

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/161/2010

ATAS/915/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 septembre 2011

8ème Chambre

En la cause

Madame H _____, domiciliée à Genève, représentée par
APAS-Association permanence défense des patients et assurés

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Patrick UDRY, Président; Norbert HECK et Luis ARIAS, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame H_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante serbe, née en 1957, est arrivée en Suisse en décembre 2006. L'assurée a fréquenté l'école primaire jusqu'à la 4^{ème} année dans son pays d'origine, puis a aidé ses parents à la tenue de la maison et de leur petite ferme. Mariée à l'âge de 19 ans et mère de cinq enfants nés en 1977, 1987, 1990, 1991 et 1994, l'assurée n'a jamais exercé d'autres activités que celle de femme au foyer.
2. Le 22 mai 2009, la recourante a déposé une demande de prestations AI auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : OAI) visant à l'octroi d'une rente.

Concernant l'atteinte à sa santé, elle a déclaré qu'elle était totalement incapable de travailler depuis le 16 mars 2007 en raison d'atteintes à sa thyroïde, son dos et un genou ainsi que pour dépression.

Elle a par ailleurs indiqué qu'elle n'avait jamais exercé d'activité lucrative jusque-là, que son activité principale était celle de femme au foyer et qu'elle n'avait pas d'activité accessoire. Elle n'a rien inscrit sous la rubrique « périodes de chômage », ni n'a indiqué qu'elle aurait souhaité travailler sans ses atteintes à la santé.

3. Dans un rapport médical destiné à l'AI du 16 juin 2009, le Dr L_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée depuis mai 2007, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, la maladie de Basedow, une décompensation cardiaque, un état dépressif et des lombalgies depuis 2003, et, sans effet sur la capacité de travail, une hypertension artérielle et du diabète depuis 2007. Il a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée (en réalité son incapacité à effectuer les activités ménagères) était totale depuis le 16 mars 2007 en raison de son état dépressif et de sa fatigue (elle « n'arrive plus même à faire son ménage »). Il a estimé que l'état dépressif et la fatigue de l'assurée ne pourraient pas être réduits par des mesures médicales et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Il a par ailleurs estimé que la recourante n'était pas en mesure d'exercer des activités uniquement en position assise ou debout, des activités exercées principalement en marchant, qu'elle ne pouvait pas travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupie ou à genoux, qu'elle ne pouvait soulever ou porter plus de 9 kg et qu'elle ne pouvait pas monter sur une échelle ou un échafaudage. Sa capacité de concentration, sa capacité de compréhension, sa capacité d'adaptation et sa résistance étaient limitées en raison de sa maladie de Basedow et sa dépression.

Le Dr L_____ a joint à son rapport les documents médicaux suivants :

a) un rapport d'IRM lombaire du 8 octobre 2008 dans lequel le Dr M_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une discrète dégénérescence discale L5-S1 avec protrusion discale sans image d'hernie, à un aspect hypertrophié et une sclérose des apophyses épineuses traduisant une arthrose, et à une dystrophie osseuse au sein des vertèbres et dans la partie antérieure du sacrum, tout en précisant qu'il n'y avait pas d'arguments pour un canal lombaire étroit ;

b) un rapport du Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 27 mars 2007, dans lequel les Dr D. N_____ et Dr O_____ ont diagnostiqué une hypertension artérielle avec rétinopathie de stade I et une lithiase urinaire opérée le 15 mars 2007. Au titre des antécédents, ils ont relevé une décompensation cardiaque sur pic hypertensif le 2 mars 2007 et une hyperthyroïdie sur maladie de Basedow connue depuis 2003 non traitée ;

c) un rapport de l'Institut d'Imageries Médicales du 26 juillet 2007, dans lequel le Dr P_____ a indiqué que les radiographies avaient révélé à la hauteur de chacun des deux genoux une patella dans la région poplitée externe, un léger genu varum bilatéral et discret pincement consécutifs de l'espace fémoro-tibial à la hauteur des deux loges internes où il y avait une ébauche d'une ostéophytose, et une bascule du bassin sur raccourcissement du membre inférieur droit ;

