

200.2016.847.AI

DEJ/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du juge unique du 30 octobre 2017

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, juge
J. Desy, greffier

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 15 juillet 2016



En fait:

A.

A. _____, née en 1976, mariée (mais en instance de divorce, selon les indications qu'elle a fournies dans son recours) et mère de deux enfants majeurs, dispose d'une formation technique dans le tourisme acquise dans un pays étranger. Arrivée en Suisse en 2001, elle a travaillé à domicile en qualité d'ouvrière dans l'horlogerie, puis s'est blessée à l'épaule lors d'une chute intervenue en octobre 2002, chute à la suite de laquelle elle a cessé de travailler (2004). Elle a ensuite effectué un stage d'aide-infirmière en 2009, qu'elle a dû interrompre.

Invoquant les douleurs à l'épaule endurées depuis sa chute, l'intéressée s'est annoncée le 4 novembre 2003 à l'Office de l'assurance-invalidité (AI) du canton où elle avait son domicile. Après consultation du dossier de l'assurance-accidents et prise de renseignements auprès de son médecin-conseil, cet office AI a rejeté, le 23 décembre 2003, la demande déposée par l'assurée. Le 26 juin 2009, invoquant une forte dépression, cette dernière a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI (reçue le 3 juillet 2009), requérant spécifiquement de l'aide concernant une orientation professionnelle et un reclassement dans une nouvelle profession. Saisi de cette demande, l'office AI saisi a instruit la situation médicale de l'assurée, requérant des rapports médicaux auprès des médecins traitants, puis a diligenté une enquête économique sur le ménage qui a été réalisée le 29 novembre 2010 (rapport du 1^{er} décembre 2010). Par communication du 14 septembre 2011, cet office AI a signifié à l'assurée qu'elle n'avait pas droit à des mesures professionnelles, puis, par décision du 7 février 2012, il lui a octroyé un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2010. Pour arriver à ce résultat, il a appliqué la méthode dite mixte de calcul d'invalidité, retenant un pourcentage de 40% d'activité lucrative et de 60% d'activité ménagère, l'empêchement étant complet dans l'activité lucrative et inexistant dans l'activité ménagère.

En décembre 2012, l'assurée a déposé une demande de révision de la décision susmentionnée, invoquant la péjoration de son état de santé. Peu

après cette demande, le dossier a été transmis à l'Office AI Berne, dès lors que l'intéressée avait déménagé dans ce canton. L'Office AI Berne a instruit la demande, recueillant les rapports médicaux des médecins traitants, puis diligentant la tenue d'une expertise psychiatrique (février et mars 2014) et une nouvelle enquête sur le ménage (juillet 2014). Retenant à nouveau le même statut mixte, à savoir 40% d'activité lucrative et 60% d'activité ménagère, l'Office AI Berne a décidé, le 24 septembre 2014, de ne pas augmenter la rente octroyée à l'assurée, au motif que l'empêchement était toujours complet pour la part d'activité lucrative et de 3,5% pour l'activité ménagère, ce qui conduisait à un degré d'invalidité de 42% n'ouvrant pas le droit à davantage qu'un quart de rente d'invalidité. Le 13 janvier 2015, l'Office AI Berne a refusé la prise en charge financière d'un moyen auxiliaire sous la forme d'un tapis de marche, motif donné que ce moyen n'était pas complémentaire à une mesure médicale de l'AI.

B.

Par acte réceptionné par l'Office AI Berne le 2 novembre 2015 (acte daté de façon erronée du 29 novembre 2015 [recte: 29 octobre 2015?]), l'assurée a une nouvelle fois demandé la révision de sa rente d'invalidité, invoquant de nouveaux éléments au sujet de son état de santé. Le médecin rhumatologue traitant a par la suite fait parvenir un rapport médical à l'Office AI Berne. Après avoir pris conseil auprès de son Service médical régional Fribourg/Berne/Soleure (SMR), ledit Office AI a indiqué, par préavis du 25 mai 2016, qu'il envisageait de ne pas entrer en matière sur la demande de révision, au motif qu'une modification déterminante de la situation de fait n'était pas rendue plausible, intention qu'il a entérinée par décision du 15 juillet 2016, sans que l'assurée n'ait réagi dans l'intervalle.

