



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4278/2018

ATAS/1006/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 31 octobre 2019**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Sara GIARDINA

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges  
assesseurs**

---

## **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1957, est mariée et mère de deux filles nées en 1988 et 1994. Elle a travaillé sans interruption dès 1975, hormis en 1979, durant deux mois en 1980, deux mois en 1983 et deux mois en 1984 (cf. extrait du compte individuel). Elle a été employée en qualité de vendeuse de chaussures à temps partiel pour le même employeur de 1985 à 1998, année depuis laquelle ses médecins ont attesté une totale incapacité de travail.
2. Le 15 février 1999, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), qui l'a rejetée par décision du 29 juin 2004 – confirmée sur opposition le 14 décembre 2014.

L'OAI a relevé que, sur le plan somatique, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne suffisait pas pour justifier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. En l'occurrence, il ressortait des différentes expertises que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique. Quant aux autres critères retenus par la jurisprudence pour qualifier un trouble somatoforme douloureux d'invalidant, ils n'étaient pas non plus remplis (absence de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'état psychique cristallisé ou encore d'échec des traitements conformes aux règles de l'art). L'atteinte à la santé n'étant pas invalidante, une enquête ménagère ne se justifiait pas.

Les décisions de l'OAI sont intervenues au terme d'une instruction ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants :

- un rapport du 21 février 2003 du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, posant les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'asthme, seul le premier ayant des effets sur la capacité de travail ; l'expert retenait que les douleurs dont se plaignait l'assurée, musculo-squelettiques, variables et sans substrat organique, apparues à l'âge de vingt-sept ans et s'étant progressivement aggravées, l'empêchaient d'exercer une activité lucrative ; l'assurée ne manifestait pas de signes évidents d'anxiété ou de dépression et n'était pas suivie par un psychiatre ; il n'y avait selon l'expert aucune limitation majeure sur le plan social ;
- un rapport d'expertise rendu le 29 janvier 2004 par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine interne, médecine physique et réhabilitation, retenant, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble somatoforme douloureux, une fibromyalgie, des rachialgies chroniques, des séquelles frustrées d'une dystrophie osseuse juvénile de croissance et des traits de personnalité obsessionnelle ; sur le plan somatique, l'expert n'avait constaté aucun signe objectif pouvant expliquer les plaintes ostéo-articulaires ; les douleurs de l'assurée entraînaient

dans le cadre d'un trouble somatoforme, syndrome prenant le caractère d'une fibromyalgie, avec des comorbidités fonctionnelles d'accompagnement (asthénie, céphalées, troubles du sommeil, sonophobie et agoraphobie) ; le Dr C\_\_\_\_\_ soulignait que l'assurée présentait peu de limitations physiques, mais qu'elle devait éviter le port répété de charges supérieures à 10 kg et les stations prolongées en position arc-boutée ; sur le plan mental ou psychique, il relevait des traits de personnalité obsessionnelle (crainte de ne pas parvenir à satisfaire aux exigences de la prestation demandée par son employeur) ; l'activité de vendeuse n'était aucunement entravée d'un point de vue physique, mais les traits de personnalité obsessionnelle limitaient l'assurée dans sa capacité à entreprendre, décider et s'adapter ; d'un point de vue rhumatologique, l'activité exercée jusqu'alors pouvait être raisonnablement exigée à temps complet et sans perte de rendement, en ne tenant pas compte des limitations psychologiques et en faisant abstraction des douleurs pour lesquelles aucun substrat organique n'avait pu être mis en évidence ; en définitive, l'expert concluait à une capacité de travail entière sur le plan rhumatologique, étant précisé qu'il faudrait compter avec des incapacités de travail temporaires justifiées par les épisodes de blocages dorso-lombaires aigus ;

- un rapport du 5 mars 2004 du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, concluant à une fibromyalgie affectant la capacité de travail et à un asthme bronchique non invalidant ; les douleurs entraînaient une incapacité de travail en tant que vendeuse d'environ 50% avec des limitations fonctionnelles sur les mouvements du rachis, le maintien prolongé en position debout et le port de charges ; en revanche, l'assurée pouvait effectuer toute activité permettant d'éviter de porter des charges de plus de 5 à 10 kg, d'effectuer des mouvements répétés de flexion, d'extension, de rotation ou d'inclinaison du rachis et de rester debout plus d'une heure ; elle pourrait probablement exercer son activité de vendeuse quatre heures par jour ; une activité adaptée à ses déficits pourrait être envisagée sur une durée d'environ cinq à six heures par jour ;
  - une note interne du 1er juin 2004 de l'OAI reconnaissant à l'assurée un statut mixte.
3. Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour de céans l'a rejeté en date du 9 novembre 2006 (ATAS/1046/2009), la fibromyalgie de l'assurée ne pouvant se voir reconnaître un caractère invalidant en application des critères développés par la jurisprudence alors en vigueur.
  4. Dans l'intervalle, le 9 mars 2005, l'assurée a été examinée à la consultation ambulatoire d'endocrinologie des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (HUG), qui ont indiqué qu'elle était connue pour un goitre multinodulaires depuis une dizaine d'années (cf. leur rapport du 21 avril 2005).
  5. L'assurée a également été hospitalisée du 18 au 23 novembre 2005 au centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV, consultation d'épileptologie), suite à une probable crise convulsive généralisée, précédée d'une aura sensitive et suivie d'un état post critique prolongé. Le diagnostic différentiel restait ouvert entre une épilepsie focale primaire ou symptomatique. L'assurée avait présenté dans sa jeunesse plusieurs pertes de connaissance, attribuées à des insolations. Il y a cinq

ans, elle s'était retrouvée par terre dans sa cuisine et une fois aux toilettes, sans connaître le déroulement des événements, en l'absence de témoins. Il n'y avait eu ni céphalées, ni morsure de langue, ni autres signes évocateurs. L'anamnèse ne permettait pas de mettre en évidence de réelles ruptures de contact intermittentes (cf. rapport du 19 décembre 2005).

