



### **EN FAIT**

1. Madame M\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), de nationalité sri-lankaise, née en 1954, mariée et veuve depuis 1989, mère de trois enfants, dont une fille née en 1981, est arrivée en Suisse en 1998. Selon le registre de l'Office cantonal de la population (OCP), sa fille a été domiciliée chez elle jusqu'au mariage de celle-ci en 2002. Sa fille a alors emménagé chez son mari.
2. Après avoir travaillé à temps très partiel dans le nettoyage, de novembre 2003 à février 2004 et en juillet et août 2005 (salaire annuel de 1'600 fr. en moyenne), l'assurée a été engagée en qualité d'employée d'entretien pour X\_\_\_\_\_ SA à partir du 2 novembre 2007 pour 12,5 heures de travail/semaine.
3. En date du 23 juin 2009, alors qu'elle nettoyait les locaux d'une entreprise cliente de son employeur, elle a chuté sur le genou gauche après avoir glissé sur un sol savonneux. L'assurée s'est retrouvée en incapacité de travail à 100% depuis lors. Elle est domiciliée chez sa fille et son gendre depuis début août 2009 et elle a été licenciée avec effet au 31 décembre 2009.
4. Le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a effectué le 20 juillet 2009 une IRM du genou gauche et diagnostiqué une déchirure "grade III" de la corne postérieure du ménisque interne, une rupture partielle du ligament croisé antérieur, de discrets signes de gonarthrose ainsi qu'une possible arthropathie métabolique.
5. Le Dr O\_\_\_\_\_, médecin auprès du Département de chirurgie des HUG, a indiqué le 6 octobre 2009 que les manœuvres méniscales étaient difficilement interprétables dans le contexte de douleurs généralisées à la mobilisation et qu'il n'y avait pas lieu de retenir d'indication chirurgicale chez l'assurée, une arthroscopie du genou pouvant être délétère dans un contexte d'arthrose chez une patiente âgée de plus de 50 ans.
6. Le 30 novembre 2009, le Dr P\_\_\_\_\_, médecin traitant, a indiqué que la physiothérapie en cours devait permettre une évolution favorable.
7. Dans un rapport médical du 8 décembre 2009 établi suite à une consultation rhumatologique aux HUG, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée souffrait de gonalgies bilatérales prédominant à gauche, partiellement expliquées par une gonarthrose débutante, mais s'inscrivant surtout dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux.
8. Après l'annonce du cas par la SUVA à l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (l'OAII), pour une détection précoce le 4 décembre 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 15 janvier 2010 pour l'octroi d'une rente.

9. Le 4 février 2010, la Dresse R\_\_\_\_\_, médecin auprès du Département de chirurgie des HUG, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une gonalgie bilatérale prédominante à gauche sur probable lésion du ligament croisé antérieur gauche accidentelle, un trouble dégénératif connu (arthrose), un syndrome douloureux chronique ainsi qu'un "post traumatique choc syndrome". L'exigibilité de l'activité habituelle dépendait de l'évolution – défavorable depuis l'accident – et de la situation. Le rendement de l'assurée dans son activité était réduit en raison de gonalgies et de douleurs diffuses. En décembre 2010, elle a indiqué que le syndrome douloureux chronique s'était aggravé depuis juin 2010.
10. L'assurée a effectué un séjour au service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR du 21 avril 2010 au 12 mai 2010. Selon le rapport des médecins de la CRR; les lésions objectivées peuvent justifier certaines limitations comme les positions contraintes pour les genoux et le port de lourdes charges, mais une reprise de l'activité professionnelle est possible, sous réserve du trouble somatoforme indifférencié ou d'une majoration des symptômes pour des raisons psychologiques.

