

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1200/2018

ATAS/1029/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 novembre 2019

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VERSOIX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Thierry ULMANN

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNOPFEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée, la patiente ou la recourante), née le _____ 1961, a présenté, en date du 13 mai 1996, une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de douleurs dorsales. Par décision du 13 octobre 1999, bien que présentant un taux d'invalidité de 40 %, elle a été mise au bénéfice d'une demie rente AI, malgré un taux d'invalidité inférieur à 50 % (cas pénible) du 1^{er} avril au 31 décembre 1996. Les rentes extraordinaires ayant été supprimées avec l'introduction de la 10^e révision de l'AVS, dès le 1^{er} janvier 1997, son droit aux prestations d'invalidité a été supprimé et remplacé par les prestations complémentaires.
2. En date du 5 septembre 2005, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une aggravation de ses douleurs dorsales. Elle a subi un examen bidisciplinaire date du 9 août 2007, lequel a conclu à une baisse de rendement de l'expertisée de 15 % aussi bien dans son activité de ménagère que dans une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles. Aux termes de cet examen, l'aggravation constatée de l'état de santé de l'assurée par rapport à 1996 ne se traduisait pas au niveau de la capacité de travail. Par communication du 5 novembre 2007, l'OAI a constaté que le degré d'invalidité de l'assurée ne s'était pas modifié et que son droit à une rente AI demeurait inchangé. Le taux d'invalidité de 40 % était maintenu.
3. L'assurée a formulé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, datée du 9 juin 2014 et reçue le 7 juillet 2014, postulant pour une nouvelle aggravation de son état de santé.
4. Dans un rapport du 18 juillet 2014, la docteure B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, a indiqué que sa patiente présentait des rachialgies en lien avec l'arthrose cervicale et lombaire ainsi que les troubles statiques et lombaires qui évoluent au fil des années, et qui nécessitent une prise quotidienne d'antalgiques, une hyperthyroïdie substituée et une fibromyalgie. Selon ce rapport, les troubles dont souffre la patiente représentent des limitations fonctionnelles ne lui permettant pas d'exercer une activité professionnelle.
5. Le 5 septembre 2014, après un examen sommaire du dossier, l'OAI a notifié un projet de décision à teneur duquel il n'entendait pas entrer en matière. L'aggravation de l'état de santé n'était pas rendue plausible par les pièces déposées à l'appui de la demande; il n'y avait en l'état pas d'éléments susceptibles de modifier l'appréciation précédente.
6. Par courrier du 29 septembre 2014, l'assurée a contesté ce projet de décision, demandant la réévaluation de son cas et alléguant l'existence d'éléments nouveaux, soit des douleurs à l'épaule, absentes lors de ses précédentes demandes de prestations.

7. Par courrier du même jour, la Dresse B_____ a confirmé la péjoration de l'état de santé de sa patiente, indiquant qu'à la suite d'une IRM de l'épaule droite (24.09.2014), elle avait diagnostiqué une importante tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite avec des signes de rupture transfixiante, mais incomplète du susépineux ainsi qu'une fissuration du sous-scapulaire.
8. Dans son avis du 14 octobre 2014, le SMR ayant examiné les objections de l'assurée, par rapport au projet de décision, et surtout le courrier du médecin traitant du 29 septembre 2014, a conclu qu'à l'évidence cette assurée présentait une nouvelle atteinte à la santé au niveau de l'épaule droite, qui doit être instruite.
9. L'OAI a ordonné une expertise médicale rhumatologique auprès du docteur C_____, spécialiste FMH en la matière, lequel a, dans son rapport du 29 juin 2015, retenu les atteintes invalidantes suivantes : conflit sous-acromial et tendinite du susépineux au niveau de l'épaule droite avec rupture transfixiante incomplète du susépineux et une fissure du sous-scapulaire (M75.5), présente depuis septembre 2014; dorsolombalgies chroniques sur troubles statiques, dégénératifs, et troubles de la transition [sacralisation de L5] (M54). S'agissant du premier diagnostic (conflit sous-acromial... épaule droite), l'expert retient certes une aggravation de l'état de santé de la patiente, mais estime que cette dernière était encore en phase de guérison, qu'un suivi physiothérapeutique de 12 mois était nécessaire; s'agissant des troubles de dorsaux-lombalgies chroniques, ces pathologies avaient été déjà prises en compte en 1996 et il n'y avait pas eu d'amélioration.
10. Par courrier du 9 octobre 2015, l'OAI a suspendu le dossier de l'assurée jusqu'au 28 février 2016, afin de lui permettre un suivi médical régulier et une prise en charge physiothérapeutique avant de statuer sur sa demande.
11. Dans un rapport intermédiaire du 11 mars 2016, le médecin traitant a constaté que l'état de santé de la patiente s'était aggravé en raison d'un trouble dépressif surajouté, présent depuis octobre 2015.
12. Dans un rapport intermédiaire du 19 septembre 2016, le médecin traitant a confirmé le diagnostic d'incapacité invalidante liée au conflit sous-acromial et à la tendinite du susépineux, et ce malgré le suivi physiothérapeutique.
13. L'assurée a été hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana du 15 au 28 novembre 2016, en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen. À sa sortie, l'assurée a été adressée par son médecin traitant à Madame D_____, psychologue déléguée pour un suivi psychothérapeutique. Le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33. 11), avec un syndrome somatique, une anxiété généralisée (F41.1) avec attaques de panique ainsi que syndrome douloureux chronique (certificat médical du 3 avril 2017).
14. L'OAI a ordonné une expertise médicale psychiatrique confiée au Prof F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 6 décembre 2017, l'expert n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la