6. En date du 24 avril 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant une totale incapacité de travail depuis 1998 en raison de douleurs au dos, d'une dépression, d'une polyarthrite, d'une épilepsie et d'une hyperthyroïdie.
7. Le 1<sup>er</sup> juin 2017, l'OAI l'a informée qu'il envisageait de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, faute de modification de l'état de fait plausible.
8. Le 5 juillet 2017, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, s'est étonné de la décision de l'OAI du 29 juin 2004, émettant l'avis que l'assurée présentait probablement déjà à cette époque des troubles neuropsychologiques confirmés en 2011. Il n'y avait pas d'espoir que cette atteinte, qui altérait de manière marquée toute activité professionnelle, s'améliore. À cette maladie épileptique s'ajoutait une polyarthrite rhumatoïde empêchant l'utilisation des doigts et des poignets. Selon lui, la situation médicale de 2004 avait très probablement été sous-évaluée. Sa patiente n'était pas apte à travailler.
9. Par décision formelle du 28 juillet 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande du 24 avril 2017.
10. Le 8 août 2017, l'OAI a reçu un rapport, suite à une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la main et du poignet droit du 7 décembre 2016. Cet examen avait mis en exergue une pancarpite avec un important œdème des os du carpe, une ténosynovite floride des différents tendons fléchisseurs, une synovite interphalangienne proximale du 5<sup>ème</sup> doigt et des discrets signes de synovite métacarpo-phalangienne des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> rayons.
11. Le 22 août 2017, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 28 juillet 2017, que l'OAI a annulée en date du 21 septembre 2017 pour reprendre l'instruction du dossier, rendant le recours sans objet (ce que la Cour de céans a constaté en date du 5 octobre 2017 ; ATAS/894/2017).
12. Le 9 janvier 2018, la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, endocrinologie et diabétologie, a indiqué suivre l'assurée depuis le 4 mars 2014 pour un problème thyroïdien sous contrôle.
13. Dans un rapport du 22 janvier 2018, le Dr E\_\_\_\_\_ a retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des crises d'épilepsie focale d'origine indéterminée depuis 2003, des troubles cognitifs diffus avec troubles attentionnels, mnésiques, verbaux et exécutifs depuis 2004, une polyarthrite rhumatoïde depuis décembre 2016, une polyneuropathie périphérique des membres inférieurs depuis juillet 2017 et un probable état dépressif. Il a également

mentionné, en précisant qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail, un goitre multi-nodulaire réséqué en mai 2014, un canal carpien droit opéré en 2016 et une maladie de la jonction pyélo-urétérale gauche opérée en mars 2017. L'assurée, qu'il suivait depuis février 2013, était en incapacité totale de travail depuis 2004 en raison de troubles cognitifs et de crises d'épilepsie. Les troubles neuropsychologiques étaient en progression depuis 2004 et l'assurée souffrait en outre de douleurs articulaires périphériques invalidantes.

Le médecin traitant joignait à sa prise de position :

- un rapport du 19 avril 2006 du service de neurologie CHUV suite à une consultation de l'assurée le 5 avril 2006 ; une augmentation du traitement de Keppra avait été proposée à l'assurée, suite à un épisode pouvant correspondre à une crise partielle avec une généralisation secondaire ;
- un rapport du 21 décembre 2006 du CHUV, suite à une consultation neurologique de l'assurée la veille ; l'assurée avait eu de petites crises partielles complexes et une crise plus importante avec une généralisation secondaire ayant nécessité une hospitalisation du 24 au 25 novembre 2006 ;
- un rapport du 14 janvier 2011 de Madame G\_\_\_\_\_, psychologue, relatant que durant les derniers temps de son activité en tant que vendeuse de chaussures, l'assurée avait noté des difficultés à se souvenir de numéros et de notions pourtant bien connues dans l'exercice de son métier ; depuis, elle rencontrait toujours des difficultés à la fixation d'informations, de numéros, oubliait des noms propres et se plaignait d'une fatigue diurne ; l'examen neuropsychologique avait mis en évidence des troubles attentionnels sévères au premier plan, accompagnés de troubles mnésiques verbaux touchant la fixation et l'apprentissage de données nouvelles, et des troubles exécutifs à la flexibilité mentale, mais aussi à l'inhibition et la programmation motrice ; ces troubles cognitifs relativement sévères étaient observés dans le contexte d'une épilepsie résistante au traitement ;
- un rapport du 25 février 2011 du docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, faisant état de crises épileptiques nocturnes quotidiennes, de problèmes de mémoire et de concentration et d'une fatigue importante ; l'examen neuropsychologique du 14 janvier 2011 avait confirmé l'existence de troubles de l'attention très sévères ; il sollicitait le service de neurologie des HUG pour un bilan plus approfondi de l'épilepsie, voire une solution chirurgicale ;
- un rapport du 5 mai 2014 des HUG relatif à une thyroïdectomie totale en raison d'un goitre multi-nodulaire subtoxique ;
- un rapport du 25 novembre 2014 de l'unité d'électroencéphalographie (ci-après : EEG) et d'exploration de l'épilepsie du service de neurologie des HUG, consulté par l'assurée qui se plaignait d'une fatigue chronique en juin 2013 et en novembre 2014 ; ont été diagnostiqués : une somnolence diurne excessive, des troubles cognitifs diffus avec des troubles attentionnels, mnésiques, verbaux et exécutifs (bilantés en 2011), un status post résection de goitre multi-nodulaire en 2014 et des probables troubles de

