



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1774/2019

ATAS/481/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 juin 2020

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CAROUGE, représentée par
ASSUAS association suisse des assurés

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née le _____ 1972, mariée, mère de trois enfants, nés respectivement le _____ 1997 et le _____ 1998 (jumelles), patrouilleuse scolaire auprès de la ville de Carouge depuis le _____ 2007, pour un taux d'activité de 25.24 %, a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 6 octobre 2015, pour maladie (dépression depuis 2014, avec tentamen médicamenteux en février 2015). Elle était suivie médicalement par le docteur B_____, spécialiste en médecine interne, auprès du CAPPI de la Jonction [HUG] (ci-après : CAPPI) depuis février 2014. Elle était en incapacité totale de travail depuis février 2015 et touchait des indemnités journalières de la ZURICH Assurances, assureur-maladie perte de gain de l'employeur.
2. Il ressortait de l'instruction de cette demande les éléments suivants :
 - Un rapport médical initial du Service des spécialités psychiatriques/programme TRE [troubles de la régulation émotionnelle] des HUG (docteur C_____, chef de clinique) du 27 juillet 2015 à l'assureur perte de gain maladie indiquant que ce service avait examiné l'assurée pour la première fois le 15 mai 2015. Anamnestiquement, l'assurée indiquait que son état psychique s'était détérioré depuis une intervention par un by-pass gastrique en 2009, l'ayant beaucoup perturbée d'un point de vue identitaire. En 2014, plusieurs événements stressants avaient eu lieu, d'une part le décès de sa belle-mère, une intervention pour stérilisation, une autre pour hernie lombaire et enfin un déplacement de poste dans son activité professionnelle. Depuis décembre 2014, l'assurée avait effectué plusieurs tentamen par abus médicamenteux et consommation d'alcool, l'un d'eux avait par ailleurs entraîné une embolie pulmonaire. C'est dans ce contexte qu'elle avait été prise en charge aux HUG, notamment au CAPPI, où elle suivait un programme intensif spécialisé dans la prise en charge des troubles de la personnalité borderline, consistant dans la fréquentation de l'hôpital de jour à raison de quatre jours par semaine, d'un suivi individuel et psychiatrique. S'y ajoutait un traitement médicamenteux. Les diagnostics retenus étaient : trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31); trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne. La capacité de travail (ci-après : CT) était nulle (0 %).
 - Un rapport du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne auprès du CAPPI, du 5 juin 2015, indiquait que l'activité professionnelle actuelle était limitée par la symptomatologie anxio-dépressive et la difficulté à gérer les émotions.
 - Un rapport médical du docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (CAPPI) du 27 janvier 2016 selon lequel les diagnostics invalidants retenus à ce moment-là étaient ceux de trouble dépressif récurrent depuis 25 ans (F33) et anxiété généralisée depuis 25 ans (F41.1); et sans effet

sur la CT celui de personnalité émotionnellement labile type borderline depuis 25 ans (F60.31). La patiente était toujours en incapacité totale de travail depuis février 2015, et toujours sous traitement dans le cadre de la prise en charge pharmacologique et psychothérapeutique intégrée. Ces mesures pouvaient permettre une amélioration de l'état psychique et allaient ainsi laisser espérer une augmentation du taux d'occupation. Un soutien actif de la part de l'OAI, avec bilan de compétences pourrait être un premier pas vers une mesure de réinsertion. La situation devrait être réévaluée une année plus tard.