C.

Après avoir demandé à consulter son dossier et informé l'Office AI Berne d'un nouveau diagnostic, l'assurée a mandaté une avocate puis, le

14 septembre 2016, a interjeté recours auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision précitée, en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, la recourante a conclu au renvoi de la cause à l'Office AI Berne pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Invitée par la juge instructrice à améliorer son recours, la recourante, par sa mandataire, a complété son acte de recours le 29 septembre 2016, concluant à ce stade à ce que le TA annule la décision de refus d'entrer en matière, juge qu'elle a rendu plausible un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité et renvoie la cause à l'Office AI Berne pour instruction et nouvelle décision, le tout sous suite des frais et dépens.

Dans son mémoire de réponse du 4 novembre 2011, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours et au maintien du refus d'entrer en matière.

Le 14 novembre 2016, la mandataire de la recourante a produit sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision de non-entrée en matière du 15 juillet 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, partant, le renvoi du dossier à l'intimé afin qu'il statue matériellement sur la demande d'augmentation des prestations de la recourante. Sont particulièrement critiquées l'appréciation de l'administration niant le caractère plausible de la détérioration de l'état de santé psychique et les modifications de la situation économique dont se prévaut l'assurée.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour

recourir, la version corrigée du recours est en principe recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). La conclusion visant au constat que la recourante a rendu plausible un changement déterminant doit être comprise comme un élément de motivation. En revanche, le premier libellé des conclusions du recours aurait été irrecevable, dans la mesure où la recourante demandait l'octroi d'une rente entière d'invalidité, ce qui dépassait les limites de l'objet de la contestation, à savoir le refus d'entrer en matière sur la demande d'augmentation de rente.

1.3 Les membres du TA connaissent, en qualité de juges uniques, des recours contre les décisions et décisions sur recours d'irrecevabilité (art. 57 al. 2 let. c de la loi cantonale 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.2 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 (art. 17 al. 1 LPGA).

Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap. Un motif de révision est, selon les circonstances, également donné lorsqu'une autre manière d'évaluer l'invalidité trouve application ou en cas d'évolution dans les travaux habituels (ATF 141 V 9 c. 2.3, 130 V 343 c. 3.5).

2.3 A réception d'une demande de révision, l'administration se doit d'examiner si les allégations de l'assuré sont plausibles (art. 87 al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]); si tel n'est pas le cas, elle liquidera l'affaire, sans autre examen, par une décision de non-entrée en matière. Ce faisant, elle tiendra compte notamment du fait que l'ancienne décision a été rendue à une date plus ou moins récente et posera en conséquence des exigences plus ou moins grandes à la vraisemblance de ce qui est allégué. A cet égard, l'administration dispose d'une certaine marge d'appréciation que le juge doit respecter. Celui-ci n'examine donc la question de l'entrée en matière que si celle-ci est litigieuse (ATF 109 V 108 c. 2b). Lors d'une demande de révision (ou d'une nouvelle demande après un refus), l'assuré doit rendre plausible une modification des circonstances. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, n'est pas applicable à ce stade de la procédure. Lorsqu'un assuré présente une nouvelle demande de prestations sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit

lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 c. 5.2.5).

2.4 Il faut prendre en compte comme bases temporelles déterminantes pour la comparaison, d'une part, l'état de fait au moment de la décision d'octroi de rente initiale et, d'autre part, celui au moment de la décision de révision litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1). Lorsque la rente a déjà été révisée ou confirmée antérieurement, il s'agit de prendre comme base temporelle de comparaison, la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (la comparaison des revenus n'ayant toutefois dû être pratiquée que s'il existait des indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain; ATF 133 V 108 c. 5.4; SVR 2013 IV n° 44 c. 3.1.2).

3.

