

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4204/2011

ATAS/926/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 septembre 2013

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame M _____, domiciliée à LE LIGNON, comparant
avec élection de domicile au service juridique de la protection
juridique d'AXA-ARAG (Maître Frédéric BOREL)

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après : l'assurée), née en 1952, de nationalité espagnole, est arrivée en Suisse en 1973.

De septembre 1990 à décembre 2009, l'assurée a travaillé en tant qu'aide à domicile à 80% (soit 32 h./sem.) pour la FONDATION DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS A DOMICILE (FSASD). Elle était rémunérée 59'274 fr. 80.

Auparavant, elle avait été concierge pendant sept ans (rapport d'évaluation du 7 juillet 2010).

Après une interruption d'activité de quelques trois mois, à compter du 3 mars 2010, l'assurée a réduit son taux d'activité à 40% (soit 16 h./sem.).

Puis, le 1^{er} mai 2011, l'assurée a conclu un contrat de travail à 50% (soit 20 h./sem.) avec le même employeur (note téléphonique du 13 mai 2011).

2. Dans l'intervalle, le 8 juin 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OAI) en invoquant des problèmes aux pieds et une incapacité de travail de 100% du 2 décembre 2009 au 2 mars 2010, de 50% depuis lors.
3. Lors d'un entretien téléphonique avec une gestionnaire de l'OAI le 18 juin 2010, l'assurée a expliqué ne pas vouloir d'une mesure de réadaptation. Il lui tenait en effet à cœur de continuer à exercer son métier d'aide à domicile.
4. Il a été décidé d'attendre le résultat des examens en cours auprès des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : HUG) avant d'envisager une quelconque mesure.
5. Dans un rapport du 3 janvier 2011, le Dr N_____, chirurgien orthopédique, a fait état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis l'été 2010 : les problèmes orthopédiques (talalgies plantaires) avaient diminué mais ses lombalgies avaient évolué en lombo-sciatalgiques à gauche et mené à la découverte d'une hernie discale au contact radiculaire (syndrome radiculaire gauche). Ce syndrome entraînant des douleurs en position assise, le médecin a conclu à une totale incapacité de travail dans une activité sédentaire, même adaptée. En revanche, il a estimé sa patiente capable d'exercer à 50% son activité habituelle d'aide à domicile. Le médecin a ajouté qu'une amélioration du syndrome radiculaire au cours du premier trimestre de l'année 2011 était possible.
6. Dans un rapport ultérieure du 15 février 2011, le Dr N_____ a confirmé la lente décrue des talalgies plantaires et le diagnostic de lombo-sciatalgie chronique sur hernie discale L4-L5 à gauche. Il a relevé qu'une infiltration lombaire pratiquée

le 7 décembre 2010 n'avait eu aucun effet. Le médecin a également persisté dans ses conclusions quant à la capacité de travail de sa patiente.

7. Le 13 mai 2011, Madame O_____, infirmière au service de santé du personnel de l'employeur de l'assurée, a informé l'OAI que l'intéressée avait dû limiter son taux d'activité à 50% en raison de son état de santé. Un nouveau contrat de travail en ce sens avait été conclu avec effet au 1^{er} mai 2011. Cette personne a indiqué par ailleurs que la FSASD n'offrait en général pas de poste d'aide à domicile à un taux supérieur à 80% (cf. questionnaire de l'employeur du 3 juin 2011). Le revenu de l'assurée s'élèverait désormais, à 50%, à 37'415 fr. 95 par an.
8. Dans un rapport du 7 juin 2011, le Dr N_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était désormais stationnaire. Le problème des talalgies plantaires était résolu, mais les lombo-sciatalgies chroniques gauches persistaient. Elles avaient pour conséquence l'obligation d'éviter les efforts en porte-à-faux. Le médecin a néanmoins conclu à une amélioration de la capacité de travail de sa patiente, dont il a estimé qu'elle pouvait travailler à 60% en tant qu'aide à domicile, voire à 80% dans une activité adaptée, décrite comme non physique et permettant d'alterner les positions.
9. Le 28 juillet 2011, le SERVICE MEDICAL REGIONAL (ci-après : SMR), considérant que les lombalgies avaient été stabilisées par la prise d'un traitement conservateur, a estimé la capacité de travail de l'assurée à 60% dans son activité habituelle et à 100%, avec une probable diminution de rendement de 10%, dans une activité adaptée à son état de santé. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été admises : éviter le port de charges, les positions en porte-à-faux du rachis, ainsi que les positions statiques prolongées.
10. Le 29 juillet 2011, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité.

