

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3065/2013

ATAS/518/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 15 avril 2014**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame B \_\_\_\_\_, domiciliée aux ACACIAS, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître MABILLARD Yves

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges  
assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame B \_\_\_\_\_, née en Irak en 1950, a vécu en Israël où elle a suivi l'école jusqu'à 13 ans. Elle a ensuite travaillé comme ouvrière puis employée de maison jusqu'en 1992. Elle est mariée et mère d'une fille née en 1985. Elle a été mère au foyer de 1993 à 1996 et la famille s'est installée en Suisse en 1994. L'assurée et son époux ont brièvement géré leur propre boutique de vêtements d'août 1996 à août 1997, fermée pour des motifs conjoncturels et l'assurée s'est alors inscrite au chômage sans droit à l'indemnisation.
2. L'assurée a subi un accident de la circulation le 30 octobre 1997 ayant entraîné des fractures du plateau tibial externe gauche, du péroné et un état anxieux.
3. Elle a déposé une demande de prestations d'invalidité le 3 juillet 1998.
4. L'assurée a été traitée par ostéosynthèse, marchait avec une légère boiterie, avec des douleurs atypiques pour lesquelles les médecins ne parvenaient pas à mettre en évidence de pathologies claires (rapport du Docteur L \_\_\_\_\_ du 6 septembre 1999). L'assurée a dans un premier temps refusé l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, elle continuait à se plaindre de douleurs diffuses mal systématisées, tant au repos qu'à la marche, au niveau du genou, avec un tableau clinique très atypique, un bilan radiologique normal. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse qui devait être effectuée du point de vue orthopédique, risquait de ne pas soulager les douleurs, l'aspect psychologique n'étant pas négligeable dans l'évolution de l'état de l'assurée (rapport du Docteur M \_\_\_\_\_, Clinique d'orthopédie des HUG, du 1<sup>er</sup> mars 1999).

L'assurée avait une attitude plaintive et revendicatrice, se plaignant que la Suisse laisse une personne gravement handicapée sans ressources. Elle estimait être totalement incapable de travailler. L'OAI a accepté de considérer l'assurée comme une personne qui aurait exercé une activité lucrative, bien qu'elle n'ait jamais réalisé aucun revenu, eu égard à l'irrégularité des revenus de son mari. En raison de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse prévu pour mai 2000, le stage prévu a été reporté à janvier 2001 (rapport de la réadaptation professionnelle du 20 avril 2000).

L'ablation du matériel a été effectuée sans difficultés le 25 juillet 2000, le stage d'observation prévu dès le 29 janvier 2001 a été immédiatement interrompu, l'assurée s'étant déclarée encore plus malade qu'auparavant, suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, cette intervention bénigne étant venue renforcer la conviction de l'assurée qu'elle était totalement incapable de travailler. Ses plaintes étaient disproportionnées, à la limite de la conviction délirante, mais l'assurée était clairement totalement incapable d'entreprendre une démarche d'orientation, entraînant tout son entourage dans cette même conviction (rapport du Docteur N \_\_\_\_\_ du 22 janvier 2001, pour le centre d'intégration professionnelle).

5. Selon le rapport médical du Docteur O \_\_\_\_\_, chirurgien, l'assurée conservait en août 2001 une séquelle du traumatisme de son genou avec une légère limitation de la mobilité, ainsi que des douleurs et une atrophie musculaire du quadriceps

gauche, mais surtout une importante surcharge psychique et une grande détresse morale. Selon le rapport d'expertise psychiatrique du 9 décembre 2002 du Docteur P \_\_\_\_\_, l'assurée présentait une anxiété généralisée, soit une pathologie psychiatrique avec des répercussions très modérées en termes d'incapacité de travail. L'assurée disposait d'une capacité de travail de 100%, pour des motifs psychiatriques.