---

l'humeur et de l'anxiété ; l'EEG était dans la norme ; selon l'anamnèse, l'assurée était connue pour des crises d'allures généralisées en 2002-2003-2007, ainsi que des ruptures de contact ; elle constatait une amélioration (fréquence diminuée à une fois tous les deux mois, alors qu'elles étaient auparavant de deux fois par semaine) ; les crises généralisées survenaient surtout la nuit, désormais une fois tous les deux ans ; il restait une fatigabilité excessive diurne et un état d'anxiété qui constituait le problème principal de l'assurée, laquelle se déclarait désormais satisfaite de la situation dite épileptique ; les épisodes d'allure hyétale étaient probablement d'origine non épileptique avec une amélioration ces derniers temps ; le bilan de 2013 avait été négatif ;

- un rapport du 10 novembre 2015 du Dr E\_\_\_\_\_ faisant notamment état de tendinopathies ne répondant que partiellement aux traitements, d'un trouble dépressif traité et de troubles cognitifs modérés en lien possiblement avec des crises comitiales ;
- un rapport du 10 mars 2016 relatif à une opération du tunnel carpien du poignet droit, le 9 février 2016 ;
- un rapport du 18 avril 2017 des HUG concernant une maladie de la jonction pyélo-urétérale gauche opérée le 16 mars 2017 ;
- un rapport du docteur I\_\_\_\_\_, radiologue FMH, suite à une IRM du rachis lombaire réalisée le 31 mai 2017, constatant la présence de discopathies en L3-L4, L4-L5 et L5-S1, avec une protrusion discale et une minuscule hernie en L3-L4, une dessiccation en L4-L5 et une petite hernie discale et une déchirure des fibre en L5-S1.
- un rapport du 28 juillet 2017 de la consultation d'épileptologie du service de neurologie des HUG retenant à titre de diagnostic principal une suspicion de crise d'épilepsie focale d'origine indéterminée et les diagnostics secondaires de troubles cognitifs diffus avec des troubles attentionnels, mnésiques, verbaux et exécutifs, et de polyneuropathie périphérique des membres inférieurs ; l'assurée avait déjà été examinée par le service en 2013 et en 2014 en raison d'une fatigue diurne importante ; elle avait subi, à l'âge de 20 ans, de trois épisodes de malaises avec prodromes (vision floue, pâleur, transpiration) suivis d'une perte de connaissance, avec une récupération rapide et sans convulsion ; à l'âge de 40 ans, elle avait été victime de deux nouveaux épisodes de perte de connaissance avec prodrome, dont l'intensité était plus marquée, au point qu'une hospitalisation avait été nécessaire la seconde fois ; depuis 2003, les membres de la famille de l'intéressée objectivaient des ruptures de contact transitoires suivies de fatigue, dont la fréquence se limitait à un épisode par mois, d'une durée n'excédant pas quelques secondes ; de manière concomitante, se développaient des troubles cognitifs, marqués par un déficit mnésique et attentionnel, confirmés par un examen neuropsychologique en janvier 2011 ; en 2005, il y avait eu deux épisodes convulsifs motivant une hospitalisation au CHUV à la suite duquel un traitement avait été initié ; en 2007, une nouvelle crise était survenue ; depuis cette période, l'assurée rapportait un mauvais sommeil et présentait des épisodes récurrents de probables ruptures de contact associées à une fatigue prodromale et inter critique et à un état

postcritique ; concernant les pertes de mémoire, l'assurée indiquait ne plus pouvoir retenir des numéros de téléphone, ni se concentrer, difficultés qui allaient en s'aggravant ; depuis 2013, elle signalait la persistance de crises nocturnes (elle se réveillait avec une sensation de crampe débutant dans les membres inférieurs) ; elle se sentait épuisée au réveil et se plaignait d'une fatigue chronique toute la journée qui l'isolait socialement ; un changement de traitement était proposé, ainsi qu'une consultation neurocomportementale en raison des troubles cognitifs multi-domaines ; en résumé, l'assurée souffrait d'épisodes paroxystiques de rupture de contact de quelques secondes à une fréquence d'une fois par mois depuis environ 12-13 ans ; il était possible que certains de ces épisodes correspondent à des crises épileptiques généralisées ; le bilan paraclinique n'avait jamais montré de foyer irritatif ou de lésion épileptogène ; parallèlement, l'assurée se plaignait de la qualité de son sommeil, sans anomalies significatives retrouvées à la polysomnographie de 2015 pouvant expliquer la fatigue diurne ; l'EEG du jour n'avait pas montré de foyer irritatif actif ou d'état de mal non convulsif ou de signes d'encéphalopathie pouvant expliquer une fatigue anormale ; était plutôt incriminée la participation médicamenteuse dans la fatigue chronique, de sorte qu'un changement de molécule était proposé.

