

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1453/2018

ATAS/1008/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 1^{er} novembre 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1965, originaire de France, entrée en suisse en 1998, divorcée depuis 2013, mère d'un enfant né en 1993, a exercé une activité de vendeuse dans l'entreprise de son frère puis responsable du salon de coiffure de son époux.
2. Le 25 septembre 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
3. Le 10 février 2003, le docteur B_____, FMH médecine interne, a rendu un rapport médical attestant de diagnostic d'anorexie mentale : CIM-10 : F 50.0, de possible autre trouble psychiatrique associé (trouble de l'humeur, trouble de la personnalité), d'hypokaliémie chronique, de troubles de la dentition sur vomissements chroniques et d'hypotension orthostatique sympathicotonique, entraînant une incapacité de travail totale de l'assurée depuis le 25 juillet 2002.
4. A la demande de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), la docteure C_____, cheffe de clinique au département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a rendu une expertise psychiatrique le 15 novembre 2004.

L'assurée se plaignait de céphalées invalidantes depuis trois ans, d'un état d'anxiété, de dépression, de troubles du sommeil, de fatigue, d'un sentiment de honte d'elle-même, de douleurs lombaires et de vomissements. Elle a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'anorexie mentale depuis l'adolescence avec des complications somatiques et des céphalées mixtes depuis environ trois ans ; elle présentait des limitations physiques (fatigabilité accrue, diminution de forme et d'endurance) et psychique et mentale (troubles de la concentration et de la mémoire, diminution de l'énergie vitale et de la résistance au stress, ainsi qu'au plan social (mal à l'aise dans les rapports avec les autres). La capacité de travail était limitée à 50 %.

5. Le 31 janvier 2005, le Service Médical Régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que la capacité de travail était de 50 % et qu'il convenait d'investiguer le statut de l'assurée.
6. Un rapport d'enquête économique sur le ménage du 23 mai 2005 a conclu à une invalidité ménagère de 21 % et à un statut d'active à 80 %.
7. Par décision du 8 novembre 2005, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2003, fondé sur un degré d'invalidité de 44 % (empêchement de 50 % dans l'activité professionnelle exercée à 80 % et empêchement ménager de 21 % dans l'activité ménagère exercée à 20 %).
8. Par communication du 5 janvier 2009, l'OAI a maintenu le quart de rente d'invalidité.

9. Le 25 avril 2012, le Dr B_____ a rempli un rapport médical AI intermédiaire indiquant une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis 2010, par l'apparition d'une insuffisance rénale (néphropathie hypokaliémique).
10. Le 7 janvier 2013, le docteur D_____, FMH médecine interne, néphrologue, a rempli un rapport médical AI attestant d'anorexie mentale associée à une hypokaliémie chronique et une alcalose et d'une évolution plutôt favorable ; il n'avait cependant plus vu l'assurée depuis 2010.
11. Le 18 février 2013, la docteure E_____, FMH neurologie, a rempli un rapport médical AI attestant d'un syndrome douloureux chronique avec céphalées de type migraines, des cervicalgies chroniques, tendinite, syndrome du tunnel carpien débutant, cancer du sein et cancer du col de l'utérus ; elle n'avait plus revu l'assurée depuis 2012. Elle a joint :
 - Son rapport du 23 février 2010, dans lequel elle relate des plaintes de l'assurée de céphalées depuis l'âge de 35 ans, survenant trois à quatre fois par mois, durant trois jours de suite ; l'assurée avait été hospitalisée en raison d'une crise prolongée de céphalée avec vomissements, elle proposait de continuer avec la prise de Zomig et Rotitium, voire de l'Imigran. Un traitement de fond serait discuté dans cinq semaines.
 - Son rapport du 1^{er} avril 2010, dans lequel elle relève qu'en raison de crises de céphalées deux fois par semaine, parfois de crise de deux jours, elle prescrivait un traitement de Tryptizol.
 - Son rapport du 26 avril 2010, dans lequel elle relate des plaintes de l'assurée de crises de céphalées intenses, environ deux fois par semaine ; un traitement de fond de Loprézor avait été prescrit car le Tryptizol avait été mal supporté.
 - Son rapport du 11 octobre 2011, dans lequel elle relève des plaintes de l'assurée de céphalées d'allure migraineuse pouvant durer de un à trois jours, avec des fluctuations en intensité, dont la fréquence était difficile à préciser ; un traitement de fond (Loprézor) introduit en avril 2010 avait été arrêté probablement fin 2010 - début 2011.
12. Le 25 mai 2013, le SMR a considéré qu'en l'absence de consultation spécialisée, l'aggravation de l'état de santé ne pouvait être admise.
13. Par communication du 28 mai 2013, l'OAI a maintenu le droit de la recourante à un quart de rente d'invalidité.
14. Le 26 décembre 2016, le Dr B_____ a attesté d'un trouble du comportement alimentaire de type anorexie-boulimie sévère, avec néphropathie hypokaliémique et une affection migraineuse sévère invalidante.
15. Le 16 janvier 2017, l'assurée a rempli un questionnaire de révision de la rente d'invalidité et indiqué une aggravation de son état de santé par des migraines sévères, bihebdomadaires d'une durée de vingt-quatre à quarante-huit heures.