L'OAI a considéré que c'était par choix personnel que l'assurée avait réduit son temps de travail en tant qu'aide à domicile à un taux de 80% depuis 1990.

S'agissant de la sphère professionnelle (80%), l'OAI s'est référé à l'avis de son SMR, selon lequel l'assurée serait apte à exercer son activité habituelle à 60%, mais également apte à exercer à plein temps une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 10% et ce, depuis le 8 mars 2010.

Pour fixer le revenu après invalidité, l'OAI s'est référé aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008 [ESS], TA1, niveau d'activité 4, soit 47'711 fr. pour une activité simple et répétitive exercée à plein temps, correspondant à un montant de 38'169 fr. pour un taux d'activité de 80%). Après application d'une déduction supplémentaire de 10% pour tenir compte de l'âge de l'assurée, l'OAI a retenu un revenu d'invalidé de 34'352 fr.

Procédant à une comparaison des gains avec le revenu que l'assurée aurait réalisé en 2010 sans atteinte à sa santé (59'275 fr.), l'OAI a conclu à une perte économique de 24'923 fr., correspondant à degré d'invalidité dans la sphère professionnelle de 42,05%, ramené à 42%.

11. Afin de déterminer le taux d'empêchement de l'assurée dans la sphère ménagère, l'OAI a mis sur pied une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée.

Le rapport rédigé suite à la visite de l'enquêtrice au domicile de l'assurée le 25 août 2011 relate que l'intéressée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait continué à travailler au même taux qu'auparavant, c'est-à-dire à 80%.

Il a été relevé que le mari de l'assuré était retraité et que les charges du couple (loyer et primes d'assurance-maladies) s'élevaient à 2'293 fr. par mois.

En définitive, l'enquêtrice a conclu à un degré d'invalidité dans la sphère ménagère de 16,75%, arrondi à 17%.

12. Le 15 novembre 2011, L'OAI a rendu une décision aux termes de laquelle il a nié à l'assurée le droit à toute prestation, que ce soit sous forme de rente d'invalidité ou de mesures professionnelles.

L'OAI a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité global de 37% (34% [42% de 80%] + 3% [17% de 20%]), insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

Quant à d'éventuelles mesures professionnelles, l'OAI les a écartées en rappelant que l'assurée avait expressément déclaré ne pas être intéressée.

13. Par écriture du 8 décembre 2011, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, en concluant à ce que lui soit reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité. Elle conteste qu'en bonne santé, elle aurait exercé son activité à 80%, affirmant que si elle le pouvait, elle aurait travaillé à plein temps.

14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 13 janvier 2012, a conclu au rejet du recours.

L'intimé fait valoir qu'avant d'être atteinte dans sa santé, la recourante travaillait déjà à raison de 32 h./sem. et ce, depuis 1990. Compte tenu du fait qu'elle n'avait jamais entrepris de démarches dans le but d'augmenter son taux de travail, d'une part, de ses propres déclarations lors de l'enquête ménagère du 25 août 2011, d'autre part, l'intimé estime qu'il n'y a pas lieu d'admettre comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante requis qu'en bonne santé, la recourante aurait exercé une activité professionnelle à plein temps.

15. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 9 février 2012.

La recourante a expliqué qu'ayant toujours travaillé en tant qu'aide-ménagère, ne disposant d'aucune autre formation ou expérience et qu'étant âgée de 59 ans, il lui paraît hors de question de se réadapter à une nouvelle profession dans laquelle elle ne serait pas sûre de retrouver du travail.