14. Dans un rapport reçu par l'OAI le 24 janvier 2018, la doctoresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a indiqué que l'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 8 décembre 2016, date de sa première consultation.
15. Le 26 février 2018, la doctoresse K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif sévère récurrent, épisode modéré à sévère, des crises d'épilepsie depuis « 2013 », des troubles cognitifs diffus avec des troubles attentionnels, mnésiques, verbaux et exécutifs, diagnostiqués en « 2004 », un status post résection d'un goitre multi-nodulaire en 2014, un canal carpien droit opéré en février 2016 et une maladie de la jonction pyélo-urétérale gauche opérée en mars 2017, d'une polyneuropathie périphérique des membres inférieurs, diagnostiqués en 2017 et une polyarthrite rhumatoïde depuis décembre 2016. L'incapacité de travail était totale depuis le début du traitement, soit le 29 mai 2015, et une réinsertion n'était pas possible en raison du trouble de l'adaptation, de la fatigabilité, des douleurs, des troubles cognitifs, de la concentration, des troubles émotionnels et des difficultés relationnelles. Le trouble dépressif était désormais stationnaire, après deux épisodes sévères, l'un survenu en 2015, l'autre fin 2016/courant 2017.
16. Le 21 juin 2016, la doctoresse L\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (SMR), a relevé l'existence de troubles cognitifs sévères, probablement en lien avec un épisode de dépression de gravité modérée à sévère dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, dont l'évolution stagnait depuis le début du suivi spécialisé, en mai 2015, d'une polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée en 2016 et d'une polyneuropathie des membres inférieurs depuis 2017. Ces troubles constituaient de nouvelles atteintes qui engendraient de nombreuses limitations

fonctionnelles. L'assurée souffrait en outre d'une maladie de la jonction pyélorétérale gauche opérée en mars 2017, d'un tunnel carpien opéré à droite en février 2016 et de crises d'épilepsie depuis 2003, dont les limitations fonctionnelles n'étaient pas à retenir comme durablement incapacitantes. L'état de santé de l'assurée s'était donc aggravé depuis la dernière décision de l'OAI et aucune capacité de travail n'était plus exigible, au moins depuis le début de la prise en charge psychiatrique, en mai 2015.

17. Dans une note interne du 25 juin 2018, l'OAI a relevé que l'assurée n'avait plus exercé d'activité professionnelle depuis 1998, n'avait pas bénéficié de prestations de l'Hospice général et se contentait du salaire de son époux pour subvenir à ses besoins vitaux. Le statut de ménagère était retenu.
18. Le 18 septembre 2018, une enquête économique sur le ménage a été réalisée par une infirmière au domicile de l'assurée.

Dans son rapport, l'enquêtrice a rappelé les diagnostics principaux figurant dans le dossier médical mis à sa disposition.

Elle a noté que l'assurée avait travaillé comme vendeuse depuis 1976 et avait été employée à 100% par le même employeur de 1985 à 1998. Selon ses déclarations, l'assurée aurait continué à travailler à 100% dans la vente sans atteinte à sa santé. Elle avait du plaisir dans ce métier qui lui permettait en outre d'avoir une activité hors de chez elle. Elle n'arrivait toutefois pas à préciser à quel taux elle aurait travaillé au moment de l'enquête ; cela faisait en effet 20 ans qu'elle avait quitté la sphère professionnelle et n'arrivait de ce fait pas à se projeter dans un éventuel emploi. Elle avait effectué quelques recherches d'emploi en 1998, sans succès. Ensuite, découragée, elle n'avait plus fait aucune démarche depuis lors. De plus, elle souffrait de douleurs dès le matin depuis 1998, ce qui avait également un effet négatif sur son moral. De ce fait, elle n'était pas allée plus avant dans d'éventuelles recherches d'emploi.

Depuis 1998, elle dépendait financièrement de son mari, ingénieur informatique à 100% rémunéré auparavant environ 7'000.- CHF/mois, mais ne percevant plus, depuis sa retraite, une année auparavant, que 3'000.- CHF/mois de rente.

Le couple avait deux filles adultes. L'aînée avait quitté le domicile familial et était indépendante financièrement. La cadette, née en 1994, avait arrêté ses études et trouvé depuis peu un emploi comme vendeuse à 50%. Elle habitait avec ses parents et prenait ses repas de midi à l'extérieur.

Le loyer de l'appartement de trois pièces s'élevait à CHF 1'700.- sans les charges et les assurances maladie du couple à CHF 1'250.-.

Le besoin d'aide de l'assurée a été évalué comme suit :



champs d'activités	exigibilité	pondération champ d'activité en %	empêchement en %	empêchement pondéré
<b>5.2 alimentation 0-50 %</b> préparation/cuisson/service/travaux nettoyage de la cuisine/provisions  exigibilité	20 %	36%	20 %  0 %	7.2 %  <b>0 %</b>
<b>5.3 entretien du logement ou de la maison et garde des animaux domestiques 0-40 %</b> ranger/épousseter/passé l'aspirateur/entretenir les sols/nettoyer les vitres/faire les lits/soigner les plantes/extérieur de la maison/sortir les déchets  exigibilité	40 %	38%	50 %  10 %	19 %  <b>3.8 %</b>
<b>5.4 achats et courses diverses 50-10%</b> courses quotidiennes et achats plus importants/poste/assurances/ services officiels  exigibilité	0 %	7%	0 %  0 %	0 %  <b>0 %</b>
<b>5.5 lessive et entretien des vêtements 0-20%</b> laver/suspendre/ramasser/repasser/ raccorder/nettoyer les chaussures  exigibilité	40 %	19 %	50 %  10%	9.5 %  <b>1.9 %</b>
<b>5.6 soins et assistance aux enfants et aux proches 0-50%</b> conjoint et parents en ligne directe  exigibilité	0 %	0 %	0 %  0 %	0%  <b>0 %</b>
total du champ d'activité				100 %
total de l'exigibilité retenue				30%
total - empêchement pondéré sans exigibilité				35.70%
<b>total – empêchement pondéré avec exigibilité</b>				<b>5.70%</b>