16. Le 20 février 2017, l'assurée a communiqué à l'OAI un rapport du 7 février 2017 du Dr B_____ attestant d'une pathologie dentaire (remplacement des dents du maxillaire supérieur) et d'une néphropathie hypokaliémique suite aux vomissements chroniques ; les migraines s'étaient aggravées depuis douze mois et nécessitaient la prise d'antimigraineux deux fois par semaine.
17. Le 25 juillet 2017, le docteur F_____ du SMR a estimé que l'assurée n'apportait pas d'éléments médicaux objectivant une aggravation de son état de santé.
18. Par projet de décision du 27 juillet 2017, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée, en se référant à l'avis du SMR du 25 juillet 2017.
19. Le 13 septembre 2017, le Dr B_____ a attesté de l'accentuation (bihebdomadaire) et aggravation des migraines (jusqu'à septante-deux heures).
Il s'occupait du renouvellement du traitement mis en place par la Dre E_____ ; l'humeur s'était altérée avec un repli sur soi, dû aux migraines, l'anorexie avait entraîné une pathologie rénale et des problèmes dentaires.
20. Le 14 septembre 2017, l'assurée, représentée par l'ASSUAS, a écrit à l'OAI en déclarant faire opposition au projet de décision du 27 juillet 2017, en relevant qu'elle était divorcée depuis 2013, qu'elle habitait seule, que son ex-époux ne l'aidait plus dans les tâches ménagères de sorte que les empêchements ménagers devaient être revus ; son état de santé s'était par ailleurs aggravé par l'augmentation de violentes crises de migraines. L'instruction devait être reprise.
21. le 23 novembre 2017, le Dr F_____ du SMR a estimé que l'évaluation du Dr B_____ était comparable à celle de la Dre E_____ dans ces avis des 26 avril 2010, 11 octobre 2011 et 21 février 2013.
22. Un rapport d'enquête économique sur le ménage du 13 mars 2018 a conclu à un taux d'empêchement de 16 %, soit :

	Pondération	Empêchement	Empêchement pondéré
Conduite du ménage	5 %	0 %	0 %
Alimentation	45 %	10 %	4.5 %
Entretien du logement	20 %	50 %	10 %
Emplette et course diverses	10 %	0 %	0 %
Lessive / entretien des vêtements	15 %	0 %	0 %
Divers	5 %	30 %	1.5 %
Totaux	100 %		16 %

23. Le 16 mars 2018, l'OAI a évalué l'invalidité selon la méthode mixte en relevant que le calcul du degré d'invalidité effectué dans la décision initiale du 24 novembre 2006 était erroné ; il était en réalité de 34 % au lieu de 44 %.

En application du nouveau calcul (valable depuis le 1^{er} janvier 2018), le degré d'invalidité était de 43 %, de sorte que le droit à un quart de rente d'invalidité était donné :

Activités	Part en %	Perte économique / Empêchement en %	Invalidité en %
Professionnelle	80.00 %	50.00 %	40.00 %
Travaux habituels	20.00 %	16.00 %	3.20 %
Taux d'invalidité			43 %

24. Par décision du 16 mars 2018, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée en constatant que le degré d'invalidité était de 43 %.

25. Le 2 mai 2018, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 16 mars 2018, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

L'enquête ménagère du 13 mars 2018 ne tenait pas compte de sa nouvelle situation et retenait un taux d'empêchement inférieur à celui de la première enquête, alors même qu'à cette époque elle était aidée par son époux. Elle souffrait de migraines dont l'intensité avait augmenté et d'un repli sur elle-même. Son état de santé s'était aggravé. Un calcul selon la nouvelle méthode mixte devait être effectué.