- Un rapport d'expertise du 6 juin 2016 du docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Nyon, mis en œuvre par l'assurance indemnités journalières de l'époque (SWICA) : l'expert retenait les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, en rémission partielle (F32.2) et personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31); il ne reconnaissait par ailleurs aucun diagnostic sans incidence sur la CT. Il relevait notamment que la patiente présentait un trouble de personnalité de type borderline grave avec les mécanismes de défense archaïque projectifs importants. Il considérait comme nécessaire la poursuite du suivi psychiatrique sur une longue durée, tant sur le plan psychothérapeutique que médicamenteux. Selon lui, actuellement, la sévérité de l'état dépressif et de l'impulsivité présentée par l'expertisée lors de l'entretien, avait pour conséquence la persistance d'une CT nulle. L'expert relevait que l'intéressée ne souhaitait pas retourner travailler comme patrouilleuse scolaire et souhaitait s'orienter vers une reconversion professionnelle. Les rapports de travail avec ses supérieurs dans son ancien métier semblaient tendus, et l'interprétativité dont elle faisait preuve laissait penser qu'une reprise du travail dans de bonnes conditions fût illusoire.
- Un avis médical du 23 juin 2016, du docteur G_____ (SMR), proposait en conclusion, sur la base de l'examen du dossier médical, - ne contenant a priori pas encore le rapport d'expertise susmentionné -, d'interpeller le médecin en charge de l'intéressée au CAPPI pour solliciter un status psychiatrique actualisé depuis janvier 2016, en précisant quelle avait été l'évolution de l'état de santé depuis le début de l'année 2016, la nature du traitement, l'énumération des limitations fonctionnelles du point de vue strictement psychiatrique, dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée.
- Un rapport du 13 juillet 2016, du Dr E_____ du CAPPI répondant aux questions du SMR : en substance l'état psychique de la patiente était resté stationnaire, ayant toutefois connu des pics où elle pouvait se montrer davantage déprimée, anxieuse et impulsive, sans passage à l'acte suicidaire. Elle continuait à montrer une importante anxiété se manifestant par une tension interne, une irritabilité, des difficultés de contrôle des émotions avec impulsivité; ceci s'accompagnait de difficultés de concentration et de troubles mnésiques. Les troubles du sommeil étaient à l'origine d'une importante

fatigabilité. Sur le plan de la CT, du point de vue strictement psychiatrique, celle-ci était nulle en raison de la sévérité de l'état dépressif et de l'impulsivité actuelle, ce qui valait également par rapport à une activité adaptée.

- Un nouvel avis, du 13 septembre 2016, du SMR se prononçant, sur la base des renseignements obtenus et sur la base de l'expertise du Dr F_____ de juin 2016. Il retenait en conclusion que les avis du médecin traitant et de l'expert de l'assureur indemnités journalières étaient cohérents, que la prise de soins était appropriée; il retenait dès lors à son tour une incapacité totale de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, et proposait une révision un an plus tard.
 - Un rapport d'enquête ménagère (du 5 décembre 2016) qui concluait, sur le plan des activités habituelles dans le ménage à un empêchement pondéré sans exigibilité de 38.5 % et un empêchement pondéré avec exigibilité de 11.20 %.
3. Sur les bases qui précèdent, l'OAI avait émis un projet de décision du 6 décembre 2016 : selon les observations de l'office, sans problèmes de santé et limitations fonctionnelles, l'assurée travaillerait à 25 % dans son activité professionnelle habituelle de patrouilleuse scolaire, les 75 % restants correspondant à ses travaux habituels; d'après les éléments médicaux en sa possession, et l'étude de ces pièces par le SMR, l'OAI constatait qu'en raison de son atteinte à la santé, l'assurée était en incapacité de travail totale dans toute activité entrant en ligne de compte. Selon l'enquête ménagère diligentée à son domicile le 29 novembre 2016, concluant à une incapacité de 11.2 % dans l'accomplissement de son ménage, l'OAI concluait à un taux d'invalidité de 33.40 % sur les bases suivantes :

Domaine	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Activité lucrative	25 %	100 %	25 %
Ménage	75 %	11.20 %	8.40 %
Taux d'invalidité			33.40 %

ce qui conduisait au rejet de la demande, confirmé sur les mêmes bases par une décision du 27 janvier 2017, en dépit de la contestation du projet initial sur la base de la production d'un certificat médical du docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, qui contestait la CT dans les activités ménagères, fortement diminuée à raison d'une section à 80 % de l'extenseur commun des doigts de la main gauche, suturé le 8 décembre 2016; ce médecin remarquait par ailleurs que l'intéressée souffrait également d'une lésion de la branche superficielle du nerf radial et du nerf ulnaire. Il estimait sur ces bases qu'il était encore trop tôt pour pouvoir se prononcer sur la CT résiduelle à effectuer les tâches ménagères.

4. L'assurée ayant recouru contre cette décision, par courrier du 24 février 2017, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des

assurances sociales) avait toutefois, par arrêt du 29 mai 2017 (cause n° A/661/2017 - ATAS/414/2017), pris acte du retrait du recours par l'assurée, après consultation d'un avocat.

5. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 27 septembre 2017. Cette demande était motivée par un état de santé relevant de la maladie : dépression, borderline, avec automutilations avec et sans conscience. Elle était suivie par le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne auprès des HUG (CAPPI). Elle était par ailleurs en traitement depuis 2016 auprès du Dr H_____ pour des contrôles de prises de sang après by-pass gastrique. Elle était en incapacité totale de travail depuis février 2015 à ce jour. Elle avait en dernier lieu exercé l'activité de patrouilleuse scolaire pour la ville de Carouge, de février 2007 à février 2017.
6. Le Dr I_____ a établi un certificat médical en date du 23 novembre 2017. Il indiquait suivre la patiente au CAPPI depuis le 10 février 2015; la patiente présentait une péjoration importante de son état psychique ces derniers mois, avec notamment une augmentation des automutilations dans le contexte de ses troubles psychiques. Elle avait ainsi présenté à fin février (2017) une section complète du tendon d'Achille auto-induite dans un contexte d'épisodes dissociatifs. Les épisodes d'automutilations ces derniers mois avaient acquis un caractère dissociatif, ce qui était d'autant plus inquiétant. Dans ce contexte de péjoration de l'état psychique avec notamment une symptomatologie anxio-dépressive, elle avait débuté fin avril un suivi au programme de jour. Il était toujours en cours. La patiente relatait ne plus arriver à effectuer les tâches ménagères qu'elle faisait auparavant à son domicile : fatiguée, elle devait se reposer l'après-midi parfois durant 2 à 3 heures, et elle se rendait de plus, plusieurs fois par semaine aux différents groupes thérapeutiques du CAPPI, ce qui était nécessaire dans le contexte de ses difficultés psychiques. En plus de cette prise en charge psychiatrique, elle bénéficiait d'un traitement psychotrope (médication décrite). Au vu de ses troubles psychiques, la patiente était en incapacité de travail à 100 % et n'avait donc pas de travail. Dans ce contexte, elle présentait des difficultés au niveau financier, ce qui contribuait également à l'état psychique péjoré.
7. Par courrier du 19 février 2018, l'OAI a indiqué à l'assurée avoir examiné le droit à d'éventuelles mesures de réadaptation, mais aucune mesure de cette nature n'était possible actuellement, en raison de son état de santé. L'OAI examinait le droit à la rente.
8. Le 12 juin 2018, le SMR (doctoresse J_____) a émis un avis sur la nouvelle demande de prestations. Après avoir rappelé les constatations faites lors de la précédente demande de prestations (grave trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline décompensé [F60.31], trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère [F33.2]; incapacité durable de travail à 100 % depuis février 2015; CT exigible de 0 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée; limitations fonctionnelles durables : anxiété, difficultés de contrôle des émotions,

grande impulsivité avec passage à l'acte auto-agressif et auto-mutilatoire, difficultés relationnelles), le SMR a répondu négativement à la question de savoir si sur la base des éléments du dossier une aggravation durable et notable de l'état de santé était rendue plausible depuis les précédentes évaluations médicales : l'assurée présentait un sévère trouble de personnalité borderline connu depuis 25 ans, décompensé depuis février 2015, associé à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, qui entraînait d'importantes limitations fonctionnelles justifiant une incapacité totale et durable dans toute activité depuis février 2015. Lors de la première demande, le tableau clinique était dominé par une importante impulsivité et des difficultés de gestion des émotions, qui amenaient l'assurée à des actes auto-agressifs (expertise psychiatrique du Dr F_____ du 6 juin 2016). Lors du dépôt de la 2^{ème} demande, l'incapacité totale de travail se poursuivait depuis février 2015. Le psychiatre traitant ne retenait pas de nouveau diagnostic. Le trouble de personnalité borderline restait sévèrement décompensé, et dominait toujours la symptomatologie, avec la poursuite des automutilations (section du tendon du pouce gauche en novembre 2016; section du tendon extenseur des doigts et des branches superficielles des nerfs radial et cubital de la main gauche en décembre 2016; section du tendon d'Achille en février 2017). L'assurée présentait par ailleurs des facteurs de stress psychosociaux surajoutés (notamment des difficultés financières) qui contribuaient aux difficultés actuelles mais restaient étrangers à l'invalidité. Le tableau clinique et les limitations fonctionnelles actuelles étaient superposables à ce qui prévalait lors de la première demande. Ces atteintes avaient déjà été prises en compte pour attester une incapacité totale de travail durable dans toute activité lucrative, et reconnaître des empêchements dans la sphère ménagère. Dans ce contexte, on devait considérer que l'assurée n'avait pas rendu plausible une modification de son état de santé, et que les conclusions du SMR du 13 septembre 2016 restaient valables.