CT ; en revanche il a retenu le diagnostic non incapacitant de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). De nature sous-syndromique, ce trouble ne constitue pas un facteur invalidant en soi pour une vie active. Il a précisé que toutes les tentatives antérieures de traitements antidépresseurs étaient restées largement infructueuses par rapport aux symptômes sous-syndromiques de dépression et d'anxiété qui continuent à se manifester au quotidien. Il conclut que, d'un point de vue psychiatrique, le trouble anxieux et dépressif mixte de la patiente n'a pas de répercussion sur sa capacité de travail (CCT) dans son activité habituelle. En conclusion, il retient que d'un point de vue psychiatrique la CT est de 100% dans son activité habituelle d'assistante de son époux pour le brocantage; de même la CT est entière dans une activité adaptée à ses habilités.

15. Se prononçant après l'expertise médicale psychiatrique, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré, dans son avis médical du 25 janvier 2018, que l'expertise du Prof F_____ était convaincante. Il a conclu à l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assurée pour motifs psychiatriques. Dans ce même avis, et s'agissant des troubles lombalgiques chroniques, le SMR retient une pleine CT (100%), tout en tenant compte d'une baisse de rendement de l'ordre de 15 %.
16. Par décision du 26 février 2018, l'OAI a rendu une décision de non entrée en matière, maintenant son projet de décision du 5 septembre 2014 et considérant qu'il n'existait aucune aggravation de l'état de santé de l'intéressée permettant de remettre en question sa CT raisonnablement exigible.
17. Par mémoire du 10 avril 2018, l'assurée, représentée par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision du 26 février 2018. Elle conclut préalablement à la mise sur pied d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), et principalement à l'annulation de la décision de l'OAI du 26 février 2018, à ce qu'il soit dit que la recourante a droit à une rente entière à tout le moins à partir du 9 décembre 2014, au renvoi du dossier à l'OAI pour calculer les prestations dues, le tout avec suite de frais et dépens. S'il est vrai que les troubles dorsaux-lombalgies chroniques sur troubles statiques dégénératifs et troubles de la transition sont effectivement présents depuis 1996 avec une incidence sur la CT, le médecin traitant a confirmé l'incapacité invalidante malgré le suivi thérapeutique psychothérapeutique, s'agissant du conflit sous-acromial et tendinite du susépineux au niveau de l'épaule droite avec rupture transfixiante incomplète du susépineux et une fissure du sous-scapulaire, présentes depuis septembre 2014. Enfin et contrairement aux conclusions de l'expertise psychiatrique du 6 décembre 2017, le psychiatre traitant, assisté de la psychologue déléguée, confirme le diagnostic de trouble dépressif récurrent ainsi qu'une anxiété généralisée avec attaques de panique. Selon ses médecins, la recourante est très limitée dans ses tâches quotidiennes en raison de la symptomatologie dépressive, mais au premier plan elle manifeste énormément d'anxiété qui l'empêche la plupart du temps de pouvoir sortir

de chez elle et qui génère beaucoup d'angoisse. Selon son psychiatre traitant, la recourante réunit les critères du trouble anxieux généralisé, et elle est dans l'incapacité de pouvoir exercer une activité professionnelle, alors qu'elle ne peut même pas assumer les activités du quotidien (courses et faire à manger...) et qu'elle est en difficulté à chaque fois qu'elle doit quitter son domicile. Toute reprise d'une activité professionnelle doit être exclue. Dans son avis du 25 janvier 2018, le SMR considère que les différentes atteintes sont sans conséquences sur la CT de la recourante et que dès lors rien ne permet de retenir une aggravation de son état de santé justifiant l'ouverture de son droit à une rente. Selon le service médical régional, les lombalgies sont présentes depuis 1996, sans modification du taux d'invalidité de la recourante. Il considère en outre que si l'atteinte à l'épaule droite, présente depuis 2014, constitue bien une aggravation de l'état de santé, il retient que la CT de la recourante peut être entière dans une activité susceptible de respecter les limitations fonctionnelles. Le SMR se contente de rappeler qu'un suivi physiothérapeutique est exigible, mais omet de préciser qu'à l'issue du traitement en question les douleurs sont non seulement persistantes mais également incapacitantes. Enfin pour ce qui est du trouble dépressif récurrent surajouté, pourtant absent lors de la demande initiale prestations (1996) et de la première demande de révision (2007), et attesté par une expertise médicale psychiatrique, le SMR retient qu'il est également sans répercussion sur la CT de la recourante, bien qu'il admette que les symptômes se manifestent dans son quotidien. Ainsi le SMR conclut à la pleine et entière CT de la recourante, dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 15 %. La recourante fait valoir que son atteinte à l'épaule, bien qu'ayant fait l'objet d'un suivi physiothérapeutique dans les règles de l'art, limite davantage ses capacités d'action, indépendamment de toutes limitations fonctionnelles, que ce soit dans son activité d'assistante de son mari, ou dans son activité ménagère; que son atteinte psychiatrique l'entrave dans la plupart des activités quotidiennes, réduisant son rendement et ne permettant aucune activité professionnelle ou habituelle. Elle oppose au SMR les avis de ses médecins traitants (Dresse B_____, avis des 18 juillet 2014, 29 septembre 2014, 15 mars 2016 et 19 septembre 2016; Dr E_____ des 3 avril 2017 et 6 avril 2018), clairement contraires à celui du SMR du 25 janvier 2018, qui considère que l'aggravation de l'état de santé dont ils font état, reconnue par le SMR, n'aurait pas entraîné, chez la recourante, de nouvelles limitations fonctionnelles incapacitantes. Elle conteste dès lors la valeur probante de l'avis du service médical sur lequel l'intimé s'est fondé pour rendre sa décision. Cela justifie, du point de vue de la recourante, la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, afin de déterminer les limitations fonctionnelles de la recourante suite à l'aggravation de son état de santé dont il convient de rappeler qu'elle est admise par l'intimé, ceci afin de déterminer l'influence des limitations fonctionnelles sur la CT de la recourante. Vu la date du dépôt de sa demande de prestations, en date du 9 juin 2014, son droit à la rente a pris naissance à tout le moins à compter du 9 novembre (recte : probablement décembre) 2014. Au vu de