6. Par comparaison des revenus avec et sans invalidité, avec un abattement de 15%, le degré d'invalidité a été évalué à 10,8% en 2003. L'assurée ayant indiqué qu'elle ne pouvait plus travailler et qu'il n'était pas question de perdre du temps pour faire un nouveau stage professionnel, le mandat de réadaptation a été clôturé.
7. Par décision du 3 mars 2003, confirmée par décision sur opposition du 8 avril 2003, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée.
8. Par arrêt du 29 octobre 2003, le tribunal cantonal des assurances sociales a déclaré le recours irrecevable pour cause de tardiveté.
9. L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations d'invalidité le 7 septembre 2007 et l'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2007.
10. L'assurée a déposé une troisième demande de prestations d'invalidité le 16 janvier 2008 et elle a produit l'attestation du Dr O \_\_\_\_\_ du 11 janvier 2008, qui diagnostiquait un syndrome vertébral dorso-lombaire, une lithiase vésiculaire, des micro-calcifications rénales droites, une hypertension artérielle, de la tachycardie, ainsi qu'un status après fracture du plateau tibial gauche en 1997 et AMO en 2000. L'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 29 février 2008.
11. L'assurée a déposé une quatrième demande de prestations d'invalidité le 1<sup>er</sup> décembre 2010 et, dans la mesure où elle a rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé, l'OAI a accepté d'entrer en matière.
12. Selon le rapport de la Doctoresse Q \_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie et en hématologie du 8 février 2011, l'assurée souffrait d'un syndrome myéloprolifératif de type polycythémie vraie depuis mars 2009. La patiente, connue pour une hypertension artérielle traitée et une arthrose, avait présenté des douleurs de la main, dès fin décembre 2009, le médecin renvoyant la question de la capacité de travail au généraliste, le Dr O \_\_\_\_\_.

Selon le rapport du Dr O \_\_\_\_\_ du 30 mars 2011, l'assurée souffrait d'un status après fracture de 1997 et AMO en 2000, de douleurs du membre inférieur gauche persistantes, d'une surcharge psychique due à l'accident, de troubles thymiques, d'une dystonie neurovégétative, de migraines d'origine indéterminée, d'un syndrome vertébral, cervico-dorsal et lombaire, de lithiase vésiculaire et de microcalcifications rénales droites, d'une cardiopathie hypertensive, d'une HTA, de troubles du rythme cardiaque et de thrombocytose. Le pronostic était mauvais, l'assurée boitait et marchait avec une canne.

---

Selon le rapport de la clinique de Belle-Idée du 17 juin 2011, l'assurée souffrait d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) depuis 2009 et d'un trouble de la personnalité sans précision (F60.9) depuis l'âge adulte. Après un premier suivi du 16 novembre au 13 décembre 2010, l'assurée avait consulté à nouveau en mai 2011, en vue du rapport pour l'OAI. Elle se plaignait d'un moral bas, de difficulté du sommeil, de sa précarité sociale, de ses conflits de couple et elle présentait de la tristesse, de l'anxiété, un retrait social et des difficultés de sommeil. Le pronostic était réservé et l'assurée envisageait la reprise d'un suivi de soutien. Elle disposait d'une capacité de travail de 50% dès la date du rapport, étant donné ses difficultés à se mobiliser, à gérer les facteurs de stress et au vu de la longue période d'inactivité (rapport du 17 juin 2011 de la Doctoresse R\_\_\_\_\_, psychiatre et de Madame C\_\_\_\_\_, psychologue).