9. L'OAI a notifié à l'assurée un projet de refus de rente d'invalidité par courrier du 6 février 2019. En substance, après examen de la nouvelle demande de prestations, l'OAI concluait, sur la base des documents médicaux en sa possession, qu'il n'existait pas d'élément en faveur d'une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de l'office du mois de janvier 2017. Son taux d'invalidité était donc toujours de 33 % et ne lui ouvrait pas le droit à des prestations d'assurance-invalidité sous forme de rente. Pour le surplus, dans sa situation, le nouveau mode de calcul de la méthode mixte n'avait pas d'impact sur son degré d'invalidité, puisque son incapacité de travail était totale dans la sphère lucrative qui occupait le « 75 % » (recte : 25 %) de son temps.
10. Par courrier du 25 février 2019, l'assurée s'est opposée audit projet. Elle indiquait que les nouveaux éléments médicaux suivraient.
11. L'OAI a accusé réception de ce courrier, par lettre du 27 février 2019, attirant l'attention de l'assurée sur le fait qu'à défaut d'avoir reçu de ses nouvelles au

18 mars 2019, une décision identique au projet, susceptible de recours à la chambre des assurances sociales, serait rendue.

12. En date du 22 mars 2019, sans nouveaux éléments reçus dans le délai rappelé ci-dessus, l'OAI a rendu une décision identique au projet susmentionné.
13. L'assurée, représentée par un conseil, a recouru auprès de la chambre de céans, par mémoire du 8 mai 2019. Elle conclut à l'annulation de la décision de l'OAI du 22 mars 2019, et à l'allocation d'une rente entière d'invalidité. Elle reproche en substance à l'OAI de ne pas avoir reconnu l'aggravation de son état de santé depuis qu'avait été rendue la dernière décision lui refusant toutes prestations de l'assurance-invalidité en raison d'un taux d'invalidité insuffisant, du 27 janvier 2017, en force. Dans un second grief, elle reproche à l'intimé d'avoir arbitrairement fixé son statut d'assurée en tant que personne partageant son temps entre une activité professionnelle et la maison. Elle fait valoir en substance qu'elle a exercé son activité de patrouilleuse scolaire depuis 2007 à raison d'une semaine sur deux pour la ville de Carouge, ayant commencé cette activité lorsque ses enfants étaient âgés de 10 et 9 ans; puis, en raison de sa maladie, elle avait été mise en arrêt de travail total depuis 2014. Or ses enfants étaient actuellement âgés de 22 et 21 ans. Il ressortait en outre de l'expertise médicale réalisée en 2016 qu'elle aurait souhaité une reconversion professionnelle afin d'exercer une pleine capacité de travail conformément à ses limitations fonctionnelles. Dès lors on devait considérer que sans atteinte à la santé elle aurait exercé une activité professionnelle à plein temps. Ainsi, l'OAI aurait dû lui reconnaître un statut de personne active.
14. L'intimé a répondu au recours par courrier du 3 juin 2019. Il conclut à son rejet. C'est bien la décision du 27 janvier 2017, par laquelle l'OAI a refusé à la recourante le droit à la rente, décision devenue définitive, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. Les critères permettant d'établir le statut d'un assuré pouvant avoir une influence sur le droit à la rente, devront être examinés lors d'une révision. Selon la jurisprudence, la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend également de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles. Une simple déclaration d'intention de l'assuré ne saurait toutefois suffire pour admettre son statut. En effet, cela reviendrait à devoir fonder une décision sur un revenu hypothétique : quel que soit le taux, la preuve de la vraisemblance est dès lors réputée avoir été apportée ici, au regard du dossier; l'administration aboutit à la certitude que selon toute vraisemblance l'assurée aurait repris l'activité lucrative indiquée. En l'espèce, en 2016, il ressortait du rapport d'enquête effectuée au domicile de l'assurée que « sans atteinte à la santé, l'assurée aurait continué à travailler comme patrouilleuse scolaire à 25 %. Ce taux d'activité lui convenait et elle appréciait son travail ». Il n'existe depuis lors aucun indice ou fait justifiant un changement de statut familial, ni de recherche d'emploi; ses enfants étaient déjà adolescents au moment où la première décision a été rendue. La reconversion souhaitée, selon l'expert psychiatre, tient à la

nature du travail, non pas à son taux d'activité : « à l'évocation de retourner travailler comme patrouilleuse, Mme ... pense qu'elle manquerait d'attention au travail et surtout craint l'aspect impulsif et agrée de sa personnalité, qui pourrait s'exprimer de manière violente sur les automobilistes » (rapport d'expertise page 7). En l'absence de changement notable, soit dans l'état de santé de l'assurée, soit dans les conséquences de celui-ci sur sa capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels, c'est à juste titre que l'OAI n'avait pas effectué de nouvelle enquête ménagère, et que le statut n'avait pas été modifié.