d) un rapport du 31 juillet 2007, dans lequel le Dr Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a indiqué qu'il avait examiné l'assurée, légèrement obèse, qui présentait une gonalgie gauche depuis plus de 2 mois sans notion de traumatisme, qu'une IRM du 25 juin 2007 montrait une lésion grade II importante du ménisque interne avec lésions cartilagineuses du condyle interne également, et qu'il avait proposé à l'assurée de compléter le bilan par une radiographie en charge des deux genoux et d'une radiographie lon-axe-monopodale, en proposant également le port de cannes anglaises associées à des anti-inflammatoires dans l'intervalle ;

e) un rapport du Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition des HUG du 6 août 2007, dans lequel les Dr N_____ et Dr O_____ ont diagnostiqué un goitre multinodulaire avec hyperthyroïdie sur maladie de Basedow récidivante depuis 2003. Ils ont précisé que, pour la maladie de Basedow, ils indiquaient un traitement par curiethérapie, en ajoutant qu'un traitement par antithyroïdien de synthèse pourrait être repris après la curiethérapie, pendant une période de quelques semaines en fonction de l'évolution des tests thyroïdiens à contrôler régulièrement. Compte tenu de l'hyperactivité thyroïdienne diffuse, il était probable que la patiente développe une hypothyroïdie post-curiethérapie pour laquelle un traitement substitutif devrait être prescrit ;

f) un rapport du Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition des HUG du 12 septembre 2007, dans lequel il est indiqué que la recourante a séjourné dans l'unité de curiethérapie du 27 août au 2 septembre 2007 et que ses diagnostics principaux étaient une hyperthyroïdie sur maladie de Basedow, un goitre multi-nodulaire et une administration du 25mCi d'iode 131, et que les comorbidités étaient une hypertension artérielle avec status après décompensation cardiaque sur pic hypertensif en mars 2007, une lithiase urinaire opérée en mars 2007 et un diabète de type II connu depuis 2007 et traité par régime seul ;

g) un rapport du Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition des HUG du 26 novembre 2007, dans lequel les Dr R_____ et Dr S_____ ont diagnostiqué une récurrence d'une hyperthyroïdie sur maladie de Basedow diagnostiquée en 2003 traitée par curiethérapie le 27 août 2007, une hypothyroïdie après curiethérapie et un goitre multinodulaire ;

h) un rapport du Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition des HUG du 21 mai 2008 dans lequel les médecins précités ont indiqué qu'ils avaient vu l'assurée à la consultation ambulatoire d'endocrinologie le 5 mai 2008 et qu'ils la reverraient pour un contrôle clinique et biologique ;

i) un rapport du Service d'échographie thyroïdienne des HUG du 21 mai 2008, dans lequel le Dr S_____ a conclu à une image nodulaire au pôle moyen gauche uniquement retrouvé lors de la mesure longitudinale et non à chaque mesure correspondant probablement à une image construite, et à une absence de nodule clairement définie ;

j) un rapport du Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition des HUG du 7 mai 2009, dans lequel les Dr R_____ et Dresse T_____ ont diagnostiqué une hyperthyroïdie substituée post-curiethérapie pour une maladie de Basedow en août 2007. Ils ont précisé que la patiente les consultait pour son contrôle annuel et qu'elle n'avait pas de plainte exceptés des épisodes de dysgueusie, accompagnée de mauvaise haleine. Ils ont précisé que la maladie thyroïdienne de base semblait bien contrôlée et stable, nécessitant uniquement un contrôle du bilan thyroïdien une fois par année. Concernant la symptomatologie de dysgueusie et de mauvaise haleine, une origine thyroïdienne n'était pas en cause, en laissant ouverte la question d'un contrôle dentaire ou d'investigations digestives à cet égard ;

k) un rapport du Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition des HUG du 7 mai 2009, dans lequel la Dresse T_____ a conclu à une thyroïde de petite taille, ayant diminué d'environ 1 à 1,5 cm comparé à l'échographie effectuée une année auparavant, compatible avec le status post-curiethérapie, sans nodules visualisés.