Elle a ajouté que son employeur refuse d'accorder aux aides ménagères un taux d'activité supérieur à 80%. La recourante a allégué que si cela n'avait tenu qu'à elle, elle aurait exercé son activité à plein temps : cela lui aurait notamment permis de meilleures ressources financières. Interrogée par la Cour, elle a admis n'avoir jamais cherché à compléter son taux d'activité par des heures de ménage supplémentaires, expliquant qu'elle pensait qu'il lui serait impossible de trouver un 20% supplémentaire.

S'agissant de sa situation familiale, la recourante a expliqué avoir eu deux enfants. L'un d'eux est décédé alors qu'il était âgé de 23 ans. Le second est désormais âgé de 32 ans. Son mari, auparavant rentier de l'assurance-invalidité à 100%, est à la retraite depuis 2010.

L'intimé a quant à lui indiqué qu'au vu du dossier et du fait que d'autres organismes que la FSASD offrent des postes à plein temps, il persistait à soutenir que seul un statut mixte de personne active à 80 % pouvait être retenu.

La recourante a indiqué vouloir se soumettre à une expertise afin de vérifier si son incapacité ne devrait pas être fixée à 50% et a demandé la suspension de la procédure, le temps pour elle d'obtenir les résultats.

En conséquence, la procédure a été suspendue d'accord entre les parties.

16. Par courrier du 17 avril 2013, la recourante a informé la Cour de céans que ses investigations auprès d'experts privés et de son médecin traitant n'avaient pas abouti à des résultats satisfaisants pouvant l'aider dans sa cause. En conséquence, elle s'en est rapportée à justice.

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; RS E 2 05) en vigueur depuis 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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse la question de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité et, dans l'affirmative, de quel degré, étant précisé qu'elle ne conteste pas la décision de l'intimé en tant qu'elle porte sur le refus de mesures professionnelles, de sorte que ce point ne sera pas examiné.
5. a) Se pose en premier lieu la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée. L'intimé a considéré qu'elle devait se voir reconnaître un statut mixte, d'active à 80%, ce que la recourante conteste, alléguant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100%.

b) 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).

Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes (méthode générale de comparaison des revenus [depuis le 1er janvier 2008 : art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [depuis le 1er janvier 2008 : art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [depuis le 1er janvier 2008 : 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]) dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

c) 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. La réponse apportée à cette question dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (arrêt I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1).

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 l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 p. 337 et les références).

d) C'est le lieu de rappeler que 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 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 319 consid. 5a).

e) Selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales (arrêt non publié du Tribunal fédéral du 1er février 2010 9C_663/2009, consid. 3.2), en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45, consid. 2a).

6. En l'espèce, force est de constater, au vu des pièces du dossier, que depuis 1990, la recourante n'a jamais travaillé à plus de 80%.

On ne saurait soutenir que c'est uniquement du fait que l'employeur de la recourante n'octroie pas de contrat de travail à plus de 80% que cette dernière a été empêchée de travailler à un taux supérieur. En effet, elle n'a jamais cherché à combler les 20% de temps libre que lui offrait son travail en faisant des heures supplémentaires dans une autre entreprise, ou encore chez des particuliers. À cet égard, les explications de la recourante selon lesquelles elle pensait qu'il lui serait impossible de trouver un 20% supplémentaire ne convainquent pas : on ne peut que constater qu'elle n'a jamais essayé concrètement d'augmenter ses revenus durant toutes ces années, alors qu'il lui aurait été possible de trouver, par exemple chez des particuliers, un poste de femme de ménage à raison d'un jour par semaine.

Les circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles de la recourante ne permettent pas de s'écarter de l'appréciation de l'intimé.