ce qui précède la recourante conclut au versement d'une rente entière d'invalidité à compter du 9 décembre 2014.

18. L'intimé a répondu au recours par courrier du 29 mai 2018. Il conclut à son rejet. Afin de déterminer la CT et les limitations fonctionnelles de la recourante, une expertise rhumatologique a été effectuée par le Dr C_____ en date du 29 juin 2015 et une expertise psychiatrique est effectuée par le Dr F_____ en date du 6 décembre 2017. Lesdites expertises remplissent tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. D'un point de vue somatique, il ressort du rapport d'expertise que l'état de santé de la recourante, pour ce qui est de l'atteinte rachidienne, ne s'est pas modifié depuis la dernière décision entrée en force. En revanche, l'état de santé s'est aggravé en septembre 2014 en raison d'une atteinte à l'épaule droite (conflit sous-acromial, rupture transfixiante incomplète du susépineux et fissure du sous-scapulaire). À ce propos, le service médical indique dans son avis du 25 janvier 2018 que "suite à la prise en charge par physiothérapie préconisée comme exigible par le Dr C_____ dans son expertise du 29 juin 2015, le SMR retient comme l'expert une CT entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis et de l'épaule droite. Ce qui signifie que la CT est toujours de 100 % avec une baisse de rendement de 15 %". D'un point de vue psychiatrique l'expert ne retient aucun diagnostic ayant une répercussion sur la CT. C'est donc à juste titre que l'OAI a retenu que la recourante présente une CT de 100 % avec une baisse de rendement de 15 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis et de l'épaule droite. La recourante n'apporte au demeurant aucun élément médical objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostic, qui aurait été ignoré dans le cadre de l'instruction, et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'office. Il ne suffit pas de soutenir que les conclusions sur la CT devraient être différentes. Dès lors la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire telle que demandée par l'assurée ne se justifie pas." Il produit enfin un avis du SMR se prononçant sur les pièces médicales produites dans le cadre du recours. L'intimée se ralliait aux conclusions de son service médical.

Dans son avis du 28 mai 2018, le SMR, se référant à la nouvelle attestation du psychiatre traitant et de la psychologue, observe qu'il est signalé, dans ce courrier, un suivi de janvier à juillet 2017, puis à partir de décembre 2017. Mais on ne sait pas qui effectue les consultations, et à quelle fréquence. De plus il n'est pas expliqué pourquoi il a été interrompu pendant 6 mois. Les soignants retiennent les diagnostics de trouble dépressif et d'anxiété généralisée avec attaques de panique. Mais ils justifient leur choix par les limitations de l'assurée dans les tâches ménagères et les difficultés pour sortir de chez elle. Ils se contentent des plaintes de l'assurée, sans fournir une description de l'état psychique de cette dernière. Ils ne fournissent aucun élément objectif clinique. Contrairement à l'expert psychiatre, dans son rapport d'expertise (symptomatologie sous-syndromique), le psychiatre traitant et la psychologue ne fournissent aucun élément médical objectif permettant

de retenir une sévérité des atteintes psychiques empêchant toute activité. Par conséquent, il faut s'en tenir aux conclusions précédentes.

19. Par courrier du 6 juillet 2018, le conseil de la recourante a indiqué à la chambre de céans qu'il n'entendait pas répliquer. Néanmoins la recourante persiste dans l'intégralité des conclusions qu'elle a formées dans le cadre de son mémoire de recours du 10 avril 2018. Pour le surplus elle conteste l'intégralité de l'argumentation développée par l'OAI dans le cadre de ses écritures.
20. Interpellée par la chambre de céans au sujet du libellé de ses conclusions principales, la recourante a rectifié le nom du justiciable mentionné par erreur, en lieu et place de la recourante, dans ses écritures de recours.
21. La chambre de céans a entendu les parties à l'audience de comparution personnelle du 21 janvier 2019:

Madame G_____ pour l'intimé: " Pour répondre à votre interpellation au sujet de la nature de la décision entreprise respectivement l'objet du litige, je vous confirme – ce que j'aurais pu relever préalablement dans mes écritures – que la décision du 26 février 2018 n'est en réalité pas une décision de non entrée en matière, mais plutôt un rejet de la demande de prestations."

Me Stefan BERARD, pour la recourante : " Je souscris à la remarque de l'intimé, et j'observe que c'est ainsi que nous avons compris le sens de la décision dont est recours, raison pour laquelle nous avons pris des conclusions sur le fond. Nous aurions toutefois dû pour la bonne règle examiner cette question dans le cadre de notre recours."