13. L'OAI a mandaté le Docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, pour procéder à l'expertise médicale de l'assurée. Après un premier rendez-vous auquel elle a refusé de se rendre, l'assurée a été sommée de participer à l'expertise qui a eu lieu en janvier 2012. Selon le rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> février 2012, l'assurée ne présentait aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, mais un léger déficit de flexion du genou gauche, un syndrome métabolique avec obésité (HTA, dyslipidémie), une lithiase vésiculaire et urinaire, un syndrome myéloprolifératif et un trouble anxieux et dépressif mixte. Les limitations étaient les longs déplacements en terrain accidenté, le travail en position accroupie ou sur un escabeau et il n'y avait pas de limitations dans l'activité de femme de ménage ou de vendeuse, qui était exigible à 100%, sans diminution de rendement.
14. Le SMR a estimé le 8 août 2012, que l'expertise était claire et convaincante, de sorte que la capacité de travail de l'assurée était pleine et entière depuis toujours, sans baisse de rendement.
15. Par projet du 20 août 2012, l'OAI a refusé la demande. L'assurée s'y est opposée le 20 août 2012, faisant valoir que ses problèmes physiques et psychiques n'avaient pas été pris en compte à leur juste mesure. La Dresse Q\_\_\_\_\_ s'est adressée à l'OAI le 4 septembre 2012, s'étonnant du refus de prise en charge par l'AI, malgré un diagnostic de syndrome myéloprolifératif de type polycythémie vraie posé en mars 2009 chez une patiente de 62 ans qui s'était présentée avec un acrocyanose de la main gauche et des troubles visuels et pour laquelle il avait fallu plusieurs mois pour contrôler la situation. Malgré un bon contrôle hématologique, les problèmes perduraient, avec des douleurs au niveau des zones d'acrocyanose, un prurit intense caractéristique de la maladie de base et une fatigabilité liée au traitement, sans compter les douleurs résiduelles aux membres inférieurs suite à l'accident de 1997. La patiente était ainsi incapable de travailler à 100%.

Le Docteur T\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, s'est également adressé à l'OAI le 10 septembre 2012, certifiant que l'assurée présentait une polyglobulie, une polyarthrose invalidante, une hypertension artérielle et un état dépressif avec

parfois des idées suicidaires. L'assurée présentait une grande fatigue, ne pouvait pas entretenir seule son appartement, faire des courses, se faire à manger et se laver.

16. Un complément d'expertise a été requis du Dr S\_\_\_\_\_ par l'OAI. Selon son rapport du 17 juin 2013, les diagnostics restaient les mêmes que précédemment et aucun n'avait de répercussions sur la capacité de travail.
17. Par décision du 22 août 2013, l'OAI a refusé toutes prestations à l'assurée.
18. Par pli du 18 septembre 2013 adressé à la Cour de céans, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a fait part de son étonnement face à la décision de refus de prestations pour une patiente de 63 ans présentant une maladie hématologique chronique traitée, engendrant une fatigue qui l'handicapait fortement, des problèmes douloureux chroniques secondaires à un accident et à des troubles dégénératifs importants, ainsi qu'un état dépressif sévère engendrant une totale incapacité de travail depuis de nombreuses années.

Dans le délai imparti par la Cour, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a confirmé qu'elle ne représentait pas l'assurée.

19. Dans le délai imparti, l'assurée a déposé un recours signé par ses soins. Elle subissait une maladie très grave et avait été victime d'un grave accident dix ans auparavant. Elle était incapable de s'occuper de son ménage. Sa maladie était chronique et dangereuse si elle ne prenait pas de médicaments. Elle avait souvent envie de se suicider. Elle avait donc droit à une rente.
20. Par pli du 21 octobre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le rapport d'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ et son complément avaient pleine valeur probante selon la jurisprudence. Il ne ressortait pas des griefs invoqués par l'assurée d'éléments concrets susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expertise et du SMR, à savoir que l'assurée avait une capacité de travail entière dans toute activité sans baisse de rendement.
21. Représentée par un avocat, l'assurée s'est déterminée le 17 janvier 2014. L'appréciation du Dr S\_\_\_\_\_ était contestable à plus d'un titre. En premier lieu, il avait complètement occulté les troubles psychiques, sans avoir les compétences adéquates pour se déterminer sur l'avis contraire des deux psychologues, étant lui-même ni psychiatre, ni psychologue et se fondant au surplus sur l'avis du Dr U\_\_\_\_\_, qui était pourtant chirurgien, pour rejeter tout trouble psychiatrique. Au surplus, si le Dr R\_\_\_\_\_ n'avait pas délivré de certificat d'arrêt de travail, c'était en raison du fait que l'assurée n'avait jamais travaillé. Alors que les troubles psychiques étaient établis par les rapports produits par les médecins et psychologues de l'assurée, le SMR aurait dû ordonner une expertise bidisciplinaire, de sorte qu'à défaut, la décision devra être annulée pour ce motif. En second lieu, le Dr S\_\_\_\_\_ avait écarté à tort des troubles somatiques invalidants, écartant l'existence de thromboses, alors que le Dr Q\_\_\_\_\_ avait rappelé leur existence. Il a également écarté toute évidence en faveur d'une polyarthrose, alors que le Dr Q\_\_\_\_\_ avait retenu ce diagnostic

---

sur la base d'éléments radiographiques que le Dr S \_\_\_\_\_ ne détenait pas. Il convenait donc de s'écarter des rapports du Dr S \_\_\_\_\_ et de ses conclusions.

