

## **GE\_GERICHTE ATAS/1285/2012 vom 25. Oktober 2012**

GE Cour de justice, 2012-10-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1285\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1285_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1285/2012 du 25 octobre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1285/2012 del 25 ottobre 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 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 1er 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.

A/2428/2011 - 7/16 -

#### **E. 2**

Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

#### **E. 3**

Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA).

#### **E. 4**

La question litigieuse est celle de savoir si l'assurée est invalide au point de se voir ouvrir droit aux prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement de savoir quel statut elle doit se voir reconnaître et à combien s'élève son degré d'invalidité.

#### **E. 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 être qualifiée de personne active à 30%, ce que l'intéressée conteste, alléguant désormais qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps. b) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, 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 - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, ou s'il se consacrerait uniquement à ses travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon

A/2428/2011 - 8/16 - laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées). Il convient également de s'inspirer de la définition de la personne non active donnée à l'art. 28 al. 2 bis LAI, selon laquelle est considérée comme non active la personne qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger d'elle qu'elle en exerce une. c) En l'espèce, il est constant que la recourante n'a plus exercé d'activité lucrative depuis de nombreuses années. Certes, la recourante a affirmé en audience et dans ses écritures, qu'elle aurait travaillé à plein temps si son état de santé le lui avait permis et ce, depuis 2008. Elle en veut pour preuve le fait d'avoir recherché un poste à plein temps dès février 2008, lorsqu'elle s'est annoncée à l'assurance-chômage. Ainsi que le fait remarquer l'intimé, la recourante n'a plus exercé d'activité rémunérée depuis 1992. Du rassemblement des extraits de compte individuel AVS de l'intéressée, il ressort qu'elle a réalisé des revenus de 9'300 fr. en 1988, de 19'940 fr. (8'336 + 11'604) en 1989 et de 24'148 fr. en 1990, qu'elle a été au chômage de 1991 à 1993 - période durant laquelle elle a recherché un emploi à plein temps dans la vente, ainsi que le démontrent les feuilles de recherches produites et qu'en dehors de ces périodes, elle a toujours été sans activité lucrative. En 1992, c'est-à-dire avant la naissance de son fils, l'assurée a travaillé durant six mois à raison de 20 h./sem. à la buanderie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Elle affirme qu'elle aurait travaillé plus si on le lui avait offert. En 1997, à la naissance de son fils, la recourante a cessé de travailler puis a repris une activité bénévole chez X \_\_\_\_\_ deux ou trois ans plus tard, à raison de 20 h./sem. toujours, et ce, durant environ deux ans. Par la suite, elle a suivi durant une année et demie les cours d'une école de coiffure à raison de 20 h./sem. également. S'il est ainsi établi que l'assurée a recherché une activité à plein temps au début des années 90, force est de constater qu'elle n'a sans doute jamais travaillé à ce taux (si l'on en croit la modicité des revenus réalisés entre 1988 et 1990). Qui plus est, ses déclarations se sont modifiées au cours de la procédure puisqu'après avoir affirmé dans son formulaire de demande de prestations qu'elle était femme au foyer, la recourante a déclaré lors de l'enquête ménagère qu'en bonne santé, elle aurait

A/2428/2011 - 9/16 - travaillé à 30% avant de soutenir devant la Cour de céans qu'elle aurait exercé à plein temps. Or, bien que la situation financière de la recourante se fût péjorée au moment de son divorce, en 2005, et qu'elle ne souffrît alors d'aucune atteinte à

sa santé, force est de constater qu'elle n'a pas repris d'activité lucrative à ce moment-là. Son train de vie depuis lors a toujours été modeste. Eu égard à ces circonstances, le statut de personne active à 30% seulement reconnu à la recourante par l'intimé apparaît justifié dans la mesure où il correspond aux affirmations de la recourante durant l'enquête ménagère. Les considérations contraires émises par l'intéressée uniquement après que l'intimé a rendu son projet de décision ne sauraient remettre en cause ces conclusions, 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). 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 30% seulement.

## **E. 6**

a) Il convient à présent d'examiner si la recourante peut se voir reconnaître un degré d'invalidité suffisant pour lui ouvrir droit aux prestations de l'assurance. b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), l'objet de l'assurance n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi mais plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non-actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui

A/2428/2011 - 10/16 - ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207ss.; 106 V 88; 110 V 275; RCC 1981 p. 124 consid. 1a). ■■ c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Le

nouveau droit n'a pas modifié l'échelonnement des rentes (art. 28 al. 1 LAI) en tant qu'il se rapporte au quart et à la demi-rente, mais il permet d'octroyer trois-quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60 %, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 ■ à 70 %. d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 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 est 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

A/2428/2011 - 11/16 - (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). S'agissant des 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de

l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). e) Pour établir la capacité de travail de la recourante, l'OAI s'est fondé sur l'évaluation du propre médecin traitant de l'intéressée, qui affirmait, au moment de la décision litigieuse, que sa patiente était capable d'exercer une activité