Après avoir détaillé les empêchements dans chaque domaine d'activité, l'enquêtrice a relevé que les travaux ménagers que l'assurée ne pouvait plus exécuter étaient désormais réalisés par son mari et sa fille de 24 ans. L'assurée se donnait de la peine pour maintenir une certaine régularité dans le ménage courant. Elle faisait les choses tranquillement, à son rythme et de manière fractionnée sur la semaine. Elle était aidée par sa famille pour toutes les tâches qu'elle ne pouvait plus effectuer seule selon les limitations fonctionnelles décrites. Lorsque son mari était absent, elle se rendait chez sa sœur qui habitait Genève.

L'exigibilité retenue était de 30%. L'époux de l'assurée présentait une anémie falciforme qui nécessitait d'être dialysée chaque mois depuis sept ans. Malgré sa maladie, il avait travaillé à 100% jusqu'à l'âge de la retraite et avait toujours pu aider son épouse dans la sphère ménagère. La fille du couple travaillait à 50%.

Ainsi, l'empêchement pondéré avec exigibilité s'élevait à 5.7%.

19. Le 19 septembre 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations.
20. Par courrier du 16 octobre 2018, l'assurée a contesté cette position en rappelant qu'elle n'avait plus travaillé depuis 20 ans en raison des atteintes à sa santé et de ses douleurs.  
  
Le même jour, elle a demandé copie de son dossier, par l'intermédiaire d'un mandataire.
21. Le 17 octobre 2018, l'OAI lui a indiqué qu'il allait procéder à un nouvel examen du dossier.
22. En date du 18 octobre 2018, l'assurée a sollicité un délai supplémentaire pour compléter ses observations.
23. Le 19 octobre 2018, l'OAI lui a transmis son dossier.
24. Le 31 octobre 2018, il a refusé de lui accorder une prolongation du délai pour faire valoir son point de vue, au motif que le délai légal prévu pour ce faire ne pouvait être modifié.
25. Par décision du 31 octobre 2018, l'OAI a rejeté la demande de l'intéressée, faute de nouveaux éléments.

Il a considéré que l'assurée avait le statut d'une personne non active consacrant tout son temps aux travaux habituels. Selon les conclusions du SMR, l'intéressée présentait une atteinte à la santé invalidante dès le mois de mai 2015. L'invalidité dans la sphère des travaux habituels était évaluée en fonction des difficultés que la personne assurée rencontrait pour accomplir ses travaux habituels. S'agissant de l'évaluation des empêchements de l'assurée, l'enquête ménagère avait conclu à un empêchement pondéré avec exigibilité de 5.7%. L'assurée n'avait dès lors pas le droit à une rente, un taux inférieur à 40% n'ouvrant pas le droit à une telle prestation.

- 
26. Par acte du 3 décembre 2018, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès octobre 2017, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

La recourante se plaint en premier lieu d'une violation de son droit d'être entendue, dès lors que l'intimé lui a refusé l'octroi d'un délai supplémentaire pour faire valoir ses observations, refus qu'elle considère d'autant plus choquant qu'il lui a été signifié deux semaines après avoir été demandé et que la décision a été rendue le jour même, ne lui laissant plus aucune possibilité d'exercer son droit d'être entendue. Cela étant, elle admet que cette violation pourra être réparée dans le cadre du litige.

Sur le fond, la recourante conteste les conclusions du rapport d'enquête ménagère. Elle relève que son mari souffre de problèmes de santé et doit régulièrement subir des dialyses qui l'épuisent. En outre, l'exigibilité retenue fait peser un poids trop lourd sur les épaules de sa fille, née en 1994, qui vit chez eux et travaille à 50%, mais qui va probablement quitter le domicile familial dans un avenir proche et devrait pouvoir être libre de prendre son indépendance sans contrainte. En conclusion, seule une exigibilité pour son époux devrait être retenue, soit un taux de 15% au lieu de 30%, ce qui ramène l'empêchement pondéré avec exigibilité à 20.70%.