En outre, la première déclaration de la recourante à l'intimé concernant le taux d'activité qu'elle aurait exercé si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé a été la suivante : elle aurait continué à travailler au même taux qu'auparavant, soit 80%. Il sied ici de relever que la recourante n'a exprimé le désir qu'elle aurait eu à travailler à un taux de 100% que postérieurement à la réception du projet de décision de l'intimé. Ces considérations, émises seulement après que l'intéressée a consulté un avocat, ne sauraient convaincre, dans la mesure où elles semblent être le fruit de réflexions ultérieures. En effet, il convient de donner la préférence aux premières

déclarations faites par la recourante, alors qu'elle en ignorait vraisemblablement les conséquences juridiques (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c).

c) En conclusion, les griefs de la recourante relatifs à la qualification de son statut par l'intimé sont rejetés. Elle doit être considérée comme une personne active à 80% seulement.

7. Il faut à présent analyser si la détermination du degré d'invalidité de la recourante a été faite correctement par l'intimé. L'on peut d'ores et déjà affirmer que l'intimé ne s'est pas trompé en utilisant la méthode mixte pour connaître le taux d'invalidité global de la recourante, étant donné qu'au vu de ce qui précède, elle dispose bien d'un statut mixte.
8. 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.
9. a) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53).

b) Lorsqu'on évalue l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, 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).

c) 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'invalidé).

d) Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1).

e) Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

10. En l'espèce, c'est à juste titre que l'intimé s'est basé sur le rapport employeur du 14 juillet 2010 pour déterminer le revenu sans invalidité de la recourante et qu'il a pris pour référence le dernier salaire obtenu par cette dernière avant son atteinte à la santé, soit 59'275 fr.

S'agissant de la sphère professionnelle (80%), l'OAI s'est référé à l'avis de son SMR, selon lequel l'assurée serait apte à exercer son activité habituelle à 60%, mais également apte à exercer à plein temps une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 10% et ce, depuis le 8 mars 2010.

Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. Tel n'est cependant pas le cas en l'occurrence puisque l'activité que la recourante continue d'exercer ne lui permet pas de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, évaluée à 80% dans une activité adaptée par le propre médecin traitant de l'intéressée.

S'il n'y a pas lieu de mettre en doute le fait que la poursuite de l'activité d'aide-ménagère constituait sans doute la solution subjectivement la moins dommageable au regard du profil personnel et professionnel et que la recourante aurait éprouvé des difficultés à entreprendre une démarche de remise en question professionnelle, les éléments invoqués par la recourante ne suffisent néanmoins pas à démontrer

qu'une telle démarche n'était raisonnablement pas exigible de sa part. En effet, les activités adaptées pouvant entrer en ligne de compte ne nécessitent pas de formation particulière, si ce n'est une mise au courant initiale.

Il y a dès lors lieu de considérer que l'activité d'aide ménagère à 50 % ne met pas suffisamment en valeur la capacité résiduelle de travail de la recourante. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé s'est référé aux données statistiques pour fixer le revenu d'invalidité. On relèvera au passage que ce calcul est d'ailleurs favorable à la recourante puisque le revenu d'invalidité ainsi retenu est inférieur à celui effectivement réalisé par la recourante (37'415 fr. 95 selon le rapport d'employeur).

Le revenu d'invalidité retenu par l'intimé (34'352 fr.), comparé au revenu avant invalidité, conduit à un degré d'invalidité dans la sphère professionnelle de 42,05%, ramené à 42% conformément à la jurisprudence selon laquelle le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121).

11. a) Pour évaluer l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels, l'administration procède, conformément à l'art. 27 RAI, à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles.

b) 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).

12. En l'espèce, le degré d'empêchement dans la sphère ménagère déterminé suite à l'enquête n'est pas contesté et ne saurait l'être. En effet, aucun élément du dossier ne

permet de dire que l'enquêtrice n'aurait pas été suffisamment qualifiée ou n'aurait pas assez bien connu la situation de la recourante.

Par ailleurs, l'enquête tient compte des indications de l'assurée, et ses conclusions sont plausibles, motivées et détaillées.

De ce fait, le taux d'empêchement dans la sphère ménagère déterminé par l'enquête, soit 17%, doit être entériné.

13. Force est de constater que le degré d'invalidité global obtenu par l'intimé doit ainsi être confirmé et qu'il est insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. Par conséquent, le recours est 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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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