L'intimé : " Pour répondre à votre question en ce qui concerne la problématique du statut, et la référence au rapport d'expertise du Dr C_____ du 30 juin 2015, où il était annoncé que le cas échéant une nouvelle enquête ménagère serait diligentée si le statut mixte était maintenu, je précise que dans notre esprit, la capacité de travail (CT) telle qu'elle se présentait antérieurement, soit de 100 % avec une diminution du rendement de 15 % étant toujours identique, nous n'avons pas procédé à une nouvelle enquête ménagère. D'autre part, nous n'avons pas d'éléments pour savoir si antérieurement la recourante exerçait une activité professionnelle à plein temps, raison pour laquelle nous avons retenu comme par le passé un statut mixte de 70 % active et 30 % ménagère. "

La recourante: " J'ai en effet travaillé avec mon mari sur les marchés, ceci jusqu'à il y a quatre ans, soit dès le moment où je me suis trouvée en dépression. Mon activité pour aider mon mari se déroulait deux jours par semaine, soit les jours de marché eux-mêmes, le mercredi et le samedi. Le reste du temps, je m'occupais de mon ménage. Concernant ma rente actuelle, je n'en ai pas. Je n'ai d'ailleurs jamais rien touché de l'OAI. Vous me faites toutefois observer que dans une décision du 13 octobre 1999, un rétroactif de CHF 9'603.- m'a été versé, la rente extraordinaire étant supprimée dès le 1er janvier 1997, entrée en vigueur de la 10ème révision de l'AVS. Cette décision mentionne d'ailleurs que si ma situation matérielle ne

couvrait pas mes besoins vitaux, je pouvais déposer une demande auprès des prestations complémentaires, à l'époque à l'agence AVS de ma commune de domicile. Il est exact que j'avais touché le montant que vous avez indiqué, mais après cela, je n'ai plus rien touché. "

L'intimé : " C'est exact : depuis le 1er janvier 1997, la rente précédente a été supprimée, du moins tel que cela ressort de la décision que vous avez mentionnée. Je constate toutefois que dans le dossier nous avons une décision du 5 novembre 2007 qui confirmait la rente d'invalidité sans modification du droit. Pour moi, le libellé de cette décision est erroné, mais je souhaite obtenir un délai pour pouvoir vous apporter toute clarification à ce sujet, notamment eu égard au courrier du 12 novembre 2007, que je commenterai au besoin, et m'exprimerai en même temps sur la question du statut."

La recourante: " S'agissant de ma situation actuelle par rapport à l'aspect psychiatrique, je suis toujours suivie par Madame D_____, psychologue, que je dois d'ailleurs rencontrer le 28 janvier 2019. J'ai également été examinée par le Dr H_____, psychiatre, dans les mêmes locaux de Madame D_____. Je ne l'ai rencontré toutefois qu'à une seule occasion, il y a environ une année. Lorsque je vais chez la psy, je dois parler avec elle, et cela m'angoisse d'y aller. Vous me demandez pourquoi : parce que j'ai toujours des angoisses, ceci depuis quatre ans. Cela vient de mes problèmes de dos : cela m'a pris avec les nerfs. Je consulte toujours la Dresse B_____, deux fois par mois. Elle me suit pour les médicaments. Elle me donne du Xanax. Elle me donne aussi des antidépresseurs dont je ne connais pas le nom. Et pour le dos, elle me donne du Dafalgan, du Tramal, ce dernier 3 à 4 fois par jour. S'agissant de la physiothérapie, que le Dr C_____ avait recommandée dans son rapport d'expertise, je confirme que j'avais entrepris ces traitements. Toutefois, il se trouve que lorsque je fais de la physio, cela aggrave les douleurs. C'est pour cela que la Dresse B_____ avait dû appeler mon physio, pour lui dire que je devais interrompre ces traitements. C'était après 3 séances. Je n'ai plus bénéficié de traitement de physiothérapie depuis lors, car mon physio m'avait indiqué que j'étais un cas particulier et qu'il ne pouvait pas me toucher sans que cela ne me fasse mal. Sur questions de Me BERARD qui me demande ce que je ressens quand je suis dans la foule, je réponds que j'ai peur. J'ai peur des gens et de la foule. Je m'imagine des choses. Lorsque je vois beaucoup de gens, je dois m'isoler. Je préfère, pour ma sécurité, me retrouver dans mon cocon familial, entourée des miens. J'explique que ces peurs se traduisent par une oppression sur la poitrine; je n'ai plus de respiration. J'ai des peurs. Madame D_____ me montre comment respirer pour me calmer. Sur question de (l'intimé), je confirme que si j'étais en bonne santé, je souhaiterais toujours travailler comme avant, soit deux jours par semaine dans les marchés, et le reste du temps pour m'occuper de mon ménage. S'agissant de mes filles, l'une vit à Berne et vient deux jours par semaine chez moi pour m'aider à faire le ménage et me faire les courses. Je précise que je ne vais pas avec elle puisque j'ai peur. Notre fille cadette vit toujours chez nous, les

deux aînées étant mariées. Elles ont des enfants. Je vois mes petits-enfants tous les deux jours. L'aînée à trois enfants et la suivante en a un. Cette dernière vient également m'aider, les jours où l'aînée n'est pas là. Sur question d'un juge assesseur, la cadette qui a 28 ans vit aussi à Versoix mais pas dans notre mobilhome. Elle a son propre mobilhome. Pour sa part, elle ne participe pas à l'aide qui m'est apportée, car elle est également malade. Elle est aussi malade des nerfs.