26. Le 29 mai 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'enquêtrice avait effectué un rapport complet, tenant compte des migraines et de la fatigue de la recourante. Ce rapport était probant. Par ailleurs, un calcul selon la nouvelle méthode mixte avait bien été effectué.

27. Le 28 juin 2018, la recourante a répliqué en faisant valoir qu'en bonne santé elle aurait probablement travaillé à 100 % ; un statut mixte avait été retenu en 2005 car elle souhaitait s'occuper de sa fille mineure et bénéficiait de l'aide de son époux. S'agissant de l'enquête ménagère, on ne comprenait pas comment l'enquêtrice retenait un empêchement de 15 % pour les emplettes et courses diverses en 2005 et nul en 2018.

28. Le 12 juillet 2018, l'OAI a dupliqué en relevant que la recourante n'avait plus travaillé depuis 2002, qu'elle avait uniquement cotisé comme personne sans activité lucrative entre 2003 et 2008, qu'elle disait n'avoir jamais vraiment travaillé de sorte qu'un statut d'active à 100 % n'était pas rendu vraisemblable ; par ailleurs, lorsque la capacité de travail ou d'effectuer les travaux habituels s'améliorait grâce à

l'accoutumance ou une adaptation au handicap, quand bien même l'état de santé était resté inchangé, cela pouvait constituer un motif de révision.

29. Le 8 octobre 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « Je suis anorexique depuis l'âge de 14 ans et une grosse migraineuse depuis toujours. Mes migraines sont devenues très violentes. Mon corps ne les supporte plus. Je ne peux plus rien faire. J'ai récemment fait une tentative de suicide. Le Service des prestations complémentaires (ci-après : SPC) m'a demandé de m'inscrire au chômage, ce que j'ai fait le 11 janvier 2018. J'étais toutefois en incapacité de travail totale selon les certificats de mes médecins. Le chômage a annulé mon dossier pour inaptitude au placement depuis mon inscription. Actuellement je reçois des prestations complémentaires.

J'ai régulièrement le corps qui enfle surtout au visage, aux mains et aux pieds. J'ai consulté un angiologue qui n'a pas de réponse à ce symptôme.

On m'a prescrit beaucoup de médicaments, des antidépresseurs, des antiépileptiques, qui n'ont pas d'effet positif mais que des effets secondaires. S'agissant des migraines, elles surviennent trois à quatre fois par semaine, de façon très violente, je dois rester alitée. Les antimigraineux n'ont pas d'effet. J'ai tenté plusieurs autres thérapie, comme l'acupuncture, la relaxation, mais rien n'a marché. Cette fréquence a débuté lorsque j'avais environ 33 ans. Avant mes migraines étaient moins fortes. Mon état général s'est détérioré.

J'ai une fille qui ne s'occupe toutefois pas de moi. Je vis seule. Je n'ai pas envie d'intervenir dans la vie de ma fille car je n'ai pas envie d'être un poids pour elle.

J'estime que je suis totalement incapable de travailler en raison de mon état migraineux qui me donne aussi des vertiges. Je ne peux jamais prévoir comment je serai le lendemain.

Je ne vois plus la Dre E_____, je me suis fâchée avec elle. Je n'étais pas d'accord avec son traitement (notamment au Botox). Je suis suivie par la Dre G_____, neurologue, que je vois régulièrement et qui m'a prescrit des médicaments. On change régulièrement, jusque-là aucun médicament n'a fonctionné. L'insuffisance rénale m'empêche de prendre certains médicaments. J'ai les reins qui fonctionnent à 60 %, je suis surveillée très régulièrement car j'ai un risque de devoir faire des dialyses. On m'a aussi posé une bandelette en raison de pertes urinaires. Mon anorexie est toujours présente avec un réflexe de vomissement dès que je mange, même en petite quantité. J'ai encore des crises de boulimie. Un médecin m'a dit que c'était peut-être les vomissements qui créent la migraine. Par ailleurs, je me vois toujours comme une personne grosse.

Je suis toujours suivie par le Dr B_____ deux fois par mois, qui est mon généraliste. C'est lui qui me fait les prescriptions de médicament. Je n'ai plus de suivi psychiatrique.