3.1 Dans sa décision du 15 juillet 2016, l'Office AI Berne a retenu que la recourante n'avait pas rendu vraisemblable une modification essentielle des conditions de fait. Selon lui, il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Pour arriver à ce résultat, l'intimé s'est principalement basé sur le rapport de son SMR, auquel il avait transmis le nouveau rapport médical du médecin rhumatologue.

La recourante fait valoir qu'il existe des modifications plausibles de son état de santé, sous la forme de l'exacerbation de ses atteintes sur le plan psychique, ce qui aurait des conséquences sur les empêchements existants dans les activités ménagères, et fait également valoir de nouvelles circonstances sur le plan économique, dès lors qu'elle est

séparée et en instance de divorce d'avec son mari, a deux enfants majeurs, dont un encore à charge, et n'a plus d'aide de son mari, y compris sur le plan financier puisqu'il est au chômage.

3.2 D'emblée, l'on relèvera qu'à sa prise de connaissance le 2 novembre 2015 (date de réception, courrier daté de façon erronée du 29 novembre 2015; voir dossier [dos.] AI 22) de la demande d'augmentation de prestations, l'Office AI Berne a réagi rapidement, le 9 novembre 2015, en rendant l'assurée attentive au fait qu'il lui incombait de rendre crédible un changement notable depuis la décision AI du 24 septembre 2014 et en l'avertissant des conséquences juridiques encourues en cas de manquement à ses obligations d'assurée requérant la révision de ses droits (dos. AI 23). Le médecin rhumatologue de la recourante, de toute évidence informé par cette dernière, a ainsi répondu à cette injonction dans le délai imparti jusqu'au 15 décembre 2015 en faisant parvenir à l'intimé un nouveau rapport médical daté du 26 novembre 2015 (dos. AI 24). L'intimé s'est donc conformé en tous points à la procédure préconisée par la pratique judiciaire (c. 2.3 supra).

L'examen du cas d'espèce porte ainsi sur le point de savoir si l'assurée a établi de façon plausible une modification de fait susceptible d'influencer ses droits entre la date de la dernière décision du 24 septembre 2014, entrée en force et que l'Office AI avait rendue sur la base d'un examen matériel du droit, et le 15 juillet 2016, date du prononcé ici contesté (voir ci-avant c. 2.4). A cette dernière date, l'intimé a nié l'existence d'une telle modification de fait.

3.3 A toutes fins utiles, il est encore rappelé à ce stade que les nouvelles informations apportées par la recourante, tant dans son courrier du 18 juillet 2016 (soit trois jours après la décision contestée) que dans son recours adressé au TA, ne sont pas de nature à étayer son argumentation tendant à démontrer une péjoration de son état de santé et un changement de sa situation économique depuis le prononcé matériel du 24 septembre 2014. L'état de fait déterminant pour le Tribunal est précisément celui qui se présentait à l'Office AI Berne sur la base des pièces produites par la requérante jusqu'à la date de la décision de non-entrée en matière contestée, soit le 15 juillet 2016 (voir ci-avant c. 2.4; ATF 130 V 64

c. 5.2.5). Des pièces déposées après celle-ci, en procédure de recours, pourraient tout au plus étayer une nouvelle demande à introduire par la recourante. En l'espèce, le seul élément produit par la recourante jusqu'à la date de la décision dont est recours consiste en le rapport du 26 novembre 2015 de son médecin rhumatologue, ainsi que, dans une très moindre mesure, celui du 21 octobre 2014 visant la prise en charge par l'Office AI Berne d'un tapis de marche. Aucun indice de modification des circonstances économiques n'a été porté à la connaissance de l'intimé jusqu'à la décision contestée.

4.