Me Stefan BERARD a plaidé.

22. Par courrier du 11 février 2019, l'intimé s'est déterminé suite à l'audience de comparution personnelle du 21 janvier 2019. S'agissant tout d'abord de l'état de santé et de la CT de la recourante, l'OAI maintient intégralement ses conclusions telles que figurant dans ses écritures précédentes. S'agissant de la communication du 5 novembre 2007 (rente d'invalidité sans modification du droit), comme indiqué lors de l'audience, celle-ci est manifestement erronée. En effet ladite communication a été rendue dans le cadre d'une révision aboutissant à la conclusion que la recourante ne présente pas d'incapacité de travail ouvrant le droit à une rente d'invalidité (CT de 85 % dans toute activité, avis du SMR du 3 septembre 2007). S'agissant du statut de la recourante, retenu dans la décision litigieuse, soit 70 % dans la sphère professionnelle et 30 % dans la sphère ménagère, l'OAI constate, au vu des déclarations de la recourante lors de l'audience du 21 janvier 2019, que ledit statut ne peut pas être confirmé. En effet, elle a déclaré travailler deux jours par semaine sur les marchés (mercredi et samedi), et le reste du temps à s'occuper du ménage. Dès lors le statut il convient de retenir et 40 % active et 60 % ménagère. Au vu de la CT (85 % dans toute activité), et du peu de limitations fonctionnelles (épargne du rachis et de l'épaule droite) retenues, ainsi que de l'aggravation de santé depuis en tout cas 2007, une enquête à domicile s'avère inutile car il n'y a pas d'impératifs de rendement dans les tâches ménagères, et la recourante peut adapter sa méthode de travail à ses limitations fonctionnelles. Pour le surplus il maintient intégralement ses conclusions.
23. La recourante s'est déterminée par courrier du 28 février 2019. Elle conteste tout d'abord l'évaluation de son champ d'activité: la répartition des tâches entre la sphère professionnelle et ménagère est contestée. L'autorité ne peut se fonder sur les seules déclarations lacunaires de la recourante lors de l'audience du 21 janvier 2019. En effet l'expertise psychiatrique mentionne à la page 9 de son rapport que le « discours de la recourante et les qualités moyennes avec une idéation pauvre ». « Elle établit un contact réservé et parle uniquement sur sollicitation, se contentant de réponses brèves. ». Par conséquent, pour déterminer le champ d'activité dans le cas d'espèce, il convient de prendre en compte l'ensemble des faits, tels qu'ils ont notamment été décrits dans l'expertise précitée, ainsi que les informations suivantes. Les activités de la recourante ne se limitaient pas uniquement à sa présence sur les marchés durant deux jours par semaine, mais également à tous les travaux de préparation y relatifs. En effet, les biens vendus sur les marchés étaient issus d'appartements laissés vacants, dont le contenu était vendu en bloc à l'époux

de la recourante. En moyenne, entre cinq et dix appartements étaient ainsi vidés par année et les travaux de tri, d'évacuation et de nettoyage des biens destinés à la vente durait en fonction de la taille des appartements entre une à deux semaines. Depuis son incapacité de travail la recourante n'est plus en mesure de suivre la caravane qui effectue des tournées de six mois pour se rendre sur d'autres marchés. En outre, elle a également cessé ses activités d'aiguisage de couteau et de colportage (rapport d'expertise psychiatrique page 3), qui occupait ses journées durant lesquelles elle n'était pas affairée aux travaux en lien avec les brocantes. Quant à l'appréciation de l'incapacité de travail, tout comme l'OAI, la recourante considère qu'une enquête sociale serait inadéquate dans le cas d'espèce, mais pour d'autres raisons, et elle en tire des conclusions différentes. En effet, la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances considère qu'en présence de troubles psychiques, les constatations médicales relatives à la CT raisonnablement exigible sont plus aptes qu'une enquête économique à fixer l'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels (arrêt non publié du Tribunal fédéral du 6 mai 2002 dans la cause F., I 526/01, et du 9 novembre 1987 dans l'affaire C., I 277/87). En conséquence la recourante maintient son argumentation précédente, s'agissant de la prise de position et des avis médicaux des médecins traitants.

24. 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 - 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. 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; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

En l'espèce, l'objet du litige est déterminé par la décision du 26 février 2018, portant comme titre, décision : refus d'entrer en matière. Au vu des développements intervenus pendant la longue procédure d'instruction devant l'intimée depuis la demande de prestations du 7 juillet 2014, il y a lieu de vérifier si, dans le cas d'espèce, l'on se trouve bien dans un cas où l'objet du litige serait limité à la seule question de savoir si l'OAI avait à juste titre refuser d'entrer en matière en niant le caractère plausible de l'aggravation de l'état de santé.

5. L'art. 17 al. 1^{er} 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans

condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

6. 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).
7. a. Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation, que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est

litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Dans cette dernière hypothèse, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ou à l'allocation pour impotent ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3 ; Ulrich MEYER/Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in STAUFFER / CARDINAUX [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3^{ème} éd., 2014, n. 139 ad art. 30-31 LAI).