Au surplus, dans la mesure où elle n'avait jamais travaillé, et s'était contentée d'accompagner son mari une fois ou l'autre au magasin qu'il tenait, on ne pouvait pas retenir, à l'instar de l'OAI, que l'assurée aurait consacré l'essentiel de son activité à travailler. Il convenait au contraire de retenir un statut de ménagère. Or, l'OAI n'avait entrepris aucune évaluation de la capacité ménagère de l'assurée. Cependant, les Drs Q \_\_\_\_\_, U \_\_\_\_\_ et T \_\_\_\_\_ avaient tous considéré que l'assurée ne pouvait pas s'occuper de son ménage au vu des troubles psychiques et somatiques constatés. Dans l'hypothèse peu probable où la Cour retenait un statut professionnel à l'assurée, il conviendrait alors de tenir compte qu'au jour de la demande, elle approchait l'âge de la retraite. Au surplus, l'assurée était analphabète, sans formation, souffrant de nombreux troubles somatiques, de troubles psychiques, d'une fatigabilité constante et ne travaillait plus depuis 1997. En raison du prurit intense qu'elle subissait, l'assurée avait cessé de prendre des douches ou des bains, cet aspect et ses conditions d'hygiène déplorable interférant à l'évidence avec sa capacité de travail ou celle de garder un emploi. Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il fallait retenir que l'assurée n'était plus en mesure de retrouver un emploi léger et adapté à son handicap sur le marché équilibré du travail.

22. L'assurée a produit le rapport du 14 janvier 2014 de la Dresse Q \_\_\_\_\_ selon laquelle les données objectives constatées par le Dr S \_\_\_\_\_ semblaient complètes mais leur interprétation était subjective. L'assurée avait présenté des thromboses digitales qui avaient été le point de départ du diagnostic de polyglobulie primaire et elle en gardait des séquelles sous forme de douleur au niveau des doigts. En soi, on ne pouvait pas considérer que ce symptôme, à lui seul, interférait avec sa capacité de travail. Cependant, la patiente étant actuellement sous traitement myélosuppresseur et même si les chiffres hématologiques étaient normaux, ce traitement pouvait influencer son état général. D'ailleurs, un des symptômes extrêmement gênant avec la polyglobulie primaire était un prurit intense après les douches ou le contact avec l'eau. Pour ce motif, l'assurée avait cessé de prendre des douches ou des bains depuis des années. C'était à tort que le Dr S \_\_\_\_\_ avait exclu un problème de polyarthrose et l'examen clinique n'était pas toujours contributif à ce sujet. Il n'y avait en effet pas d'hypertension objectivée, car la patiente était sous traitement, ce qui ne remettait pas en doute le diagnostic. L'assurée présentait en effet des troubles de la personnalité et un syndrome dépressif associé, en grande partie lié à sa situation sociale et à son isolement. N'étant pas psychiatre, la Dresse Q \_\_\_\_\_ définissait ces troubles comme moyens à sévères par moments. Il était exact, comme le retenait le Dr S \_\_\_\_\_, que la polycythémie évoluait favorablement sous traitement. Du point de vue objectif, l'assurée pouvait, du moins en partie, s'occuper de son ménage, mais son état psychique et ses problèmes de mobilité rendaient cette

activité difficile. L'aspect psychique de l'état de la patiente n'avait pas suffisamment été pris en compte dans l'expertise.