Après ma tentative de suicide j'ai débuté un suivi au CAPPI, aux eaux vives, en thérapie de groupe mais je n'ai pas supporté les autres participants. Je ne supporte plus les thérapies individuelles car elles ne m'apportent plus rien. J'ai débuté des psychothérapies depuis l'âge de 18 ans. Ces psychothérapies m'ont quand même apporté du positif car j'ai pris conscience de ma maladie.

Je ne vois plus le Dr D_____, c'est le Dr B_____ qui me suit également pour les reins. Grace au Dr D_____ j'ai trouvé un potassium que j'arrive à absorber.

J'ai travaillé dans le commerce en France. Arrivée en Suisse j'ai travaillé dans le poisson dans l'entreprise de mon frère. J'ai travaillé à 100 % pendant en tout cas deux ans. Après je me suis mariée et j'ai travaillé pour le salon de coiffure de mon époux environ à mi-temps car j'avais déjà de violentes migraines.

J'aurais dû contester mon statut d'active à 80 % décidé à l'époque par l'AI. Je me rappelle que j'avais répondu que sans atteinte à la santé je travaillerais à 100 %. J'ai été déçue par l'enquêtrice car dès son arrivée elle était obnubilée par le risque de prendre une amende pour mauvais parkage. Elle répondait à ma place aux questions posées en disant que j'étais capable d'effectuer les tâches ménagères. Elle avait des réponses préconçues. Elle a refusé de visiter mon appartement et n'a pas évalué correctement mon handicap. J'ai tout de suite avisé l'OAI le lendemain de ces faits. Je n'ai aucune aide dans mon ménage. Je vais faire mes courses à pied, parfois je n'ai rien à manger pendant quatre à cinq jours parce que je ne peux pas sortir. Je ne fais pas beaucoup le ménage mais mon appartement est rangé et pas très sale. Je suis quelqu'un de soigneux.

Je vous ferai parvenir le rapport d'hospitalisation du 25 au 28 mars aux HUG dès que je l'aurai reçu. Je verse différentes pièces au dossier », soit :

- Une décision de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) du 3 mai 2018 déclarant l'assurée inapte au placement depuis le premier jour contrôlé le 11 janvier 2018, en considérant que le Dr B_____ avait attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée depuis à tout le moins 2015 et que l'assurée elle-même se considérait totalement incapable de travailler.
- Un courrier de l'OCE du 23 mai 2018 annulant le dossier de l'assurée.
- Un certificat médical du Dr B_____ du 12 mars 2018 attestant d'une inaptitude au travail à 100 % de l'assurée depuis en tous les cas 2015.
- Des certificats d'incapacité de travail totale de l'assurée, signés par le Dr B_____ du 12 mars au 31 août 2018 et du 15 septembre au 15 octobre 2018.
- Une décision du SPC du 6 juin 2018 lui octroyant une prestation complémentaire mensuelle fédérale de CHF 772.- et cantonale de CHF 531.- depuis le 1^{er} avril 2018.

- Un certificat de la docteure J_____, médecin interne au département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, du 5 octobre 2018, attestant d'une hospitalisation de l'assurée du 25 au 28 mars 2018.
 - Une série de photos du visage, d'une main et d'un pied de l'assurée.
30. Le 19 octobre 2018, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une expertise psychiatrique à la docteure H_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et leur a imparti un délai pour faire valoir leurs observations.
31. Le 25 octobre 2018, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'experte et qu'il souhaitait, selon l'avis du SMR joint, ajouter une question à la mission d'expertise.
32. Le 29 octobre 2018, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'experte, ni de questions complémentaires à poser. Elle a versé au dossier :
- Un résumé d'un séjour de la recourante (entrée non volontaire suite à un tentamen médicamenteux) au département de psychiatrie des HUG, du 19 au 20 juin 2000, attestant d'un épisode dépressif moyen, personnalité émotionnellement labile, type impulsif et anorexie mentale atypique.
 - Une lettre de sortie du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG du 26 juillet 2018, suite à un séjour de la recourante du 25 au 28 mars 2018 – pour mise à l'abri suite à un geste suicidaire – attestant d'un épisode dépressif moyen, trouble de la personnalité, sans précision, traits de la personnalité émotionnellement labile, trouble schizo-affectif à investiguer, anorexie mentale atypique, insuffisance rénale chronique ; un suivi de psychiatrie au CAPPI avait été mis en place dès le 30 mars 2018.
 - Une attestation du 4 octobre 2018 du CAPPI Eaux-Vives des HUG mentionnant un suivi de quatre rendez-vous entre le 30 mars et le 5 avril 2018.
 - Un certificat médical du Dr B_____ du 19 octobre 2018 attestant d'une incapacité de travail totale de la recourante du 12 mars au 30 novembre 2018.