8. En l'occurrence, et au vu de ce qui précède, la chambre de céans constate que si l'OAI, après un examen sommaire des éléments rapportés au dossier à l'appui de la nouvelle demande de prestations du 7 juillet 2014, a rendu un projet de décision de non entrée en matière, le 5 septembre 2014, celui-ci a été contesté par l'assurée, par courrier du 29 septembre 2014, son médecin traitant attestant d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente, sur le plan somatique, soit une importance tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, avec des signes de rupture transfixiante mais incomplète du susépineux ainsi qu'une fissuration du sous-scapulaire. Le SMR a reconnu qu'il s'agissait d'une affection nouvelle, qui devait être instruite et qui l'a été, sous la forme d'une expertise rhumatologique confiée à un spécialiste indépendant. Par la suite, en mars 2016, le médecin traitant a encore signalé une péjoration d'état de santé surajouté, ceci pour motif psychique, à raison d'un trouble dépressif présent depuis octobre 2015. Après une hospitalisation de l'assurée à la Clinique de Montana en novembre 2016, à raison d'un trouble dépressif récurrent épisode moyen, à sa sortie, elle a été adressée par son médecin traitant chez un psychiatre respectivement une psychologue intervenant par délégation, le psychiatre traitant ayant retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, anxiété généralisée avec attaques de panique ainsi que syndrome douloureux chronique. Une fois encore, le SMR s'est prononcé dans un avis du 26 juillet 2017, considérant que sur le plan psychiatrique l'atteinte n'était pas clairement établie, de sorte qu'afin de déterminer des diagnostics, les limitations fonctionnelles et la CT, il proposait la mise en place d'une expertise psychiatrique, qui a abouti au rapport d'expertise du Prof I _____ du 6 décembre 2017. L'on doit considérer, au vu de ce qui précède, que l'OAI, après avoir rendu un projet de décision par lequel il avait l'intention de ne pas entrer en matière, force est de constater que l'intimé est bel et bien entrée en matière, dans le cadre de la procédure d'audition, dès lors que tant sur le plan somatique que sur le plan psychique dans un deuxième temps, le SMR ayant reconnu les aggravations de l'état de santé, a recommandé successivement une expertise rhumatologique, puis une expertise psychiatrique. Précisément interrogé

par la chambre de céans sur le sens véritable de la décision entreprise, formellement intitulé « refus d'entrer en matière », l'intimé a confirmé qu'en réalité la décision entreprise n'est pas une décision de non entrée en matière, mais plutôt un rejet de la demande de prestations, ce que la recourante a approuvé, relevant qu'elle l'avait bien comprise dans ce sens, prenant ainsi, dans son recours, des conclusions sur le fond.

Ainsi, l'objet du litige n'est pas celui de la contestation d'un refus d'entrer en matière par l'OAI, mais bien le rejet de la demande de révision, tant pour les motifs somatiques invoqués que pour l'aspect psychique, ces deux atteintes à la santé, nouvelles, n'entraînant, pour l'intimé, aucune conséquence ni influence sur le droit à la rente ou à d'autres prestations de l'assurance-invalidité. On rappellera à cet égard que l'OAI a rappelé lors de l'audience de comparution personnelle, que la rente extraordinaire qui avait été allouée à l'époque à la recourante, avait été supprimée, avec effet dès le 1er janvier 1997, suite à l'entrée en force de la 10^e révision de l'AVS (décision du 13/10/1999 - doc 21 intimée). Or, de ce point de vue, le libellé de la précédente décision en force statuant sur le droit de l'assurée, soit la décision du 5 novembre 2007, était erronée dans le libellé de son titre (« rente d'invalidité sans modification du droit ») dès lors qu'à l'époque il résultait de l'instruction médicale du dossier que la CT exigible était de 85 % dans l'activité habituelle de ménagère, et de 85 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Il s'agissait bien, en réalité à l'époque, de la persistance de l'absence de droit à la rente. En conséquence, l'objet du litige est bien celui de savoir si la demande de prestations déposée le 7 juillet 2014 devait conduire ou non à l'octroi d'une rente en faveur de l'assurée.

9. 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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
10. 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.
11. 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 et art. 28 al. 2 LAI).

12. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).
13. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des

recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

14. 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).

15. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie

à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée.

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2)

Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une

limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7).

16. Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).

On rappellera encore que le changement de jurisprudence ne justifie pas, en soi, de retirer toute valeur probante aux expertises réalisées antérieurement à son entrée en vigueur. Il faut au contraire examiner si ces expertises - pour les mettant éventuellement en lien avec d'autres rapports médicaux courants - permettent, ou non, une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 p.309; 9C_448/2016 consid. 5.3)

17. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que

lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

18. En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).
19. Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGA) succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGA) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). 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 y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2^{bis} LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201) et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2^{ter} LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2^{bis} LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. 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. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c; ATF 117 V 194 consid. 3b et les références).
20. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la

modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

21. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAD); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1).
22. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de

clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

23. En l'espèce, la décision entreprise se fonde sur les avis du SMR (avis médical du 25 janvier 2018 [récapitulatif] doc 104 OAI) qui, en particulier, a considéré les conclusions des experts en rhumatologie, respectivement en psychiatrie convaincantes et pouvant se voir octroyer une pleine valeur probante. La recourante reproche pour sa part au SMR, et en amont implicitement aux experts, d'avoir certes admis que sur le plan somatique que l'atteinte à l'épaule droite, présente depuis 2014, constituait bien une aggravation de l'état de santé, mais d'avoir considéré que moyennant les limitations fonctionnelles retenues, il n'y avait pas d'incapacité de travail dans un emploi adapté, la réintroduction de séances de physiothérapie étant exigible; et que sur le plan psychique, l'expert ne retient aucun diagnostic incapacitant, le SMR considérant à tort, selon elle, que son état de santé psychique ne justifie pas une aggravation susceptible de lui donner droit à une rente. Quant aux atteintes sur le plan somatique d'avoir considéré que, celles-ci étant, pour partie, déjà connues, et pour partie nouvelle en ce qui concerne l'épaule droite, mais pour cette dernière dont l'état n'était pas encore stabilisé mais en voie de guérison, moyennant un traitement exigible de physiothérapie, ne permettaient pas de justifier l'octroi d'une rente; et de même sur le plan psychique. La chambre de céans rappelle que la rente dont la recourante avait bénéficié dès 1996 avait été supprimée en 1999 avec effet au 1^{er} janvier 1997, et que la décision de référence, entrée en force, et prise pour base de l'évolution de l'état de santé vers une aggravation, (décision du 5 novembre 2007) retenait une pleine CT dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles, avec diminution de rendement de 15 %, ne donnant pas droit à une rente. Il y a dès lors lieu d'examiner si l'on peut reconnaître aux expertises des Dr C_____ (rhumatologie) et I_____ (psychiatrie) une pleine valeur probante, comme le soutient le SMR et, à sa suite, l'OAI, ou pas, selon la recourante opposant aux experts les avis de ses médecins traitants.

a. S'agissant de l'expertise rhumatologique effectuée le 24 avril 2015 par le Dr C_____, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise du 29 juin 2015 révèle une pleine connaissance du dossier, dont les documents médicaux réunis ont largement été résumés, qu'il a été dûment procédé à une anamnèse détaillée, que

l'expert a pris en compte les plaintes de l'expertisée, a procédé à l'examen clinique de la recourante et noté toutes ses constatations, retenant les diagnostics ayant une répercussion sur la CT, de conflit sous-acromial et tendinite du susépineux au niveau de l'épaule droite avec une rupture transfixiante incomplète du susépineux et une fissure du sous-scapulaire, présent depuis septembre 2014 ainsi que des dorsolombalgies chroniques sur troubles statiques, dégénératifs et troubles de la transition (sacralisation de L5) présente depuis 1996, l'expert retenant encore des limitations fonctionnelles le conduisant à considérer, dans des conclusions, pleinement motivées et répondant enfin à toutes les questions posées, qu'il n'y a pas d'incapacité de travail dans un emploi adapté. La chambre de céans ne constate aucune contradiction dans ce rapport, dont les conclusions sont cohérentes. On observera d'ailleurs que les diagnostics retenus par l'expert ne sont pas différents de ceux retenus par la Dresse B_____ ; en revanche, cette dernière ne se prononce guère sur la CT de sa patiente - dans son rapport du 5 décembre 2014 elle évoque une incapacité de travail en tant que femme au foyer, de 40 %, respectivement une CT exigible de 60 %, relevant toutefois à l'époque que sa patiente a des difficultés à adhérer à la prise en charge proposée; quoi qu'il en soit, aucun élément objectif et vérifiable, avancé par ce médecin, dans ses rapports ou certificats médicaux - dont la valeur probante ne saurait être pleinement retenue, faute d'être suffisamment étayés et complets au sens des exigences de la jurisprudence -, ne remet en cause les conclusions de l'expert, d'une part, et serait susceptible de susciter le moindre doute quant à la fiabilité des conclusions de l'expert rhumatologue.

b. Quant au rapport d'expertise psychiatrique du Prof I_____ du 6 décembre 2017, il doit lui aussi se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ce rapport montre que l'expertise a été basée sur une pleine connaissance du dossier, sur deux entretiens avec l'expertisée, mais également après des entretiens téléphoniques avec la psychologue traitante, avec le médecin traitant (Dresse B_____), ainsi qu'avec l'époux et la fille aînée de l'expertisée; il contient une anamnèse très complète, consigne les plaintes et données subjectives de l'expertisée, ainsi que les renseignements obtenus auprès des tiers consultés, la prise en compte des documents médicaux figurant au dossier, l'expert ayant pour sa part examiné l'assurée dans le cadre d'un examen clinique, et indiqué pourquoi il ne retenait pas de diagnostic incapacitant, mais uniquement un diagnostic sans répercussion sur la CT, soit celui de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), en expliquant la raison pour laquelle ce diagnostic ne devait pas être considéré comme incapacitant, soit qu'il est dans le cas d'espèce de nature sous-syndromique et au vu des éléments recueillis ne constitue pas un facteur invalidant en soi pour une vie active. L'expert a également indiqué les raisons pour lesquelles il ne retient pas d'éléments suffisants pour un diagnostic de troubles somatoformes. C'est le lieu de relever, dans ce contexte, que la jurisprudence, postérieure au rapport d'expertise concerné, imposant désormais à toutes les affections psychiques une analyse structurée du cas au moyen des indicateurs définis par le Tribunal fédéral dans le cadre des troubles somatoformes douloureux et affections assimilées, n'a pas d'incidence en l'espèce:

dans la mesure où conformément à sa mission, l'expert devait se prononcer sur l'éventuelle existence de troubles somatoformes douloureux, ce qu'il a fait, son approche respectant les conditions d'une analyse structurée, dont on retrouve les éléments à travers le rapport d'expertise, ceci quand bien même, au niveau rédactionnel, la présentation des éléments pertinents ne suit pas toujours une structure rigide. On retrouve néanmoins les composantes des divers indicateurs, notamment, à titre exemplatif, l'analyse des ressources de l'intéressée, puisées dans le cadre rassurant de sa famille et de son clan. L'analyse de la cohérence fait l'objet en revanche d'un chapitre particulier. Les conclusions de l'expert sont enfin convaincantes, exemptes de contradictions, et aucun élément du dossier ne permet objectivement de susciter le moindre doute sur la crédibilité de l'expert. Ainsi, le Prof I_____ aboutit à la conclusion que sur le plan de la CT, du point de vue psychiatrique, l'expertisée dispose d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle d'assistante de son époux, dans le domaine de la brocante, de même dispose-t-elle d'une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée à ses capacités.