A/2428/2011 - 12/16 - professionnelle à 50%. Certes, ce médecin a ensuite expliqué qu'il entendait par là « à 50% au maximum », mais il n'a pas allégué que cette capacité était alors inférieure à celle de 30% nécessaire à la recourante pour exercer au taux d'occupation retenu. En audience, la recourante a annoncé être suivie depuis septembre 2011 par un psychiatre, suite à une aggravation de son état de santé qu'elle a fait remonter à l'été 2011. Le Dr A\_\_\_\_\_ a confirmé cette péjoration, qu'il s'est cependant déclaré dans l'incapacité de situer précisément dans le temps. De ses déclarations, il ressort toutefois que l'incapacité de la recourante était de 60% en avril-mai 2011 - ce qui correspond à une capacité de travail de 40%, suffisante pour lui permettre de travailler à 30%. Dans la mesure où la dernière modification du traitement antidépresseur remonte à l'été 2011 selon l'assurée et son médecin, il faut en conclure que l'aggravation alléguée est postérieure à la décision litigieuse, laquelle a été rendue le 8 juillet 2011. Elle sort donc du cadre du litige. Il suit de ce qui précède qu'au moment de la décision litigieuse, la recourante était apte à travailler à 30% au moins, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a retenu un degré d'invalidité de 0% dans la sphère professionnelle.

## **E. 7**

a) La recourante conteste également l'empêchement retenu dans la sphère ménagère. b) En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels, l'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine. Pour déterminer 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 handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin le contenu doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place (arrêt 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). De plus, le total des activités ménagères doit toujours se monter à 100% (VSI 1997 p. 298). Comme lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 28 al. 2 LAI, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel ne peut être déterminé que 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

A/2428/2011 - 13/16 - les résultats de l'enquête ménagère (arrêt du 28 février 2003 en la cause S.-P., I 685/02, déjà cité). Selon la jurisprudence, 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 faut faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c). Cela étant, on ne saurait confirmer la pratique aux termes de laquelle, en présence de troubles d'ordre psychique, l'enquête sur les activités ménagères ne constitue pas un moyen de preuve approprié pour évaluer le degré d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage. Il faut bien plutôt s'en tenir à la jurisprudence inaugurée dans l'arrêt non publié du 9 novembre 1987 dans la cause I 277/87, et la préciser, en ce sens qu'en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (ATFA I 311/03 du 22 décembre 2003, consid. 5.3). c) En l'espèce, il n'existe aucun élément permettant de mettre en doute la valeur probante et les conclusions de l'enquête ménagère. Certes, l'enquête n'a pas été réalisée au domicile de la recourante, mais à la demande expresse de celle-ci, qui a invoqué les tensions existant entre elle et son fils. Il apparaît cependant au vu du diagnostic retenu par le psychiatre traitant que non seulement l'intéressée était apte à répondre aux questions de l'enquêtrice mais également qu'elle ne rencontre aucun empêchement dans l'accomplissement des tâches ménagères. En effet, les seules limitations évoquées par le médecin se réfèrent aux difficultés relationnelles de sa patiente et confirment ainsi le sentiment exprimé par l'enquêtrice, laquelle a rappelé qu'il est exigible d'un assuré qu'il fractionne ses tâches ou les répartisse autrement dans le temps. Force est de constater que ni la recourante ni son médecin n'amènent d'éléments objectifs permettant de contester les empêchements retenus par l'enquêtrice dans les différents postes. En conséquence, le Tribunal constate qu'en l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter du degré d'invalidité retenu dans la sphère ménagère.

## **E. 8**

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La

A/2428/2011 - 14/16 - comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance de l'éventuel droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). b) Aux termes de l'art. 27bis RAI, lorsque l'assuré n'exerce une activité lucrative qu'à temps partiel, l'invalidité pour cette part est évaluée selon la méthode générale qui vient d'être décrite. Quant à l'invalidité dans la part réservée aux travaux habituels au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA - on entend par là l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que l'engagement caritatif non rémunéré -, elle est évaluée

selon l'art. 27 RAI. Il faut donc en premier lieu 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 la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). On évaluera ainsi le degré d'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle par comparaison des revenus (art. 16 LPGA) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée 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 pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (ATF 104 V 136 = RCC 1979 p. 28 consid. 2a ; RCC 1980 p. 565 ; RCC 1992 p. 136 et VSI 1999 p. 231 et ss.). c) En l'espèce, il a été établi que l'assurée, sans atteinte à la santé, aurait travaillé à 30%. La comparaison des revenus pour la part consacrée à l'activité lucrative se révèle ainsi inutile puisqu'il a été admis que l'assurée conservait une capacité supérieure au taux d'occupation de 30% qui aurait été le sien et qu'elle serait capable d'assumer une activité semblable à celles précédemment exercées. Le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle est ainsi de 0%.

A/2428/2011 - 15/16 - C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu un degré d'invalidité global de 12,6 % (18 % dans la sphère ménagère [70 %], 0% dans la sphère professionnelle [30%]), insuffisant pour ouvrir droit à des prestations. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

A/2428/2011 - 16/16 -

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :**

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.