Le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr S\_\_\_\_\_, a estimé le 14 juillet 2010 que l'incapacité de travail n'était plus justifiée et qu'une reprise du travail à 50% était exigible. Le Dr T\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste en chirurgie orthopédique, a estimé le 4 mars 2011 que si les troubles dégénératifs au genou pouvaient expliquer une partie du tableau douloureux, celui-ci était clairement influencé par des facteurs psychologiques et non organiques. En ne tenant compte que des seules conséquences objectives de l'entorse banale du genou gauche imputables à l'accident, l'assurée pouvait d'ores et déjà mettre en valeur une pleine capacité de travail dans la dernière activité exercée avant l'accident.

Le Dr U\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA et psychiatre, a précisé le 9 mars 2011 que l'assurée présentait un trouble somatoforme douloureux chronique et une dépression dont l'intensité était probablement moyenne, sans lien de causalité avec l'accident.

11. Par décision du 10 mars 2011, la SUVA a mis un terme au paiement de l'indemnité journalière au 31 mars 2011 au motif que l'assurée pouvait d'ores et déjà mettre en valeur une pleine capacité de travail dans son ancienne activité professionnelle pour les seules conséquences objectives de l'entorse du genou gauche imputable à l'accident.
12. En date des 26 juillet et 19 août 2011, elle a été soumise à une expertise pluridisciplinaire au CEMED diligentée par les Drs V\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH et W\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH. Selon leur rapport, l'assurée présente un syndrome douloureux somatoforme persistant, des troubles

anxieux et dépressifs mixtes. La pathologie psychiatrique n'est pas en elle-même invalidante et il n'y a pas d'incapacité de travail durable.

13. Selon l'enquête ménagère du 23 août 2012, l'assurée partage un même appartement avec l'une de ses filles, son gendre et son petit-fils. Sa fille est employée à 50% dans un restaurant. Son gendre travaille à 100% comme barman. La fille et le gendre de l'assurée accomplissent les tâches que celle-ci n'assume plus. L'empêchement ménager est de 24%.

La fille de l'assurée explique que sa mère rencontre des problèmes de mémoire, ne sait pas où elle se trouve, a mal partout et se déplace avec des cannes anglaises. Après 40 minutes d'entretien, l'assurée se sent fatiguée, elle a un malaise, ferme les yeux et ne répond plus pendant un moment. L'enquêtrice et sa fille l'aident à s'allonger. La fille précise qu'elle ne peut plus laisser sa mère seule. Elle ne s'occupe plus des tâches ménagères, ne se déplace plus à l'extérieur. Lorsque la fille travaille, la nounou s'occupe du petit-fils et de l'assurée, qui a des problèmes d'équilibre, des vertiges et tombe parfois. Elle est triste, pleure souvent, se sent inutile et dépendante de sa fille. Des taux d'empêchement très importants sont retenus pour la conduite du ménage, l'alimentation, l'entretien du logement et la lessive. Toutefois, une exigibilité de la famille de 30% est retenue. L'enquêtrice conclut que, dans la sphère ménagère, les empêchements sont relativement importants et que, probablement, l'assurée ne serait actuellement pas capable de vivre seule, de sorte qu'un formulaire de demande d'allocation pour impotent devra être envoyé.

14. Selon l'OCP, la fille de l'assurée a deux enfants, nés en avril 2011 et novembre 2012.
15. Le 8 octobre 2012, l'assurée a déposé une demande en vue de l'obtention d'une allocation pour impotent.
16. Par décision du 6 novembre 2012, l'OAI a rendu une décision de refus de toute prestation, suite à la demande de rente d'invalidité du 15 janvier 2010, reprenant intégralement la teneur du projet de décision du 17 septembre 2012.
17. Par acte du 10 décembre 2012, l'assurée a formé recours. Elle conclut à l'annulation de la décision du 6 novembre 2012 et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et se fonde sur le certificat médical des Drs A\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, médecins au Département de médecin communautaire de premier recours des HUG, dont il ressort que l'assurée présente un syndrome douloureux chronique de longue date et un état anxio-dépressif qui se sont aggravés en 2012, nécessitant une hospitalisation de deux semaines en rhumatologie ainsi qu'une prise en charge psychiatrique ambulatoire. L'assurée a ensuite produit un rapport médical du 31 octobre 2012 du Service de rhumatologie des HUG. Lors de son séjour du 15 au 30 octobre 2012, outre un syndrome douloureux chronique et une hypovitaminose D, une

tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, avec un sus-épineux d'aspect hétérogène sans bursite ni arthrite, a été diagnostiquée. L'assurée est par ailleurs suivie, du point de vue psychiatrique depuis décembre 2012. Selon le Dr C\_\_\_\_\_, l'assurée présente alors un tableau clinique en faveur d'un épisode dépressif sévère, impliquant une totale incapacité de travail.