23. Par pli du 6 mars 2014, l'OAI a dupliqué. Du point de vue psychique, les plaintes actuelles de l'assurée étaient les mêmes que lors de l'expertise de 2002, qui avait conclu à une pleine capacité de travail à 100%. Au surplus, l'assurée avait spontanément interrompu le bref suivi qui avait eu lieu de janvier à juillet 2010, dans le cadre d'un contexte difficile de séparation. Dans ce cas-ci, le tableau clinique était dominé par une problématique de nature essentiellement physique et aucun rapport médical objectif ne faisait état de troubles psychiques invalidants. L'assurée ne faisait qu'envisager la reprise d'un suivi de soutien. S'agissant de l'expertise du Dr S \_\_\_\_\_, l'OAI a persisté. En retenant une pleine capacité de travail, il n'était pas nécessaire d'instruire plus avant la question du statut de l'assurée.
24. Il ressort du registre de l'office cantonal de la population que l'assurée, son mari, né en 1950, ainsi que leur fille, née en 1985, ont été domiciliés à la même adresse, \_\_\_\_\_, avenue W \_\_\_\_\_, de 1991 à 2012 et \_\_\_\_\_, route A \_\_\_\_\_ depuis août 2012.
25. 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<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 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1er janvier 2012 en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, sur son statut et les empêchements résultants de ses atteintes à la santé.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).
7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans

---

tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

8. a. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

b. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités

---

habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

En présence de troubles d'ordre psychique, 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 (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

c. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005, 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).

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

10. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine)....
11. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).
12. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ pour refuser toute prestation à l'assurée. Le rapport de ce dernier remplit les conditions objectives de

la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante, reste à examiner si les rapports des médecins traitants font état d'éléments objectifs mettant sérieusement en doute les conclusions du Dr S\_\_\_\_\_. En préambule, il convient de définir le statut de l'assurée. L'OAI avait retenu un statut professionnel, partant de l'idée qu'au vu des revenus faibles et irréguliers du mari et de l'inscription de l'assurée au chômage, celle-ci aurait travaillé sans atteinte à la santé. L'assurée et son conseil affirment et confirment que l'assurée n'a jamais travaillé et n'a jamais eu l'intention de le faire, de sorte qu'il convenait d'admettre un statut de ménagère. La Cour n'a pas de motif de s'écarter des affirmations de l'assurée et retiendra donc un tel statut, étant précisé qu'en présence d'une pleine capacité de travail dans une activité lucrative manuelle, simple et répétitive, il n'y a pas de place pour une invalidité ménagère, en raison d'exigences de rendement incomparables et de l'obligation accrue de réduire le dommage dans la sphère ménagère selon la jurisprudence.

Du point de vue somatique, l'accident de 1997 et ses séquelles au niveau du genou sont sans répercussion sur la capacité de travail et ménagère de l'assurée, au vu des quelques limitations retenues par son médecin traitant (légère limitation de la mobilité), de la claire disproportion des plaintes de l'assurée relevées par le médecin du CIP et de l'absence de pathologie objectivée selon les HUG, en 2001. Du point de vue ostéoarticulaire, globalement, aucun des médecins traitants ne met en avant de pathologie cervico-dorso-lombaire objectivement invalidante et les douleurs liées à ce syndrome vertébral n'empêchent l'assurée ni de travailler, ni de s'occuper de son ménage, le cas échéant à son rythme, en fractionnant les tâches. Au surplus, la Dresse Q\_\_\_\_\_ confirme que les données objectives constatées par le Dr S\_\_\_\_\_ sont complètes, mais conteste l'interprétation qui en est faite. Sur certains points, en effet, l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ ne convainc pas, bien que cela reste finalement sans conséquence sur la présente cause. L'expert n'a pas retenu les conséquences des thromboses digitales, ni l'important prurit généré par le contact avec l'eau. Il semble avoir rapidement exclu un problème de polyarthrose et a omis de mentionner le diagnostic d'hypertension.