La recourante conteste également le statut mixte retenu par l'intimé, rappelant qu'elle a cessé de travailler en 1998 pour des raisons de santé. Elle travaillait alors à temps partiel et s'occupait de l'éducation de ses enfants, âgés de 4 et 10 ans. Son salaire moyen a été de CHF 28'257.- entre 1996 et 1995, puis a baissé lorsque ses problèmes de santé ont commencé, entre 1996 et 1998. Elle n'a plus exercé d'activité car son état de santé ne s'est jamais amélioré et elle n'a jamais réussi à surmonter ses douleurs. Il est donc faux de prétendre qu'elle se serait contentée du salaire de son époux ; si elle n'a pas recherché d'emploi, c'est en raison de son état de santé et du fait qu'aucun employeur n'aurait engagé une personne susceptible d'être fréquemment en arrêt de travail et dont le rendement était moindre. Si elle n'a pas fait appel à l'aide sociale, c'est parce qu'il est fort probable qu'elle n'y aurait pas eu droit, puisque son mari travaillait. De surcroît, de nombreuses personnes renoncent à une telle démarche, par fierté ou volonté de s'en sortir sans recourir à l'aide sociale. La recourante souligne qu'elle a travaillé pendant plus de vingt ans comme vendeuse et réalisé un revenu stable, même après la naissance de ses enfants. Elle affirme qu'elle aurait de toute évidence continué à travailler, ce qui lui aurait également permis de cotiser aux premier et deuxième piliers. Elle relève que les revenus du couple, composés des rentes AVS et 2<sup>ème</sup> pilier de son mari, soit un total de CHF 2'950.-, ne leur permettent pas d'assurer leur minimum vital, étant précisé que leurs charges s'élèvent à CHF 4'476.-. Sa fille cadette reçoit un salaire mensuel de CHF 400.-, paie ses primes d'assurance-maladie et est à la recherche d'un apprentissage. Elle ne peut donc participer aux frais du ménage. Dans ces

conditions, elle estime qu'on ne saurait prétendre qu'elle a choisi par convenance personnelle de vivre avec 3'000.- CHF/mois. Au moment de son licenciement, elle travaillait à 50%. Depuis, ses filles sont devenues adultes. Il est donc fort probable qu'elle aurait augmenté son taux d'activité à 70%-80%, voire 100%. Ainsi, en tenant compte de la situation financière du ménage, de l'âge de ses enfants, de ses qualifications personnelles et de la volonté exprimée, il convenait de retenir un statut de personne active, voire un statut mixte.

La recourante fait valoir qu'en retenant un statut mixte de 50%, elle aurait droit à un trois-quarts de rente avec une exigibilité de 15% et à une demi-rente avec une exigibilité de 30% ; avec un statut mixte d'active à 60%, elle aurait droit à un trois-quarts de rente avec une exigibilité de 15% ou 30% ; en retenant une part active de 70% ou plus, elle aurait droit à une rente entière, quelle que soit la pondération pour les travaux habituels.

A l'appui de sa position, elle produit notamment :

- un relevé du compte bancaire de son mari attestant du versement d'une rente de vieillesse de 1'816.- CHF/mois ;
- une facture de primes de l'assurance-maladie pour novembre 2018, pour le couple, d'un montant de CHF 1'026.- ;
- des correspondances relatives à sa demande de délai supplémentaire pour faire valoir ses observations avant le prononcé de la décision litigieuse.

27. Dans sa réponse du 21 janvier 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours.

S'agissant des conclusions de l'enquête ménagère, l'intimé souligne que l'enquêtrice a tenu compte des problèmes de santé du mari de la recourante, relevant qu'ils ne l'avaient pas empêché de travailler à 100% jusqu'à l'âge de la retraite et d'aider son épouse dans le ménage. Concernant la fille de la recourante, l'intimé relève qu'elle a vécu sous le même toit que ses parents jusqu'à la décision attaquée, de sorte que son aide ne peut valablement être niée et qu'il était donc raisonnable de retenir une exigibilité de 30%. L'enquête remplissant toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document, il ne se justifie pas de s'en écarter.

Quant à la question du statut de la recourante, elle doit être tranchée, au degré de la vraisemblance prépondérante, sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, soit le 31 octobre 2018. Or, rien n'indique que la recourante a procédé à des recherches d'emploi depuis 1998, date depuis laquelle elle ne travaille plus, alors que son incapacité de travail n'a été durable que depuis mai 2015. L'intimé en tire la conclusion que, même sans atteinte à sa santé, la recourante n'aurait pas exercé d'activité lucrative.

28. Dans sa réplique du 20 février 2019, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions.

Elle rappelle avoir indiqué à l'enquêtrice qu'elle avait du plaisir à travailler et que cela lui permettait d'avoir une activité en dehors de chez elle, arguments qu'elle reproche à l'intimé d'avoir totalement omis.

Elle répète que si elle n'a pas recherché d'emploi, c'est en raison des problèmes de santé qui l'ont éloignée du marché de l'emploi depuis vingt ans. Elle a, à maintes reprises, expliqué clairement qu'il ne s'agissait pas d'un choix personnel. Sans cela, elle aurait certainement travaillé, comme l'a d'ailleurs admis l'intimé à juste titre lors du traitement de sa première demande de prestations.

Compte tenu des besoins vitaux et des revenus du couple, son mari et elle doivent prélever 2'560.- CHF/mois sur le capital retraite de son époux pour compléter la rente AVS de ce dernier. À ce rythme, ce capital sera complètement épuisé en 2023, ce qui corrobore l'affirmation selon laquelle, sans atteinte à sa santé, elle aurait travaillé pour assurer leur minimum vital et s'assurer une retraite.

La recourante a produit :

- un avis de débit de loyer d'un montant de CHF 2'100.- ;
- un extrait de compte bancaire duquel il ressort que son époux a reçu un capital retraite de CHF 205'582.65 en janvier 2017.

29. Dans sa duplique du 18 mars 2019, l'intimé a intégralement campé sur sa position.

### **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 - E 2 05), 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. À 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Si le délai, compté

par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase LPGA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 3 décembre 2018 contre la décision sur opposition du 31 octobre 2018 est recevable.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, singulièrement sur la détermination de son statut et sur l'exigibilité retenue dans l'enquête ménagère.
5. À titre préalable, la Cour de céans relève que la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 131 consid. 2b et les références).