4.1 La décision du 24 septembre 2014 a confirmé le droit de la recourante à un quart de rente d'invalidité sur la base d'un statut mixte, soit 40% d'activité lucrative et 60% d'activité ménagère (voir dos. AI 18). Sur la base du rapport rédigé par l'expert psychiatre, une incapacité de travail complète était reconnue en ce qui concerne l'activité lucrative, soit un degré d'invalidité pondéré de 40% (40% de 100%); sur la base d'une enquête économique sur le ménage (dos. AI 16), un empêchement de 3,5% était reconnu dans la part d'activité ménagère, soit un degré d'invalidité pondéré de 1,92% (60% de 3,5%). Il en a résulté un degré d'invalidité global de 42%, ce qui a confirmé le droit de la recourante à un quart de rente d'invalidité et nié le droit à une augmentation de ladite rente.

En l'absence (à tout le moins jusqu'à la date de la décision attaquée) de tout élément indiquant une volonté de remettre en question la répartition entre les activités lucratives et les activités ménagères, il apparaît que la recourante devrait éprouver des empêchements de l'ordre de 16,66% (en chiffre absolu) dans ses activités ménagères pour que le droit à une demi-rente d'invalidité soit ouvert. En effet, la part d'invalidité liée à l'activité lucrative, basée sur une incapacité de travail de 100%, ne pourrait être plus élevée et se monte à 40%. Quant à l'activité ménagère, la part d'invalidité pondérée devrait se monter à 10% à tout le moins pour ouvrir le droit à une demi-rente d'invalidité (soit 40% [activité lucrative] + 10% [activité ménagère] = 50% [seuil ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité]); en

chiffre absolu, rapporté au taux de 60% retenu pour l'activité ménagère, il s'agirait d'empêchements de l'ordre de 16,66% (60% de 16,66% = 10%), soit des empêchements plus de quatre fois plus importants que ceux existants lors de l'enquête sur le ménage de juillet 2014 (3,5%; voir dos. AI 16).

Que la recourante, dans le recours du 14 septembre 2016 (article 2, p. 6), allègue que l'appréciation du statut mixte à laquelle l'intimé a procédé en 2014 était (déjà) clairement erronée et justifierait même éventuellement une reconsidération de la décision du 24 septembre 2014, ne lui est d'aucun secours dans la présente procédure. En effet, seule l'administration peut revenir, à certaines conditions, sur une décision passée en force (art. 53 al. 2 LPGA). L'administration ne peut être contrainte à une reconsidération, ni par le juge ni par la personne concernée. Il n'existe aucun droit susceptible d'être porté en justice à une reconsidération. L'assuré se doit de défendre ses droits par le biais des voies ordinaires de recours contre la décision initiale (ATF 133 V 50. c. 4; SVR 2014 IV n° 7 c. 3.3, 2008 IV n° 54 c. 3.2). En l'espèce, le fait que l'assurée n'ait pas protesté contre l'évaluation de son statut en 2014 laisse même plutôt supposer qu'elle s'était finalement accommodée avec cette estimation, quand bien même déjà, à l'époque, sa situation familiale et financière aurait requis un plus haut taux d'activité lucrative. Jusqu'à la date de la décision présentement contestée, l'intimé pouvait d'autant moins avoir connaissance d'une velléité de modification.

4.2 Il convient ainsi d'examiner si le rapport du 26 novembre 2015 du médecin rhumatologue traitant, seul moyen de preuve apporté jusqu'à la date de la décision attaquée, rend plausible une modification déterminante des empêchements dans l'activité ménagère. Pour déterminer si une telle modification de la situation de fait est intervenue, il s'agit principalement de comparer le rapport précité avec, d'une part, l'expertise psychiatrique réalisée en février 2014 (rapport de mars 2014; dos. AI 15) et, d'autre part, l'enquête économique sur le ménage réalisée en juillet 2014 (dos. AI 16).

4.2.1 L'expert psychiatre, en 2014, avait retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques, une personnalité émotionnellement labile, de

type borderline, ainsi que des difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat (chiffres F33.1, F60.31 et Z61.5 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]). Il en avait conclu une complète incapacité de travail ainsi qu'un empêchement de l'ordre de 20% dans les activités ménagères, confirmant sur ce dernier point les conclusions de l'enquête sur le ménage effectuée en 2010 (dos. AI 1 p. 215 et 219-226).