18. Par arrêt du 2 juillet 2013, la Cour de céans a partiellement admis le recours formé par l'assurée contre la décision de refus du 8 novembre 2012 et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. En substance, la Cour a considéré que le rapport d'expertise du 13 décembre 2011 avait pleine valeur probante, de sorte qu'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée pouvait être retenue, en tenant compte du trouble somatoforme, du peu de gravité des lésions concernant le genou et d'un état anxio-dépressif qui n'est pas invalidant. Toutefois, la décision n'ayant pas pris en compte la tendinopathie de la coiffe des rotateurs et l'épisode dépressif majeur et/ou sévère diagnostiqué en octobre 2012, la Cour a invité l'OAI à soumettre le cas à nouveau aux experts, afin que ces derniers se prononcent sur les nouvelles atteintes et déterminent la capacité de travail exigible de la recourante et, le cas échéant, que l'OAI procède à une nouvelle enquête ménagère.
19. Entretemps, par décision du 7 juin 2013, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assurée une allocation pour impotent, au motif que si l'assurée dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, il convient de considérer qu'elle est autonome pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie quotidienne. Au demeurant, les investigations ont démontré que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures par semaine en moyenne sur une période de trois mois n'est pas prouvée.
20. Par acte du 11 juillet 2013, l'assurée a formé recours contre cette décision. Elle conclut à son annulation et à l'octroi d'une allocation pour impotent. Dès lors que la Cour de céans estime qu'en raison des nombreuses lacunes dans le dossier, l'OAI doit procéder à un complément d'expertise, il n'est pas admissible que le refus de l'allocation pour impotent soit également fondée sur l'expertise de 2011. Pour les mêmes motifs que la décision de refus de rente a été annulée, celle refusant une allocation pour impotent doit également l'être. D'ailleurs, l'enquête ménagère a retenu des empêchements très importants. Ainsi, l'assurée requiert tout le temps l'aide de sa fille avec qui elle habite pour se vêtir et se dévêtir, se laver, se lever et se déplacer, tant dans l'appartement qu'à l'extérieur. Si elle n'avait pas l'aide de sa fille, l'assurée se laisserait entièrement aller à l'abandon et ne pourrait pas vivre seule, comme l'a constaté l'enquêtrice.
21. Par pli du 13 août 2013, l'OAI a répondu. Il conclut au rejet du recours. Il rappelle que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité ne sont pas les mêmes que celle d'une allocation pour impotent et rappelle que l'anamnèse de l'expertise de 2011 montre que l'assurée est indépendante pour les actes de la vie quotidienne,

puisque'elle prend son petit-déjeuner, elle coud et lit le journal, elle prend du thé et reste avec son petit-fils, elle sort avec sa fille et elle est venue seule au rendez-vous de l'expertise. La tendinopathie de la coiffe des rotateurs est une affection peu grave et temporaire, selon l'avis du SMR du 3 avril 2013. C'est donc à juste titre que, par une appréciation anticipée des preuves, l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent.

22. Par pli du 9 septembre 2013, l'assurée a contesté être autonome. Elle présente une baisse de la mobilité, un accroissement de la fatigabilité, des difficultés à se vêtir et à se dévêtir sans aide, se coiffer, et se baigner et, en raison de ses problèmes de perte de connaissance.

L'assurée n'a pas produit de pièces nouvelles.

23. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est applicable. Au surplus, les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 sont applicables.
3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une allocation pour impotent.
5. a) Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent (al. 1er). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2).
- b) Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGA).

Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente. Si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible (art 42 al. 3 LAI).

c) Selon l'art. 37 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), il y a impotence de degré faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin:

d) de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie;

e) d'une surveillance personnelle permanente;

f) de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré;

g) de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux; ou

h) d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI, c'est-à-dire lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut, en raison d'une atteinte à la santé :

- vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne,
- faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne, ou
- éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (art. 38 al. 1 RAI).

Si une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, elle doit pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente (art. 38 al. 2 RAI).

N'est pris en considération que l'accompagnement qui est régulièrement nécessaire et lié aux situations mentionnées à l'al. 1. En particulier, les activités de représentation et d'administration dans le cadre de mesures tutélaires ne sont pas prises en compte (art. 38 al. 3 RAI).

i) Il y a impotence de degré moyen (art. 37 al. 2 RAI) si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie (au moins quatre, selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 8009);
- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente; ou
- d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI.

j) L'impotence est grave (art. 37 al. 1 RAI) lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle.

k) Selon la jurisprudence, les actes ordinaires les plus importants se répartissent en six domaines:

- se vêtir et se dévêtir;
- se lever, s'asseoir, se coucher;
- manger;
- faire sa toilette (soins du corps);
- aller aux toilettes;
- se déplacer dans l'appartement ou à l'extérieur, établir des contacts (ATF 125 V 303 consid. 4a, 124 II 247 consid. 4c, 121 V 90 consid. 3a et les références).

De manière générale, on ne saurait réputer apte à un acte ordinaire de la vie, l'assuré qui ne peut l'accomplir que d'une façon non conforme aux mœurs usuelles (ATF 106 V 159 consid. 2b). Ce principe est en particulier applicable lorsqu'il s'agit d'apprécier la capacité d'accomplir l'acte consistant à aller aux toilettes (ATF 121 V 95 consid. 6c ; ATF 121 V 94 consid. 6b et les références). Cependant, si certains actes sont rendus plus difficiles ou même ralentis par l'infirmité, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (RCC 1989 p. 228 et RCC 1986 p. 507; ch. 8013 CIIAI).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart de ces fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ch. 8011 CIIAI; ATF 117 V 146 consid. 2). Il faut cependant que, pour cette fonction, l'aide soit régulière et importante. Elle est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour, par exemple, lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI). L'aide est considérée comme importante lorsque la personne assurée ne peut plus accomplir au moins une fonction partielle d'un acte ordinaire de la vie (Pratique VSI 1996 p. 182, RCC 1979 p. 272) ou qu'elle ne peut le faire qu'au prix d'un effort excessif ou d'une manière inhabituelle (RCC 1981 p. 364) ou lorsqu'en raison de son état psychique, elle ne peut l'accomplir sans incitation particulière ou encore, lorsque, même avec l'aide d'un tiers, elle ne peut accomplir un acte ordinaire déterminé parce que cet acte est dénué de sens pour elle (RCC 1991 p. 479, 1982 p. 126 ; ch. 8026 CIIAI).

l) La jurisprudence interprète de façon restrictive le besoin permanent de soins ou de surveillance (RCC 1984 p. 371) : les soins et la surveillance prévus à l'art. 37 RAI ne se rapportent pas aux actes ordinaires de la vie ; il s'agit bien plutôt d'une sorte d'aide médicale ou sanitaire qui est nécessitée par l'état physique ou psychique de l'intéressé.