15. La recourante a brièvement répliqué par courrier du 27 juin 2019. Elle persiste dans ses conclusions. Concernant le statut d'assurée, rappelant la jurisprudence relative à la « déclaration de la première heure » en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, elle indique que lors de l'expertise psychiatrique elle avait indiqué à l'expert, s'agissant de son activité professionnelle, qu'elle ne désirait plus reprendre un emploi de patrouilleuse, mais souhaitait une reconversion professionnelle parce que les rapports dans son ancien métier semblaient tendus. Elle observait également qu'avant la survenance de sa maladie, jusqu'à 2007 elle avait travaillé à 100 % en tant qu'assistante dentaire, même si ses enfants étaient encore âgés de moins de 10 ans. Elle s'était fait licencier en raison du fait que, selon ses dires, la dentiste qui l'employait ne souhaitait plus qu'elle ait des contacts directs avec la clientèle. Elle persiste à considérer par rapport au complément d'information apporté, avoir ainsi démontré que l'OAI serait tombé dans l'arbitraire et aurait manifestement constaté les faits importants de manière inexacte.
16. L'intimé a persisté dans ses conclusions par courrier du 29 juillet 2019, la recourante n'apportant rien de nouveau dans ses dernières écritures.
17. La chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 25 novembre 2019 :

La recourante a déclaré : « Il est vrai que j'ai déposé ma deuxième demande de prestations à la fin de l'été 2017 quelques mois après avoir retiré mon recours, et donc après l'entrée en force de la précédente décision qui me refusait le droit aux prestations de l'AI. Il est vrai que déjà dans le cadre de la première demande il avait été conclu à mon incapacité totale de travail. S'agissant de l'aggravation de mon état de santé depuis la première décision, j'indique que j'ai un peu plus sombré encore dans la dépression, d'une part, mais d'autre part, les médicaments que je prenais avaient un effet soporifique de sorte qu'il apparaissait difficile de pouvoir faire traverser les enfants sans risque, dans le cadre de ma profession de patrouilleuse scolaire. Du reste j'ai été licenciée à fin juin 2017. D'autre part, mon état de santé s'est encore aggravé du fait que j'ai commencé, avec un premier épisode à fin 2017, à m'automutiler. Cela survient à un rythme d'à peu près une fois tous les trois mois. Je confirme avoir un fils, qui est actuellement âgé de 22 ans et deux filles jumelles âgées de 21 ans. Ils habitent tous les trois encore à la maison. Ils travaillent tous pendant la journée. Mon fils est à l'école HES de soins infirmiers en 3ème année, ma première jumelle est en apprentissage d'assistante en soins communautaires