Partant, la question de savoir si l'intimé a violé le droit d'être entendue de la recourante en refusant de prolonger le délai pour faire valoir des observations avant la notification de la décision sujette à recours peut rester ouverte, dès lors que cette éventuelle violation peut de toute façon être considérée comme réparée dans le cadre de l'examen du recours, ce que la recourante admet au demeurant.

6. a. Lorsqu'une rente a déjà été refusée une première fois par une décision entrée en force, notamment parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande doit être examinée sous l'angle de l'art. 17 LPGA, qui régit la révision de la rente d'invalidité.

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

b. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b), qui

---

entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1).

7. a. 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 (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).

b. 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. a. Selon 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.

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans leur teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

b. 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 ATF 114 V 310 consid. 3 c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

9. a. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

b. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité est applicable (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA, 5 al. 1 LAI et 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27<sup>bis</sup> RAI ; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

c. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI).

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut, non pas malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; pour le cas des rentiers et des assurés qui ont pris une retraite anticipée, voir cependant arrêt du Tribunal fédéral 9C\_9/2013 du 27 mars 2013 consid. 2.4 et la référence).



---

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 également 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

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 141 V 15 consid. 3.1 ; ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

10. 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). 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).
11. a. En l'espèce, il est rappelé que, dans le cadre de l'examen de la première demande de prestations déposée en 1999, l'intimé a reconnu à l'assurée un statut mixte et conclu, dans sa décision sur opposition du 14 décembre 2004, que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité. Ces conclusions étaient basées sur les trois rapports d'expertise rendus les 21 février 2003, 29 janvier et 5 mars 2004. L'assurée se plaignait alors essentiellement de douleurs ostéo-articulaires, attribuées à une fibromyalgie.

L'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du 24 avril 2017 et a admis qu'un changement notable des circonstances s'était produit depuis sa décision du 14 décembre 2004, confirmée par arrêt du 9 novembre 2006. Il a considéré que la

---

recourante avait un statut de ménagère, puisqu'elle n'avait plus travaillé depuis 1998 alors que l'existence d'atteintes à la santé invalidantes n'était reconnue qu'à compter de mai 2015.

b. La recourante conteste la méthode d'évaluation retenue et soutient qu'elle a été dans l'incapacité de travailler depuis 1998 en raison de son état de santé.

12. a. Conformément aux principes développés précédemment, il convient de se demander ce que la recourante aurait fait, jusqu'au prononcé de la décision litigieuse, soit jusqu'au 31 octobre 2018, si l'atteinte à la santé n'était pas survenue.

b. Il ressort des faits de la cause que la recourante a constamment travaillé à partir de 1975 (hormis en 1979, deux mois en 1980, deux mois en 1983 et deux mois en 1984) ; de 1985 à 1998, elle a travaillé sans interruption pour le même employeur en qualité de vendeuse de chaussures à temps partiel. Suites aux naissances de ses enfants, en 1988 et 1994, elle a continué à exercer son activité lucrative, conciliant ainsi vie professionnelle, vie familiale et éducation. Ce n'est qu'en 1998 qu'elle a cessé de travailler, en raison des douleurs induites par la fibromyalgie, alors que ses enfants étaient âgés de 4 et 10 ans. En 2017, la situation financière de la famille s'est considérablement dégradée compte tenu du départ à la retraite de l'époux de la recourante, dont les revenus ont été divisés par plus de deux. La situation familiale ne faisait aucunement obstacle à ce que la recourante reprenne une activité puisque ses filles, majeures et en bonne santé, étaient indépendantes, même si la cadette vivait chez ses parents. Au niveau social, il est rappelé que la recourante a déclaré à l'infirmière chargée de l'enquête ménagère qu'elle appréciait son travail de vendeuse, qui lui permettait d'avoir une occupation hors de son domicile.

Au vu de la situation professionnelle, personnelle, familiale et sociale de la recourante, la Cour de céans considère, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que l'intéressée aurait exercé une occupation lucrative si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé en 2018.

c. Le fait que la recourante n'a plus travaillé depuis 1998 et qu'elle n'a jamais émargé à l'assurance-chômage ou à l'Hospice général ne constituent pas des indices permettant de déterminer la conduite qu'elle aurait adoptée si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Ces éléments ne doivent pas être interprétés comme la manifestation d'une volonté de ne pas travailler, mais bien plutôt comme une conséquence de son état malade (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 3.3).

À cet égard, la Cour relève que l'état de santé de la recourante s'est continuellement aggravé depuis le prononcé de la décision initiale, en 2004. Ainsi, elle a été hospitalisée au CHUV en novembre 2005 en raison d'une probable crise convulsive généralisée et d'un état post critique prolongé (cf. rapport du CHUV du 19 décembre 2005). En dépit du traitement médicamenteux alors instauré, et de son augmentation en avril 2006, suite à une probable crise partielle avec une généralisation secondaire (cf. rapport du CHUV du 19 avril 2006), la recourante a