4.2.2 L'enquête économique sur le ménage réalisée en juillet 2014 avait notamment mis en exergue le fait que la recourante souffrait de douleurs dans le dos et avait perdu une partie de la sensibilité dans les membres inférieurs. Il était également relevé que l'intéressée se déplaçait avec des cannes, l'existence de phases dépressives ainsi que d'un tentamen en mars 2014. Quant aux empêchements, l'enquêtrice retenait en substance que la recourante s'était adaptée à son handicap en répartissant les travaux et recevait une aide importante des membres de sa famille dans une mesure qui était exigible. Des empêchements étaient mentionnés dans l'entretien du logement, la lessive et l'entretien des vêtements, ainsi que dans un poste divers, dès lors qu'elle avait renoncé aux travaux de broderie en raison des douleurs dans un bras (ancien problème de tunnel carpien et d'épicondylite).

4.2.3 Dans son rapport du 26 novembre 2015, en ce qui concerne les nouveaux éléments, le rhumatologue traitant a énoncé qu'il existe des lombalgies en exacerbation et un syndrome douloureux chronique en augmentation depuis le mois de juin 2015. Le médecin a également relevé que l'état psychiatrique est en péjoration depuis une dizaine de mois, sous la forme d'une dépression sévère. Il est également nouvellement relevé des gonalgies au niveau du genou droit ainsi qu'une fibromyalgie.

Le rapport du même médecin rhumatologue d'octobre 2014 ne contenait pas véritablement de nouveaux éléments et se limitait à indiquer qu'il pourrait être avantageux pour la recourante d'avoir un tapis de marche à disposition pour muscler ses jambes sans risque de chute (dos. AI 19).

4.2.4 L'Office AI Berne a transmis le rapport médical du médecin rhumatologue traitant à son SMR, lui demandant si l'état de santé de la recourante avait évolué de façon plausible. Un médecin du SMR, spécialiste en médecine interne, physique et de rééducation ainsi que médecine tropicale et des voyages, a en substance considéré que la problématique somatique majeure consistait en les douleurs du dos et qu'aucune modification n'était apportée par le rapport du rhumatologue, dans la mesure où ces atteintes avaient déjà été diagnostiquées et énoncées auparavant. Il est arrivé à la conclusion que sur le plan somatique, il n'y avait pas de dégradation de la situation de santé de la recourante. En conséquence, le médecin du SMR retient qu'il n'y a pas non plus, sur le plan somatique, de modification de la capacité d'accomplir les tâches ménagères (dos. AI 29). Le médecin psychiatre du SMR a renvoyé à l'appréciation effectuée par son collègue spécialiste en médecine interne sans davantage de précisions (dos. AI 30).

4.3 La Cour de céans ne voit pas de raisons de s'écarter de l'appréciation effectuée par le SMR.

4.3.1 Sur le plan médical, il n'existe pas véritablement de nouveaux éléments significatifs. Le médecin rhumatologue relève certes la péjoration de l'état psychiatrique depuis une dizaine de mois, mais il convient de relever tout d'abord que ce diagnostic est issu d'un rhumatologue, dont la fonction première n'est pas de se prononcer sur un plan psychiatrique. Une détérioration d'une telle atteinte, pour qu'elle puisse rendre plausible une modification significative de l'état de santé, devrait avoir nécessité des traitements médicaux spécialisés afin de lutter contre celle-ci ou, à tout le moins, l'organisation d'une consultation spécialisée. Ce n'est pas le cas en l'espèce, les médecins psychiatres traitants ne donnant à ce stade aucune information. On notera encore que l'expertise réalisée en 2014 avait déjà mis en évidence le diagnostic de dépression avec des épisodes moyens à sévères. Il ne s'agit ainsi pas d'un nouveau diagnostic.