4. Dans un rapport médical destiné à l'AI du 7 juillet 2009, la Dresse T _____ a indiqué qu'à sa connaissance, il n'y avait pas d'incapacité de travail, tout en précisant qu'elle était le médecin spécialiste et non pas le médecin traitant. Elle a précisé que l'état actuel était bon et qu'il n'y avait pas de plaintes en lien avec la thyroïdie, que le pronostic était excellent au niveau thyroïdien et que, n'étant pas le médecin traitant, elle ne pouvait pas aider par rapport à la demande d'AI car le problème thyroïdien était stabilisé.
5. Dans un avis médical du Service Régional AI (SMR) du 23 juillet 2009, la Dresse U _____ (sans spécialisation indiquée) a indiqué que l'assurée ne présentait pas de pathologies très spécifiques et qu'il fallait soumettre à une expertise de médecine interne.
6. Le 23 juillet 2009, l'OAI a adressé une demande d'expertise médicale au Dr V _____, spécialiste FMH en médecine interne.
7. Dans son rapport d'expertise du 14 septembre 2009, après avoir exposé l'anamnèse, les plaintes et les données subjectives de l'assurée, et son status clinique, le Dr V _____ a diagnostiqué, avec une répercussion sur la capacité de travail, un état douloureux chronique (symptômes médicalement inexplicables depuis l'arrivée en Suisse en 2007) et, sans effet sur la capacité de travail, une anémie normocytaire normochrome, une hypothyroïdie substituée après curiethérapie pour maladie de Basedow récidivante, des douleurs du genou gauche occasionnelles, probablement sur dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne, une dysthymie, une obésité et une perturbation des tests hépatiques d'origine indéterminée (stéatose ?) depuis 2006.

Sous le chapitre des plaintes et données subjectives de l'assurée, l'expert a indiqué que, concernant le travail domestique à domicile, la recoursante avait dit qu'elle ne pouvait pas faire beaucoup et avait précisé à deux reprises qu'elle ne pouvait pas faire la vaisselle car se pencher sur l'évier était trop douloureux. Elle pouvait faire des repas simples et vite cuisinés. Au niveau du ménage, c'était plutôt les enfants qui faisaient les lits car son mari ne pouvait rien faire en raison de sa maladie. La recoursante lui a encore indiqué qu'elle avait envie de travailler dans le nettoyage et le repassage quand elle est arrivée en Suisse, mais que sa maladie l'en avait empêchée; ses enfants avaient fait des démarches pour lui trouver du travail mais trois mois plus tard, elle était tombée malade et n'avait pas pu travailler. Elle s'était inscrite aussi au chômage et ensuite était tombée malade.

Dans l'appréciation du cas, le Dr V _____ a indiqué que l'assurée présentait un état douloureux diffus, localisé surtout à la colonne lombaire (épisodes de lombalgies communes), au genou gauche (dégénérescence méniscale, symptomatique par période) et aux épaules (douleurs à la palpation des muscles trapèzes). Objectivement, il a relevé un freinage dans l'amplitude des mouvements à

l'examen, ce qui rendait les observations peu pertinentes médicalement chez une personne bien musclée, aux membres robustes. Il n'y avait aucun déficit neurologique, les points de fibromyalgie n'atteignant pas le score pour que celle-ci puisse être retenue. L'hyperthyroïdie, l'hypertension artérielle et le diabète sucrés étaient bien équilibrés par les traitements et sans complication. Il a relevé une démonstrativité appuyée et constante, simultanément à la présence d'une mobilité globale conservée. Une riche expression verbale et de mimiques parlaient contre une manifestation de dépression, tout en relevant cependant des troubles de mémoires allégués et des céphalées. L'expertisée apparaissait irritée, excédée par sa situation (état maladif du mari; absence de ressources), projective («la maladie nous a tout pris») et désespérée (un fils en privation de liberté). L'expert a relevé la simultanéité temporelle de l'apparition des douleurs et de l'émigration. Il a ajouté que le tableau montrait que la patiente exprimait dans un langage de plaintes corporelles une souffrance psycho-sociale sévère, que cette situation intervenait sur une situation de vie difficile (lourdes charges éducatives d'une jeune mère élevant seule ses enfants, regroupement familial problématique, échec de l'intégration), et qu'une hypersensibilité physique agissait comme polarisation d'un mal de vivre global. Sans formation, sans parler la langue, sans pouvoir lire, les potentialités d'un emploi hors du cercle familial étaient faibles.