(K____) et la troisième (L____) qui est en apprentissage d'assistante vétérinaire. Ils s'occupent chacun de leurs affaires et de leurs chambres. C'est moi qui leur prépare à manger avec l'aide de mon mari. Je fais plus en quantités pour que les enfants puissent avoir à manger le lendemain à midi. Mon époux est mécanicien sur machines de chantier en tant que salarié. Pour ce qui est de mon occupation durant la journée, hormis la préparation des repas dont j'ai parlé, j'allais jusqu'à ces derniers temps trois fois par semaine, le matin, au CAPPI de la Jonction. Ces derniers jours, mes soignants du CAPPI ont décidé de m'orienter vers une autre structure : je dois prendre contact avec le TRE (spécialisé dans les troubles du comportement) dans le cadre des HUG. Je ne sais pas quel sera le rythme de mes consultations au TRE, mais je serai fixée après le rendez-vous que je dois prendre avec eux. Hormis les jours où je me rends à l'hôpital de jour, je reste à la maison car j'ai des peurs de sortir de chez moi. J'ai peur d'être agressée. Je ne dirai pas nécessairement être agressée physiquement, mais, ayant subi de telles agressions dans mon enfance, il se trouve que ces dernières années j'ai souvent été suivie par des types, en voiture, qui me proposaient d'aller faire des tours en voiture avec eux. Lié à ce qui m'est arrivé étant plus jeune, cela alimente mes peurs donc je reste le plus souvent possible chez moi. Certes je sors tout de même, notamment au moins deux fois par semaine pour aller à la pharmacie. J'y vais avec mon semainier que l'on me remplit des doses de médicaments que je dois prendre quotidiennement, chaque fois pour trois jours. Lorsque je sors, je me mets comme dans une bulle, pour tenter de dominer ma peur d'affronter le regard des gens. Aussi, j'essaie de me rendre au supermarché pour faire mes emplettes. En revanche le gros des commissions, je les fais avec mon mari, en général le jeudi soir ou le samedi. Pour le reste de mon emploi du temps, pendant la journée, je dois quotidiennement me reposer. En fait, je me couche à midi et je m'endors vers 13h, jusqu'à 16h – 16h30. En effet, je dois également prendre des médicaments pour dormir le soir, et je dors mal la nuit, notamment en raison de cauchemars. S'agissant de mes automutilations, je dois dire que je ne maîtrise pas mes actes, lorsque je passe à l'action. Juste avant, j'ai une sorte de vide, je ne me souviens plus de ce qui s'est passé au moment où je me réveille – car cela se passe généralement pendant la sieste de l'après-midi – je m'aperçois que j'ai un bandage, soit au talon (parce qu'il m'est arrivé de m'automutiler au talon d'Achille), soit sur la main gauche. En fait c'est moi-même qui pose ces bandages, à ce moment-là, sans en être consciente. J'ai d'ailleurs, à force de me mutiler au même endroit, perdu toute sensibilité de sorte que la douleur ne me fait pas sortir de mon état. Je confirme qu'à l'époque de l'enquête économique sur le ménage j'avais bien indiqué à l'infirmière-enquêtrice que, sans l'atteinte à la santé, j'aurais continué d'exercer mon activité de patrouilleuse scolaire à 25%, car le salaire me convenait, j'aimais mon travail et d'un autre côté mon mari venait également d'être augmenté. Si je n'étais pas tombée malade, ce serait toujours comme ça aujourd'hui. Pour répondre à une question de mon conseil, il est vrai lorsqu'elle m'avait posé la question en examinant le dossier, dans le cadre de la préparation du recours, je lui avais dit qu'à l'époque le métier de patrouilleuse

scolaire ne me convenait plus, mais il est vrai que j'ai expliqué cela dans le contexte où cette problématique s'inscrivait dans le cadre de mon atteinte à ma santé. Ce que j'ai dit précédemment est toujours valable, mais je dois encore relever que dans le cadre de ma demande de prestations AI, j'avais non seulement sollicité une rente, mais également des mesures professionnelles – car j'avais tout de même envie de reprendre une activité – mais on me les a refusées. Vous me posez la question de savoir ce qui m'aurait intéressée : je vous réponds, par exemple, que travailler dans une onglerie m'aurait bien intéressée. Si l'on m'avait proposé un taux d'activité supérieur à 25%, même jusqu'à un plein temps, je l'aurais accepté. S'agissant de l'évolution de mes capacités à accomplir mes travaux habituels, mes difficultés ont commencé pratiquement en même temps que la maladie, soit en 2015. Mais au début j'arrivais encore par rapport à mes tâches administratives, à gérer à peu près normalement celles-ci, mais ceci s'est détérioré petit à petit. Il est vrai que mon mari m'aide dans ce domaine. Dans les autres domaines mon mari et mes enfants m'aident également, car je ne fais plus du tout de ménage, le strict minimum pour ce qui est de la lessive. En effet, mes enfants ne participent pas au loyer, mais malgré leurs petits revenus, c'est eux qui prennent en charge leurs primes d'assurance-maladie. Ils contribuent donc dans la tenue du ménage. Je dois dire encore que depuis un certain temps, j'ai le sentiment de me négliger par rapport à mon hygiène corporelle notamment. Vous me demandez depuis quand j'ai cette impression et si j'ai besoin que quelqu'un m'aide. Non, je ne fais appel à personne ».

Le conseil de la recourante, a déclaré : « Vous me demandez si j'ai évoqué cette problématique avec ma cliente : je confirme en effet avoir discuté de tout cela avec elle, mais également à travers les rapports médicaux. Notamment la pièce 7 recourante. Vous me faites observer qu'il n'y a pas trace de ces problématiques dans le certificat médical du Dr I_____. C'est exact mais cela faisait partie de la discussion que j'ai eu avec ma cliente au sujet de la détérioration générale de sa capacité à accomplir ses tâches quotidiennes et de son image de soi ».