On ajoutera également que le rapport final du SMR, contesté par la recourante, répond à toutes les exigences de la jurisprudence rappelée précédemment. Il reprend les éléments médicaux figurant au dossier, notamment les rapports d'expertise, dont il a apprécié les conclusions et la valeur probante de manière convaincante.

Ainsi la décision entreprise, en tant qu'elle se fonde sur les avis médicaux du SMR et sur les rapports d'expertises somatique et psychiatrique, échappe à toute critique.

24. S'agissant enfin de la question du statut d'assurée, on rappellera que la décision entreprise se fonde sur le statut mixte de l'assurée, à raison de 70 % dans la sphère professionnelle et 30 % dans la sphère ménagère. Au vu des déclarations de la recourante à l'audience de comparution personnelle du 21 janvier 2019, et de la description qu'elle y a faite de ses activités, l'intimé considère que le statut mixte tel qu'il ressort de la décision entreprise ne pourrait être maintenu, dès lors que la recourante a déclaré travailler deux jours par semaine sur les marchés (mercredi et samedi) et s'occupait, pour le reste du temps, de son ménage, de sorte qu'il convient désormais, selon lui, de retenir un pourcentage de 40 % active et 60 % ménagère. Dans ses dernières écritures, la recourante conteste ce point de vue, estimant que l'on ne saurait se fonder sur ses seules déclarations « lacunaires » lors de son audition. Elle en veut pour preuve que l'expert psychiatre a constaté dans son rapport que le discours de l'expertisée est de qualité moyenne avec une idéation pauvre, qu'elle établit un contact réservé et parle uniquement sur sollicitation, se contentant de réponses brèves. Elle indique dès lors, que ses activités ne se limitaient pas uniquement à sa présence sur les marchés durant deux jours par semaine, mais également à tous les travaux de préparation y relatifs, décrivant que les biens vendus sur les marchés étaient issus d'appartements laissés vacants, dont le contenu était vendu en bloc à son époux, ce qui représentait environ entre cinq et

dix appartements par année. Ce qui supposait des travaux de tri, d'évacuation et de nettoyage des biens destinés à la vente, ces opérations durant, en fonction de la taille des appartements, entre une et deux semaines. A l'en croire, mais elle ne le dit pas expressément, elle aurait participé, avant son atteinte à la santé, pleinement et sans réserve à toutes ces activités, ce qui, du point de vue de la chambre de céans, apparaît manifestement exagéré, et uniquement destiné à contrebalancer les observations objectives tirées de ses déclarations et reprises par l'intimé. Outre la description nouvelle d'activités censées expliquer qu'il ne fallait pas tenir compte uniquement de sa présence effective sur les marchés, à raison de deux jours par semaine, mais également de la préparation de ces journées, elle va encore rechercher notamment dans la description faite par l'expert psychiatre des activités qu'elle déployait antérieurement, notamment d'aiguisage de couteaux et de colportage. Or, et n'en déplaise à la recourante, le passage du rapport d'expertise auquel elle se réfère ne décrit de loin pas l'activité à 100 % qu'elle souhaiterait se voir reconnaître désormais, alors que jusqu'ici, et notamment dans le cadre de son recours, elle n'a jamais songé à remettre en cause le statut mixte qui lui était reconnu. Ainsi, l'expert retient, dans l'anamnèse familiale et personnelle (p. 3 à laquelle se réfère la recourante) : " sur le plan scolaire, l'expertisée n'a pas fréquenté l'école et affirme ne pas savoir lire, ni écrire. Elle a aidé ses parents dans la brocante. De même, au niveau professionnel, elle a été femme au foyer accompagnant son mari dans son travail de brocanteur, restaurateur de meubles, vannerie, aiguisage de couteau. Elle a également exercé le colportage. Les revenus sont difficiles à chiffrer, et ni l'expertisé, ni son époux n'ont cotisé à l'AVS. Elle explique souffrir de douleurs du dos qui se sont installées depuis ses 20 ans en 1980. En 1987, elle a arrêté la vente au porte-à-porte, et en 1991 elle a également dû arrêter d'assister son époux à cause de ses douleurs dorsales. L'expertisée vit sans activité rémunérée depuis 1991.... ". Ces éléments étaient donc connus et établis dès la demande de prestations initiale en 1996.

La question de savoir si dans le cas d'espèce, il se justifie ou non de modifier la pondération du statut mixte dans la répartition de la part active, par rapport à la part ménagère, peut toutefois rester ouverte, dès lors qu'en tout état la modification proposée par l'intimé n'aurait aucune conséquence sur l'issue du litige ; étant précisé que, comme on vient de le voir, les conclusions nouvelles en modification du statut pour le transformer en statut d'active, telle que la recourante le soutient dans ses dernières écritures, ne saurait entrer en ligne de compte, la recourante n'étant pas crédible au vu de ce qui vient d'être exposé.

Ainsi, le recours apparaît totalement infondé. La décision entreprise échappe ainsi à toute critique.

25. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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