Il y a surveillance personnelle permanente lorsqu'un tiers doit être présent toute la journée, sauf pendant de brèves interruptions, auprès de la personne assurée parce qu'elle ne peut être laissée seule (RCC 1989 p. 190, consid. 3b, 1980 p. 64, consid. 4b; voir no 8020). La nécessité de surveillance doit être admise s'il s'avère que l'assuré, laissé sans surveillance, mettrait en danger de façon très probable soit lui-même soit des tiers (ch. 8035 CIIAI).

m) Quant à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il doit avoir pour but d'éviter que des personnes ne soient complètement laissées à l'abandon et/ou ne doivent être placées dans un home ou une clinique. Lorsqu'une personne assurée nécessite durablement cet accompagnement, elle est réputée atteinte d'une impotence faible (ch. 8040 CIIAI). Il n'est pas nécessaire que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie soit assuré par un personnel d'encadrement qualifié ou spécialement formé (ch. 8047 CIIAI).

Cet accompagnement ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450; arrêt 9C\_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 2.2).

L'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois (ch. 8053 CIIAI). Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2).

Il doit prévenir le risque d'isolement durable, de perte de contacts sociaux et, par là, de détérioration durable de l'état de santé de la personne assurée. Le risque purement hypothétique d'isolement du monde extérieur ne suffit pas; l'isolement de la personne assurée et la détérioration subséquente de son état de santé doivent au contraire s'être déjà manifestés. L'accompagnement nécessaire consiste à s'entretenir avec la personne en la conseillant et à la motiver pour établir ces contacts, par exemple en l'emmenant assister à des manifestations (ch. 8052 CIIAI).

Si la personne assurée nécessite non seulement un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie mais aussi une aide pour une fonction partielle des actes ordinaires de la vie (par exemple une aide pour entretenir des contacts sociaux), la même prestation d'aide ne peut être prise en compte qu'une seule fois, soit à titre d'aide pour la fonction partielle des actes ordinaires de la vie, soit à titre d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (ch. 8048 CIIAI).

6. a) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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 s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement

sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) 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).

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

7. En l'espèce, la Cour de céans a déjà retenu dans l'arrêt du 2 juillet 2013 que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 13 décembre 2011 pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante, s'agissant de l'appréciation du caractère invalidant des lésions au genou, du trouble somatoforme douloureux et de l'état psychiatrique alors constaté. Sur cette base-là, il a alors été déterminé que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux seules limitations fonctionnelles retenues (position assise principalement avec possibilité d'en changer, limitations du port de charges, pas de longs déplacements à pied, ni d'escaliers). Si la Cour a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, c'est exclusivement pour examiner les conséquences sur la capacité de travail et ménagère de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs et de l'éventuelle aggravation durable de l'état psychique, diagnostiquée par les HUG en octobre 2012.

Ensuite, il sied de relever qu'un assuré peut avoir droit à une allocation pour impotent de degré léger, en raison d'un grave handicap physique (besoin d'aide pour sortir de son lit, entrer dans la baignoire, se laver et se mettre dans sa chaise roulante), sans avoir droit à une rente d'invalidité en l'absence de perte de gain. Il sied donc d'examiner si les atteintes à la santé retenues impliquent objectivement une incapacité à faire sans aide les actes ordinaires de la vie.

Si le trouble somatoforme douloureux explique vraisemblablement les importants empêchements dans le ménage retenus par l'enquêtrice, force est de constater qu'une atteinte à la santé qui n'est pas considérée comme incapacitante par la jurisprudence, puisqu'elle est censée pouvoir être surmontée par un effort de volonté, n'objective ni les empêchements retenus, ni le besoin d'aide pour les actes ordinaires de la vie et, en conséquence, ne peut pas donner droit à une allocation d'impotent. Au surplus, l'atteinte au genou n'implique que de légères limitations. S'il s'avérait après instruction complémentaire que la tendinopathie a des répercussions sur la capacité de travail et/ou ménagère de l'assurée, en raison de limitations du membre supérieur supplémentaires à celles concernant le genou, cela n'empêche manifestement pas l'assurée de se laver ou de se coiffer avec l'autre main. Ainsi, il va de soi qu'une assurée qui est pleinement apte à travailler dans une activité adaptée à ces quelques limitations, est aussi capable de s'habiller seule, de manger sans aide, de se lever, s'asseoir et se coucher, de même que d'aller aux toilettes, se laver et se déplacer.