La recourante a repris : « Pour répondre à votre question, nous n'avons pas vraiment de vie sociale avec mon mari, en ce sens que nous ne sortons jamais avec des amis, ni n'en recevons à la maison. S'agissant d'internet et de la fréquentation des réseaux sociaux notamment, pour ce qui est de WhatsApp, les seules personnes avec qui je suis en contact sont les membres de ma famille (mon mari et mes enfants, mon beau-frère, ma belle-sœur voire mon frère, mais cela s'arrête à peu près là). S'agissant de Facebook, je n'y vais désormais que pour des jeux, car je me suis aperçue petit à petit que certains messages qui étaient publiés provoquaient des réactions de ma part par rapport à ma problématique de santé, certains de ces messages pouvant déclencher des crises, raison pour laquelle mon mari ne veut plus que j'aille sur Facebook. Je regarde des fois les vidéos de tutoriels qui sont publiées sur YouTube notamment pour m'adonner à des activités comme le crochet ».

Madame M_____, pour l'OAI, a déclaré : « Pour répondre à votre question, à supposer que l'on doive considérer que l'expertise du Dr F_____, antérieure à la

nouvelle jurisprudence appliquant désormais à toute affection psychique les principes d'une approche structurée à l'aide des indicateurs jurisprudentiels, il apparaît qu'une nouvelle expertise ne pourrait pas apporter d'éléments nouveaux par rapport à la capacité de travail d'ores et déjà nulle lors de la première décision. Se poserait le cas échéant la question par rapport aux travaux habituels, mais a priori, je ne vois pas quels éléments du dossier montreraient une aggravation de ce contexte, et, pas non plus de contradiction par rapport aux constatations de l'enquête ménagère. Je relève également que les automutilations existaient déjà en 2014 et en 2015 et que la dépréciation de l'image de soi est un des symptômes qui s'attachent au diagnostic de personnalité borderline, acquise et prise en compte dans la décision entreprise ».

Les parties ont conclu : « Nous n'avons plus d'actes d'instruction à solliciter et persistons dans nos conclusions respectives ».

18. 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. 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^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} 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. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations, plus particulièrement à la rente, de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir si c'est à juste titre qu'après être entré en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée le 27 septembre 2017, l'OAI a rejeté la seconde demande, considérant

qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé depuis la précédente décision du 27 janvier 2017 par laquelle il avait nié le droit de la recourante à une rente, en raison d'un degré d'invalidité insuffisant.

5. a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201). 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, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 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). 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).

b. Le fait que l'administration procède d'elle-même à des investigations supplémentaires ne signifie pas encore qu'elle soit entrée en matière (cf. parmi d'autres les arrêts du Tribunal 8C_531/2013 du 10 juin 2014 consid. 4.2.4 et 8C_844/2012 du 5 juin 2013 consid. 2.1 et les références). En revanche, dans un arrêt du 14 juin 2017, le Tribunal fédéral a considéré que lorsque l'administration souhaite connaître l'avis du SMR quant à l'existence d'une éventuelle péjoration mais que celui-ci estime ne pas être en mesure de se prononcer sur la base des documents déposés à l'appui de la nouvelle demande de prestations et entend encore obtenir des précisions de la part des médecins traitants, il fait clairement état de doutes quant au caractère plausible d'une détérioration de la situation.

Cependant si le SMR recommande néanmoins de poursuivre l'instruction de la cause en recueillant les avis des différents médecins traitants sur la base desquels il admet ensuite de façon explicite qu'il y pas de modification de l'état de santé, il s'agit d'une conclusion qui porte sur l'existence - en soi - de l'aggravation et non sur sa plausibilité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2017 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c. En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, pour en définitive la rejeter, faute d'aggravation de l'état de santé, de sorte que la question de l'entrée en matière n'est pas litigieuse; le contrôle par l'autorité judiciaire n'est donc pas nécessaire (ATF 109 V 108 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

6. a. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle : une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

b. 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 propres 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).

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).

c. En l'espèce, le point de départ temporel est bien la décision du 27 janvier 2017, entrée en force après le retrait du recours que l'assurée avait interjeté à son encontre (voir ci-dessus En fait ad ch.4 [ATAS/414/2017 du 29 mai 2017]).

d. À juste titre, la recourante ne soutient pas que les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale seraient réunies en l'espèce.