Quant à l'augmentation des douleurs dorsales et l'apparition de gonalgies, il faut relever que la décision du 24 septembre 2014, dont le rapport d'enquête économique sur le ménage fait partie intégrante, prend en compte les nombreuses douleurs lombaires irradiant dans une jambe (voir

les ch. 1 et 6 du rapport d'enquête du 9 juillet 2014 au dos. AI 16). Dans cette mesure, le handicap lié aux gonalgies, qui ne sont au demeurant que très peu décrites par le médecin rhumatologue (uniquement sous la forme de diagnostic, sans discussion), doit être relativisé, car ce handicap ne vient pas s'ajouter à ceux déjà présents du fait de la problématique lombaire. Quant aux lombalgies, ces atteintes existent depuis de nombreuses années et ont été prises en compte à plusieurs reprises, dont notamment par l'expert psychiatre dans son anamnèse (voir p. 5 et 6 du rapport d'expertise) et par l'enquêtrice qui a effectué l'enquête économique sur le ménage. Du reste, le rhumatologue relève surtout l'augmentation du syndrome douloureux chronique et non l'aggravation de déficits organiques, qui relèveraient bien davantage de sa spécialité médicale.

Finalement, le rhumatologue a posé le diagnostic de fibromyalgie, soulignant l'existence de points de Smythe positifs. La fibromyalgie, qui est une atteinte psychosomatique (ATF 139 V 547 c. 2.2, 137 V 64 c. 4.2, 136 V 279 c. 3.2.1, 132 V 65 c. 4), est à classer dans le volet rhumatologique des troubles somatoformes douloureux. On notera à ce propos que les signes de Waddell sont des indicateurs d'une pathologie non organique et ne relèvent donc pas directement de la spécialité d'un rhumatologue, mais davantage de la psychiatrie. A nouveau, la simple évocation d'une fibromyalgie, sans mise sur pied de traitement ou de consultation spécialisée, ne suffit pas à rendre plausible une modification importante de l'état de santé de la recourante.

4.3.2 En tout état de cause, on relèvera que le médecin rhumatologue n'a d'aucune façon exposé en quoi les activités ménagères de la recourante seraient rendues plus difficiles ou même impossibles par l'aggravation alléguée de l'état de santé. Seules sont mentionnées la difficulté d'assumer les activités quotidiennes et l'impossibilité de vaquer aux occupations journalières, sans davantage de précisions, notamment quant à la teneur de ces activités quotidiennes. Dans cette mesure également, la recourante ne rend pas plausible une modification significative de sa capacité à effectuer les activités ménagères.

4.4 Sur le vu de ce qui précède, il apparaît que l'intimé a, à raison, refusé d'entrer en matière sur la demande de révision de rente déposée par

la recourante en novembre 2015. Les différents éléments médicaux énumérés par le rhumatologue traitant ne sont pas à même de rendre plausible une détérioration de l'état de santé telle que les empêchements dans les activités ménagères aient pu à tout le moins quadrupler (voir ci-avant c. 4.1). En particulier, l'on relèvera que les empêchements dans l'activité ménagère étaient dans une grande mesure diminués par l'aide apportée par les différents membres de la famille, ce qui signifie qu'il existait déjà en 2014 une grande part d'incapacité personnelle de la recourante.

4.5 Le recours doit ainsi être rejeté, dans la mesure où il est recevable. Dès lors que la recourante a transmis de nouvelles informations relatives à sa situation personnelle, à savoir sa séparation d'avec son mari (de surcroît au chômage), il se justifie de transmettre le recours du 14 septembre 2016 à l'intimé comme nouvelle demande de révision (voir également l'art. 30 LPGA).

5.

5.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité.

5.2 Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI; art. 108 al. 1 LPJA). Ils sont compensés par l'avance de frais versée.

5.3 Il n'est pas octroyé de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Le dossier de la cause est renvoyé à l'intimé, afin que, lorsque le présent jugement sera entré en force, il traite du recours du 14 septembre 2016 en tant que nouvelle demande de révision de la recourante.
3. Les frais de la présence procédure, fixés forfaitairement à Fr. 500.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la représentante de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La juge:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).