L'expert a retenu que les limitations au plan physique correspondaient à une diminution de flexion de la colonne lombaire, une contre-indication à porter des poids de plus de 12 kg, à porter des charges à bout de bras au-dessus de la ligne des épaules et à des travaux demandant de fréquentes positions à genoux ou accroupies. Aux plans psychique et mental, les limitations résidaient dans les difficultés d'adaptation.

L'expert a estimé que les troubles de l'assurée l'empêchaient d'effectuer un travail en dehors du cadre familial et que celle-ci avait de la difficulté à faire les lits, que le travail de ménage et de repassage étaient possibles, à un taux diminué, que le travail d'entretien ménager du domicile était exigible 3 à 4 heures par jour (cuisine, repassage, ménage courant), qu'avec un temps de travail diminué à 3 à 4 heures par jour et en tenant compte des limitations fonctionnelles susmentionnées, il n'y avait pas de diminution de rendement, qu'une incapacité de travail de moins de 20% existait depuis 2007 et que le degré d'incapacité était stable.

Enfin, l'expert a estimé qu'il n'y avait pas lieu de répondre aux questions concernant une éventuelle réadaptation professionnelle de l'assurée.

L'expert a encore joint à son rapport notamment les documents médicaux suivants :

a) un rapport de l'Institut d'Imageries Médicales du 25 juin 2007, dans lequel le Dr W_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une dégénérescence

probablement de type myxtoïde de la corne postérieure du ménisque interne, en précisant qu'il n'y avait d'autres anomalies significatives ;

b) un rapport d'ultrasons de l'abdomen supérieur du 4 septembre 2009, dans lequel le Dr V _____ a conclu à une hépatopathie, une hépatomégalie et une hyperéchogénicité stéatose probable.

8. Dans un rapport médical du SMR du 21 octobre 2009, le Dr A _____ (sans spécialité indiquée) a retenu que l'assurée d'origine kosovare souffrait d'hypothyroïdie sur maladie de Basedow, traitée en 2003, et par la suite par curiethérapie, qui devait être désormais substituée, qu'elle était en Suisse depuis 2006, que le Dr V _____ notait que ses douleurs chroniques étaient apparues depuis son arrivée en Suisse, que la mobilité globale était conservée, que l'expert notait une démonstrativité appuyée et constante, qu'il relevait encore la simultanéité temporelle de l'apparition des douleurs et de l'immigration, ce qui dénotait une souffrance psychosociale sévère chez une assurée pratiquement illettrée, qui ne s'était jamais intégrée et n'avait pas fait d'apprentissage de la langue française, que l'expert donnait le diagnostic d'un syndrome d'état douloureux chronique, n'étant pas accompagné d'une co-morbidité psychiatrique et ne devant donc pas être retenue comme une maladie invalidante au sens de l'assurance invalidité, qu'il était relevé une démonstrativité constante et, enfin, que l'assurée souffrait d'une obésité importante qui la fatiguait certainement et engendrait une surcharge sur son dos et son genou. En conclusion, le Dr B _____ a indiqué que l'assurée présentait une souffrance psycho-sociale importante et une inadaptation mais que ces éléments n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité.
9. Le 29 octobre 2009, l'OAI a adressé un projet de décision de refus de mesures d'ordre professionnel et de rente, en exposant que les éléments médicaux du dossier ne faisaient ressortir aucune atteinte à la santé à l'origine des difficultés de la recourante à accomplir ses travaux habituels ou à exercer une activité lucrative.
10. Par décision du 3 décembre 2009, l'OAI a confirmé son projet du 29 octobre 2009 et a donc rejeté la demande de prestations de la recourante.
11. Par mémoire de l'Association pour la Permanence de Défense des patients et des assurés (ci-après : APAS) du 26 janvier 2010, l'assurée a recouru contre la décision de l'OAI du 3 décembre 2009, en concluant à son annulation, à la constatation que son invalidité ne devait pas être examinée sous l'angle de ménagère mais de salariée et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, avec suite de dépens. Elle a reproché à l'expert de n'avoir examiné ses limitations que sous l'angle des tâches ménagères, alors que l'évaluation de sa capacité de travail aurait dû être effectuée sur la base d'un statut de salariée. Elle a reproché à l'expert de n'avoir pas tenu compte des diagnostics concernant ses genoux et ses problèmes lombaires, le raccourcissement de sa jambe droite entraînant une bascule du bassin, en retenant