été à nouveau hospitalisée en novembre 2006 en raison d'une crise plus importante avec une généralisation secondaire (cf. rapport du CHUV du 21 décembre 2006). En février 2011, le Dr H\_\_\_\_\_ a fait état de crises épileptiques nocturnes quotidiennes, accompagnées de troubles neuropsychologiques et d'une fatigue importante (cf. rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 25 février 2011). En 2013 et en 2014, l'intéressée a été examinée à l'unité d'EEG et d'exploration de l'épilepsie du service de neurologie des HUG. Ont en particulier été signalées des ruptures de contact survenant une fois tous les deux mois, étant précisé qu'elles se manifestaient auparavant deux fois par semaine, ainsi que des crises généralisées survenaient surtout la nuit, environ une fois tous les deux ans en raison d'une fatigue chronique. Une somnolence diurne excessive a été diagnostiquée (cf. rapport des HUG du 25 novembre 2014). À ces atteintes neurologiques se sont ajoutés des troubles neuropsychologiques, mis en évidence en janvier 2011, sous la forme de troubles attentionnels sévères, accompagnés de troubles mnésiques, dans le contexte d'une épilepsie alors résistante au traitement (cf. rapport de Mme G\_\_\_\_\_ du 14 janvier 2011). Les spécialistes des HUG ont également noté que des troubles cognitifs, marqués par un déficit mnésique et attentionnel, s'étaient développés de manière concomitante aux ruptures de contact transitoires (cf. rapport des HUG du 28 juillet 2017). Ainsi, bien que ces troubles neuropsychologiques n'ont été confirmés qu'en janvier 2011, il ne fait aucun doute qu'ils ont commencé à se développer plusieurs années auparavant. D'ailleurs, la recourante a rapporté à Mme G\_\_\_\_\_ des difficultés à se souvenir de numéros et de notions pourtant bien connues dans l'exercice de son métier durant les dernières années de travail (cf. rapport de Mme G\_\_\_\_\_ du 14 janvier 2011). En outre, une polyarthrite rhumatoïde a été mise en évidence dès décembre 2016, des discopathies en mai 2017, puis une polyneuropathie périphérique des membres inférieurs dès juillet 2017 (cf. rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 22 janvier 2018 et rapport d'IRM du 31 mai 2017). L'intéressée est également suivie au niveau psychique depuis le 29 mai 2015. Un trouble dépressif sévère récurrent a été diagnostiqué par la spécialiste qui a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le début de son traitement (cf. rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 26 février 2018). On relèvera encore que la recourante a subi plusieurs interventions. Elle a ainsi été opérée pour une thyroïdectomie totale en 2014, un canal carpien en 2016 et une maladie de la jonction pyélo-urétérale gauche en 2017 (cf. rapports des HUG des 5 mai 2014, 10 mars 2016 et 16 mars 2017, rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2018).

Force est de constater que la situation médicale de la recourante s'est progressivement aggravée depuis 2005, ce qui conforte les allégations selon lesquelles elle n'a pas été en mesure de travailler depuis 1998.

d. Le fait que la recourante a déposé sa seconde demande en 2017 seulement, vraisemblablement pour des raisons purement financières liées à la retraite de son mari, n'est pas relevant. Aucun élément ne laisse en effet transparaître que la recourante aurait volontairement privilégié l'accomplissement de ses tâches

ménagères et d'autres activités relevant davantage des loisirs et que, même en bonne santé, elle n'aurait pas exercé d'activité lucrative.

On ne saurait donc retenir que la recourante s'est consacrée à l'entretien de son ménage par choix personnel, plutôt qu'en raison de ses problèmes de santé.

e. La recourante prétend qu'elle aurait pu travailler à 100% compte tenu de la situation.

La Cour de céans note cependant que l'intéressée a travaillé à temps partiel pendant de nombreuses années pour le même employeur, alors même qu'elle n'avait pas encore d'enfant, qu'elle était en bonne santé et âgée de moins 30 ans.

En outre, dans le cadre de la première procédure, l'assurée n'a pas remis en cause le statut mixte admis par l'intimé et n'a pas soutenu qu'elle aurait travaillé à temps complet si sa santé le lui avait permis.

13. Eu égard à l'ensemble des considérations qui précèdent, il convient de reconnaître à la recourante un statut mixte, avec des parts dans les sphères professionnelle et ménagère identiques à ce qui prévalait avant le début de son incapacité de travail en 1998.
14. En vertu de la garantie du double degré de juridiction, qui a trait à la possibilité pour les citoyens de faire valoir leurs arguments devant deux autorités successives (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_975/2011 du 22 février 2012 consid. 3.2), la Cour de céans ne saurait procéder elle-même à la détermination du taux de l'activité professionnelle avant 1998, dès lors que les parties ne se sont pas du tout prononcées sur cette question, laquelle n'a pas non plus été débattue dans le cadre de la première procédure judiciaire.

Il reviendra par conséquent à l'intimé d'instruire ces éléments de fait.

Il se justifie donc de lui renvoyer la cause pour qu'il se détermine sur les parts dans les sphères ménagère et professionnelle, puis sur le degré d'invalidité de la recourante compte tenu d'un statut mixte.

Dans ces conditions, il n'est pas nécessaire, à ce stade de la procédure, d'examiner les griefs de la recourante quant à l'exigibilité retenue à la charge de son époux et de sa fille dans l'enquête ménagère.

Le recours est donc partiellement admis. La décision du 31 octobre 2018 est annulée en tant qu'elle retient un statut de ménagère. La cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il se détermine sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité selon la méthode mixte et rende une nouvelle décision.

15. La recourante, représentée par un conseil et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

16. Étant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 31 octobre 2018 en tant qu'elle retient un statut de ménagère
4. Renvoie la cause à l'intimé pour qu'il se détermine sur le droit aux prestations de la recourante et rende une nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- 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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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