Cela étant dit, la Dresse Q\_\_\_\_\_ ne remet pas en cause les conclusions du Dr S\_\_\_\_\_ sur l'absence d'impact de ces pathologies sur la capacité de travail de l'assurée. Les thromboses ayant permis le diagnostic de polyglobulie n'interfèrent pas avec la capacité de travail. Le traitement myélosuppresseur permet de retrouver des valeurs hématologiques normales et le médecin-traitant mentionne uniquement que le traitement influence l'état général. Mis en relation avec l'avis du Dr T\_\_\_\_\_, on comprend de cette affirmation que l'assurée présente une certaine fatigue. Au surplus, l'éventualité d'une polyarthrose n'est pas précisée et la Dresse Q\_\_\_\_\_ n'indique pas en quoi cela limiterait l'activité professionnelle ou ménagère de l'assurée. S'agissant de l'hypertension, le traitement a stabilisé et permet de contrôler la situation. En d'autres termes, si l'on comprend des explications de la Dresse Q\_\_\_\_\_ que l'ensemble des pathologies et des traitements ont un effet sur l'état général de l'assurée, sans précision et s'il s'agit de

---

fatigue, non seulement celle-ci n'est pas objectivée, mais encore cela ne permet-il pas de retenir que cela impliquerait une incapacité de travail de 40% au moins ou d'importants empêchements dans le ménage, eu égard aux exigences de la jurisprudence à ce sujet. Ainsi, la totale incapacité de travail dans toute activité retenue par la Dresse Q\_\_\_\_\_ ne convainc pas. S'agissant du prurit intense, lequel serait assurément, comme l'affirme le conseil de l'assurée, un frein important à la reprise d'un emploi, eu égard à l'aspect de l'assurée, il reste sans conséquence dans le cadre de l'activité ménagère, sous réserve des tâches ménagères impliquant l'utilisation de l'eau (vaisselle, nettoyage des sanitaires et de la cuisine et des sols), qui peuvent être assumées par les autres membres de la famille.

Du point de vue psychique, certes le Dr S\_\_\_\_\_ n'est pas psychiatre, mais les autres avis au dossier permettent de confirmer l'absence de pathologie invalidante sur la capacité en tout cas ménagère de l'assurée, voire même sur sa capacité de travail. D'une part, l'assurée n'a jamais poursuivi de traitement psychiatrique, ni médicamenteux et elle ne consulte que pour les besoins de la procédure. D'autre part, le seul rapport de spécialiste, soit celui du Dr R\_\_\_\_\_, du 17 juin 2011, retient non seulement une capacité de travail de 50%, mais de surcroît la motive par les difficultés de la patiente à se mobiliser, à gérer le stress et au vu de la longue période d'inactivité, le trouble anxieux et dépressif mixte n'ayant pas été traité selon les règles de l'art entre la période de consultation de janvier à juillet 2010 et la consultation de mai 2011, en vue du rapport destiné à l'OAI. Hormis le facteur de stress, ce sont donc surtout des motifs sociaux qui limitent la capacité de travail de l'assurée du point de vue psychique, de sorte qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée souffre d'une affection psychiatrique qui, avec un traitement adéquat, aurait des conséquences sur la capacité de travail. A cet égard, un assuré capable de travailler à 50%, compte tenu des exigences de rendement et de ponctualité de toute activité professionnelle, peut sans difficulté assumer l'intégralité de ses tâches ménagères.

13. Pour l'ensemble des motifs qui précèdent, la Cour estime qu'il n'est pas nécessaire, d'une part, d'ordonner une expertise psychiatrique, dès lors qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée n'est pas empêchée dans ses tâches ménagères de ce point de vue-là. S'agissant des conséquences – limitées – de l'ensemble des troubles somatiques de l'assurée, sur sa capacité ménagère, il y a lieu de préciser que l'assurée vit avec son mari et sa fille, lesquels doivent, en vertu du principe de limitation du dommage établi par la jurisprudence, participer aux tâches ménagères dans une proportion accrue, de sorte qu'il est également établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'après avoir pris en compte l'exigibilité liée à l'aide des membres de la famille, le degré d'empêchement ménager n'atteindrait certainement pas 40%, de sorte que l'assurée n'aurait quoi qu'il en soit pas droit à une rente d'invalidité. Pour ce motif, il n'est pas non plus utile d'ordonner une enquête ménagère.

Il est ainsi établi que l'assurée ne présente pas de limitations somatiques et/ou psychiques impliquant une incapacité ménagère atteignant 40%, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI a refusé toute rente à l'assurée, la question d'un reclassement professionnel ne se posant pas, au vu de la position de principe de l'assurée quant à son statut de ménagère.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510.03).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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