que l'origine des douleurs ne pouvait être expliquée, et elle a reproché à l'OAI de n'avoir pas procédé à une comparaison des revenus pour établir son degré d'invalidité. A l'appui de son allégation selon laquelle elle s'était inscrite au chômage en février 2007, la recourante a produit une carte à son nom établi par l'office régional de placement pour 2007, ainsi qu'une lettre d'UNIA caisse de chômage du 29 mai 2007 mentionnant que, suite à son inscription auprès de cette caisse, l'assurée était invitée à participer à une séance d'informations prévue le 5 juin 2007. Aucun autre document n'a été produit.

12. Dans sa réponse du 16 février 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a exposé que la recourante était arrivée en Suisse en 2006, qu'elle n'avait jamais eu d'activité professionnelle à plein temps ou à temps partiel, ni en Suisse ni dans son pays d'origine, qu'elle n'avait jamais exercé d'autre activité que celle de femme au foyer, qu'elle n'avait pas suivi de formation puisqu'elle avait cessé l'école vers 11 ans, qu'elle alléguait s'être inscrite au chômage en février 2007, mais n'avait produit ni inscription ni décision de l'assurance chômage, que tous les éléments au dossier prouvaient que la recourante était femme au foyer, qu'elle n'avait pas l'intention d'entreprendre une activité professionnelle, preuves en étaient que dans sa demande de prestations elle avait indiqué que son activité principale était femme au foyer et qu'elle n'avait pas de nécessité de travailler, sachant qu'elle n'avait formulé aucune demande d'aide auprès de l'Hospice général. Il a estimé que l'ensemble de ces circonstances ne permettait pas d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales que, sans invalidité, la recourante aurait exercé une activité professionnelle, de sorte que son invalidité devait être examinée au regard de la méthode spécifique relative au statut de personne non active. Par ailleurs, l'OAI a estimé que le rapport d'expertise du Dr V_____ remplissait les conditions exigées par la jurisprudence pour revêtir une pleine valeur probante et que, selon cet expert, c'était essentiellement des facteurs étrangers à la notion d'invalidité qui rendaient l'exercice d'une éventuelle activité difficile (méconnaissance de la langue française, manque de scolarisation), de sorte que c'était à juste titre que le SMR avait conclu à une absence de maladie invalidante de longue durée au sens de l'assurance-invalidité.
13. Par courrier de l'APAS du 3 mars 2010, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours, en relevant que les pièces produites pour confirmer la réalité de son inscription à l'assurance chômage étaient suffisantes et que l'argument de l'OAI selon lequel elle n'avait pas besoin de travailler comme le confirmerait son absence de demande d'aide de l'Hospice général était sans pertinence sachant que le fait d'avoir un revenu familial supérieur au seuil d'assistance n'indiquait pas encore qu'il n'y avait pas de nécessité de travailler et que la volonté de travailler peut exister sans que le revenu y relatif soit indispensable pour survivre.