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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité supérieure à un quart.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). 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).
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

7. En vertu de l'art. 17 LPGGA, 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. 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 LPGGA. 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 130 V 343 consid. 3.5 p. 349; 113 V 273 consid. 1a p. 275). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372; 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 818/2015 du 22 mars 2016). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêt 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 127/2014 du 15 mai 2014).

8. 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 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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).

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. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. 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.

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).

9. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi »

(conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

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).

b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

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).

10. 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.

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).

11. a. 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 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects

médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ce rapport ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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).

12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
13. 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).
14. a. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en

considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

b. Selon l'art. 27bis RAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative (al. 1). Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative ; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps ; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation

qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

c. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

15. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge

par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

16. En l'occurrence, le Dr B_____ a attesté, du point de vue psychiatrique, d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, par l'accentuation et l'aggravation des migraines, une altération de l'humeur avec un repli sur soi, et une incapacité de travail totale depuis à tout le moins 2015 (avis des 26 décembre 2016, 7 février 2017, 12 mars et 19 octobre 2018). Par ailleurs, l'OCE a déclaré, au vu des avis du Dr B_____, la recourante totalement inapte au placement.

Contrairement aux avis du SMR (des 25 juillet et 23 novembre 2017), les rapports du Dr B_____ témoignent effectivement d'une aggravation plausible de l'état de santé de la recourante. Insuffisamment motivés, ils ne permettent cependant pas à la chambre de céans de se prononcer sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.

En conséquence, il convient d'instruire médicalement le cas par le biais d'une expertise psychiatrique, laquelle sera confiée à la docteure H_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, Centre I_____ à Genève.

17. Conformément à la demande de l'intimé, une question 10 f) et g) sera ajoutée à la mission d'expertise.

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

Statuant préparatoirement

- A. Ordonne une expertise psychiatrique de l'assurée.
- B. Commet à ces fins la docteure H_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, Centre I_____ à Genève.
- C. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
- a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
 - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assurée, en particulier le Dr B_____ ;
 - c) examiner et entendre l'assurée, après s'être entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
 - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
- D. Charge l'experte d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
1. Anamnèse détaillée.
 2. Plaintes et données subjectives de l'assurée.
 3. Status clinique et constatations objectives.
 4. Diagnostics selon la classification internationale.
Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).
 5. Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués ?
 6. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
 7. Les plaintes sont-elles objectivées ?
 8. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée).
 9. a) Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

- b) Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
10. a) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?
- b) Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
- c) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de l'assurée à reconnaître sa maladie ?
- d) L'assurée a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
- e) Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
- f) Une prise en charge par un psychiatre, avec psychothérapie et psychotrope est-elle exigible de l'assurée ?
- g) Ce traitement pourrait-il améliorer la capacité de travail de l'assurée ?
11. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
12. a) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?
- Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motiver votre position.
- b) De quelles ressources mobilisables l'assurée dispose-t-elle ?
- c) Quel est le contexte social ? L'assurée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?
- d) Dans l'ensemble, le comportement de l'assurée vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?
13. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne,
- a) dans l'activité habituelle,
- b) dans une activité adaptée.
14. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent,

- a) dans l'activité habituelle,
 - b) dans une activité adaptée.
15. a) Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
- b) En particulier, l'état de santé de l'assurée s'est-il aggravé depuis la communication de l'OAI du 28 mai 2013 confirmant l'allocation à l'assurée d'un quart de rente d'invalidité ? Si oui, de quelle manière ?
16. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
17. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
18. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
19. a) Etes-vous d'accord avec les avis médicaux du Dr B_____ attestant d'une incapacité de travail totale de l'assurée ?
- b) Etes-vous d'accord avec l'avis du SMR du 23 novembre 2017 ?
20. Formuler un pronostic global. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables.
21. Faire toute remarque utile.
- E. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
- F. Réserve le fond.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le