S'agissant de l'état psychique de l'assurée, la CRR relève en juillet 2010 que l'assurée n'a jamais trouvé les ressources pour s'adapter en Suisse, ne parlant pas la langue et n'ayant jamais été capable de travailler plus de 2 heures par jour, tout en ne retenant aucun diagnostic psychiatrique. L'expertise du 13 décembre 2011 met en évidence l'absence de médication et de suivi régulier sur le plan psychiatrique ainsi que l'exagération des plaintes de la patiente. Les vertiges et autres malaises de l'assurée participent au tableau clinique du trouble somatoforme, étant toutefois

relevé qu'ils n'ont pas empêché l'assurée de venir seule au rendez-vous fixé pour cette expertise. Il est vrai que l'assurée présente un parcours de vie difficile ; son époux a été assassiné et elle n'est pas parvenue à s'adapter à sa vie en Suisse ; cela notamment explique vraisemblablement l'émergence d'un trouble somatoforme. Cependant, cette atteinte ne peut être considérée comme invalidante en l'absence d'un trouble psychiatrique grave et/ou des autres critères retenus par la jurisprudence. Ainsi, l'ensemble des médecins consultés ont retenu que l'état dépressif était jusqu'en octobre 2012 - tout au plus - de degré moyen, sans être correctement traité.

Ainsi, si les constatations de l'enquêtrice ne sont pas remises en cause, elles ne sont pas dues à un état dépressif de gravité moyenne. Elles sont donc soit les conséquences des symptômes du trouble somatoforme, soit la démonstration de l'exagération des plaintes de l'assurée, relevée par l'expertise, dont l'anamnèse contredit clairement l'état de totale dépendance décrit par l'enquêtrice. Au surplus, si l'assurée souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente, ce qui n'est pas le cas, l'aggravation qui a entraîné le renvoi de la demande de rente à l'OAI ne pouvant sur ce point déployer, le cas échéant, d'effet avant un délai d'attente d'une année, soit avant octobre 2013.

En conclusion, c'est à juste titre que l'OAI a refusé toute allocation d'impotence à l'assurée par décision du 7 juin 2013.

Finalement, à la différence de la procédure concernant l'évaluation de la capacité de travail et du droit à une rente, il ne se justifie pas de renvoyer la cause à l'OAI pour examen des conséquences d'une éventuelle aggravation durable de l'état de santé psychique sur le droit à une allocation d'impotence. En effet, si un trouble dépressif grave, malgré un traitement adéquat, permet de retenir que le trouble somatoforme est invalidant et empêche l'assurée de travailler et de tenir son ménage, cela n'implique pas pour autant que cette dépression soit grave au point que l'assurée ne soit plus en mesure de s'alimenter, de s'habiller et/ou de sortir sans y être incitée. Or, les rapports des HUG des 31 octobre 2012, 29 novembre 2012 et 27 mars 2013 mentionnent certes une aggravation de l'état dépressif, mais soulignent une légère amélioration lors de l'instauration d'un traitement en décembre 2012. Ils ne décrivent pas un état dépressif grave au point d'avoir des conséquences sur la capacité de l'assurée de faire seule les actes ordinaires de la vie.

Comme déjà indiqué, si à l'issue du délai de carence d'un an à la fin du mois d'octobre 2013, les médecins traitants confirment la persistance d'un état dépressif grave, malgré un traitement adéquat, qui implique que l'assurée a objectivement besoin d'une aide importante pour au moins deux actes ordinaires de la vie ou d'un accompagnement de façon régulière depuis octobre 2012, il sera loisible à l'assurée de déposer une nouvelle demande d'allocation d'impotence, à charge pour l'OAI de

traiter les deux procédures conjointement. En effet, si ce besoin d'aide était avéré, l'assurée aurait alors aussi droit à un quart de rente, en tout cas.

8. Mal fondé, le recours est rejeté. L'assurée plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, la Cour renonce à mettre un émolument à sa charge.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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