14. Par lettre du 15 mars 2010, l'OAI a relevé que les documents produits par la recourante ne justifiaient pas les éventuelle démarches effectuées auprès du chômage, si bien qu'elle a sollicité la production de tous documents utiles.
15. Par ordonnance du 20 septembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales (devenu la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) a ordonné l'apport du dossier de la recourante auprès la Caisse de chômage UNIA.
16. Par courrier du 26 novembre 2010, la Caisse de chômage UNIA a transmis à la juridiction de céans son dossier concernant la recourante. Il comportait en particulier les documents suivants :
 - a) La confirmation de l'inscription au chômage de la recourante le 5 avril 2007 pour un emploi à plein temps, étant précisé qu'il s'agissait d'une prise d'emploi après avoir été femme au foyer;
 - b) La demande d'indemnité de chômage du 4 mai 2007, dans laquelle la recourante a indiqué qu'elle était disposée à travailler à plein temps alors qu'elle n'avait jamais travaillé en Suisse, et que, médicalement, elle pouvait certifier d'une capacité de travail à 100%. Par ailleurs, à la question de savoir si elle demandait les prestations de l'assurance-chômage notamment à la suite de suppression de sa rente d'invalidité ou pour un évènement semblable, l'assurée a répondu négativement;
 - c) La décision de la Caisse de chômage UNIA du 10 mai 2007, niant le droit de la recourante à des indemnités de chômage à partir du 5 avril 2007 pour le motif qu'elle ne remplissait pas les conditions relatives à la période de cotisation, en ce sens que, durant le délai cadre de cotisation du 5 avril 2005 au 4 avril 2007, l'assurée ne faisait valoir aucune période de cotisation.
 - d) Les fiches des indications de la personne assurée pour les mois d'avril et mai 2007. Ce n'est que dans cette seconde fiche, remplie le 30 mai 2007, que l'assurée a indiqué qu'elle se trouvait en incapacité de travail depuis le 16 mars 2007 à la suite d'une maladie.
17. La recourante n'a produit aucun document justifiant des recherches d'emploi.
18. Par lettre du 31 janvier 2011, l'OAI a relevé que le dossier auprès la Caisse de chômage UNIA permettait de constater que la recourante s'était inscrite auprès de cette dernière le 4 mai 2007, qu'une décision de refus de prestations avait été rendue le 10 mai 2007 et qu'il ne comportait aucun document justifiant d'une recherche d'emploi. Au regard du principe de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurances sociales, les déclarations apparemment contradictoires de la recourante faites à l'assurance-chômage et à l'assurance-invalidité au sujet de sa volonté de travailler à plein temps ne permettaient pas de lui reconnaître le statut d'active. L'OAI a donc persisté dans ses conclusions visant au rejet du recours.

19. Par courrier de l'APAS du 3 février 2011, la recourante a indiqué que son dossier auprès la Caisse de chômage UNIA confirmait qu'elle s'était inscrite au chômage en recherchant un emploi à plein temps et que sa volonté de travailler à 100% était ainsi démontrée.
20. L'OAI n'a pas procédé à une enquête économique sur les activités ménagères exercées par la recourante.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
3. L'objet du litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement à une rente.
4. a) En vertu de l'art. 28 al. 1 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.

b) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser

que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

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

d) Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et ATF 131 V 50). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (ATF 132 V 65, consid. 4.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que, comme on l'a dit, les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi P. HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen, in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss). On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65, consid. 4.3).

5. En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; S. BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées.

Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in : SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_4/2009 du 20 novembre 2009, consid. 2.2).

6. a) En premier lieu, la recourante critique le rapport d'expertise du Dr V_____, qui n'aurait pas tenu compte des diagnostics concernant ses

genoux et ses problèmes lombaires, le raccourcissement de sa jambe droite entraînant une bascule du bassin, et qui a retenu que l'origine des douleurs ne pouvait être expliquée.

b) Ce grief est mal fondé, sachant qu'après avoir diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail un état douloureux chronique avec des symptômes médicalement inexpliqués, l'expert a exposé qu'à l'examen, cet état douloureux était localisé surtout à la colonne lombaire (épisodes de lombalgies communes), au genou gauche (dégénérescence méniscale, symptomatique par période) et aux épaules (douleurs à la palpation des muscles trapèzes).

c) Toutefois, au regard des principes jurisprudentiels relatifs aux troubles somatoformes douloureux exposé ci-dessus, la Chambre de céans constate le rapport du Dr V _____ ne permet pas de statuer à satisfaction de droit sur le caractère invalidant de l'état douloureux chronique présenté par la recourante. L'expert – qui n'a pas de spécialisation en psychiatrie, ni en rhumatologie d'ailleurs – n'a en particulier pas déterminé si la recourante disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état, ni n'a d'ailleurs fixé un taux d'incapacité de travail en se contentant d'indiquer que ce taux était d'au moins 20% depuis 2007.

Ainsi, le rapport du Dr V _____ ne devait pas permettre à l'OAI de prendre une décision. A partir du moment où le diagnostic invalidant retenu était celui d'état douloureux diffus, il se justifiait de se conformer à la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes douloureux, en mettant en œuvre une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrique. L'avis d'un psychiatre était d'autant plus nécessaire qu'à l'examen, l'expert avait constaté un freinage dans l'amplitude des mouvements et une démonstrativité appuyée et constante, ce qui pouvait être assimilé à une exagération des symptômes, et que le médecin traitant avait diagnostiqué un état dépressif.

