dans le statut mixte dont le principe n'est ni contesté ni contestable, que cela ne changerait rien à l'issue du litige, dans la mesure où le taux d'invalidité global resterait toujours largement inférieur au seuil légal donnant droit à une rente.

En tous points mal fondés, le recours sera rejeté.

18. 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, la recourante 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 [RFPA - E 5 10.03]).

**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 la perception d'un émolument à la charge de la recourante, dans le sens des considérants.
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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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