Le dossier sera dès lors renvoyé à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une telle expertise bidisciplinaire, comportant un volet rhumatologique et un volet psychiatrique.

7. a) Est également litigieux le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité. Tandis que l'OAI a retenu qu'au regard du principe de la vraisemblance prépondérante, l'on ne pouvait retenir un statut d'active et, partant, a appliqué la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité, la recourante soutient qu'elle aurait exercé une activité lucrative, ce qui impliquait le recours à la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

b) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa

situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir 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. 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 117 V 194 consid. 3b p. 194; voir également ATF 133 V 504 consid. 3.3 p. 507, 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53 et 125 V 146 consid. 5c/bb p. 157; ATF 9C_49/2008 du 28 juillet 2008 consid. 3.1-3.4 et I 156/04 du 13 décembre 2005 consid. 5.1.2; ATF 9C_790/2010 du 8 juillet 2011, consid. 3.2).

c) La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé 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 (ATF I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1; ATF 9C_667/2007 du 12 juin 2008, consid. 3.1).

d) En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante, qui ne parle pas le français, n'a suivi que quatre années d'école primaire, n'a aucune formation professionnelle et n'a jamais exercé d'activité lucrative. Par ailleurs, dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité de mai 2009, elle a indiqué que son activité principale était celle de femme au foyer et qu'elle n'avait pas d'activité accessoire, sans rien inscrire sous la rubrique «périodes de chômage», ni indiquer qu'elle aurait souhaité travailler sans les atteintes à sa santé. De plus, aucun des médecins consultés n'a signalé que la recourante aurait souhaité démarrer une activité lucrative. Il est significatif que le dossier – y compris celui communiqué par la Caisse de chômage UNIA – ne renferme aucun certificat médical d'arrêt de travail. S'il est vrai que la recourante s'est inscrite au chômage en avril 2007 pour une activité à plein temps, il n'est pas moins vrai qu'à cette époque, elle a non seulement tu le fait qu'elle s'estimait totalement incapable de travailler pour cause de maladie (depuis le 16 mars 2007, selon les informations fournies dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité) mais a indiqué, au contraire, qu'elle était médicalement apte à travailler à 100%, ce qui laisse accroire que l'objectif de son inscription au chômage était uniquement de percevoir des indemnités journalières et non de trouver un emploi. L'absence de la moindre preuve d'une quelconque recherche d'emploi dans le dossier de la Chambre de céans renforce cette idée. A cela s'ajoute

le fait que rien ne semblait justifier la prise d'un emploi, puisque la situation financière du ménage n'était pas obérée (elle ne bénéficiait pas de l'aide sociale) et qu'il n'était pas vraisemblable que son mari eût été en mesure d'assumer la garde des enfants et, surtout, l'entretien de ménage, sachant qu'il était partiellement invalide. La recourante n'a d'ailleurs jamais exposé les motifs qui auraient justifié une telle prise d'emploi.

Dans ces conditions, la Chambre de céans considère que la recourante n'a pas réussi à démontrer, avec une vraisemblance prépondérante, que, sans les atteintes à sa santé, elle aurait entamé une activité lucrative, alors que, précédemment, elle n'avait jamais travaillé. C'est donc à bon droit que l'intimé a retenu un statut d'assuré non actif.

8. a) 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 3096 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI). 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; ATFA non publié I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

Divers facteurs - analogues à ceux applicables pour déterminer la force probante de certificats médicaux (ATF 125 V 352 consid 3 a) - doivent être pris en considération pour juger de la valeur probante d'un rapport d'enquête. Il est ainsi essentiel que celui-ci ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et 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).

b) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit

en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publié I 308/04 ainsi que I 309/04 du 14 janvier 2005 et ATFA non publié I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (ATFA non publié I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4).

c) En fonction des conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire que l'intimé devra mettre en œuvre, il lui appartiendra de procéder à une enquête économique sur les activités ménagères de la recourante.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OAI du 3 décembre 2009.
4. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de 500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Patrick UDRY

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