7. 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).

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. 28 al. 2 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

8. a. 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.

b. 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).

9. 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 - respectivement d'une détérioration - 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. À 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.

a. 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).

b. 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).

c. 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).

d. 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. À 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).

10. En l'espèce, on rappellera que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, notamment en raison du fait que l'examen du dossier, à ce stade-là, repose sur des exigences moindres (la plausibilité d'une aggravation de l'état de santé ne posant pas encore l'exigence usuelle en matière d'assurances sociales de vraisemblance prépondérante). Ce degré d'exigence doit en revanche être atteint, lorsque l'OAI, étant entré en matière, procède à l'instruction proprement dite de la demande. Or, dans ce contexte, il y a lieu de tenir compte du temps qui s'est écoulé entre la nouvelle demande et la dernière décision entrée en force, respectivement les circonstances générales du cas particulier.

Il convient dès lors de garder à l'esprit le point de départ de la comparaison de l'évolution de l'état de santé, soit la situation qui prévalait au moment de la décision du 27 janvier 2017. Celle-ci reposait sur des renseignements médicaux récents, à savoir le rapport d'expertise psychiatrique de début juin 2016, suivi par plusieurs appréciations médicales successives, émanant tant du SMR que des médecins traitants, et sur l'examen de la situation socioprofessionnelle et l'appréciation de la capacité de l'assurée à accomplir ses tâches ménagères fin novembre - début décembre 2016. Or, l'assurée a présenté sa nouvelle demande de prestations quatre mois à peine après avoir retiré en toute connaissance de cause, le recours qu'elle avait interjeté contre la décision du 27 janvier 2017.

On rappellera en outre que s'agissant de la CT de l'assurée, la décision initiale du 27 janvier 2017 retenait qu'en raison de son atteinte à la santé, l'intéressée était en incapacité totale de travail « dans toute activité entrant en ligne de compte », par quoi il faut comprendre que cette incapacité était totale tant dans l'activité habituelle de patrouilleuse scolaire, que dans toute autre activité (adaptée).

Dans ce contexte, dès lors, quand bien même le Dr I_____ affirme, dans son certificat médical du 23 novembre 2017, que la patiente présente, ces derniers mois, une péjoration importante de son état psychique avec notamment une augmentation des automutilations dans le contexte de ses troubles psychiques, il n'apporte pas d'éléments probants, nouveaux par rapport à ce qui avait déjà été pris en compte dans l'état de santé de sa patiente, ayant conduit à la décision du 27 janvier 2017. L'essentiel de ce certificat médical est centré sur la question de la CT, le médecin indiquant que sa patiente est en incapacité de travail à 100 % au vu de ses troubles psychiques, et n'a donc pas de travail; évoquant encore des difficultés financières péjorant son état psychique.

Ainsi, s'agissant de la CT, la question d'une éventuelle aggravation de l'état de santé n'aurait quoi qu'il en soit aucune incidence dès lors qu'elle était déjà nulle au début 2017, et vraisemblablement antérieurement.

On rappellera en outre que l'invalidité 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). Ainsi la question de savoir si l'aggravation de l'état de santé alléguée a été démontrée peut demeurer indécise, dans la mesure où même en présence d'une aggravation de l'état de santé elle n'aurait aucun effet sur la capacité de gain de l'assurée.

11. a. S'agissant des tâches ménagères, soit de la capacité de l'assurée d'accomplir ses travaux habituels à la maison, le Dr I_____ rapporte, dans son certificat médical du 23 novembre 2017, que la patiente relate ne plus arriver à effectuer les tâches ménagères qu'elle faisait auparavant à son domicile. Elle explique notamment qu'en raison d'une fatigue elle doit se reposer l'après-midi parfois durant 2 à 3 heures, et qu'elle se rend également plusieurs fois par semaine aux différents groupes thérapeutiques du CAPPI qui sont actuellement nécessaires dans le contexte de ses difficultés psychiques. Ce faisant, le médecin traitant ne fait que répercuter les déclarations subjectives de sa patiente, sans indiquer de façon objective en quoi l'on devrait admettre qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée affecterait sa capacité à effectuer les tâches ménagères, par rapport à ce qu'elle faisait antérieurement, et en somme en quoi les constatations faites à l'époque par l'infirmière spécialisée dans le cadre de l'enquête ménagères (décembre 2016) ne seraient plus actuelles.

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

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 à 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). À ce sujet on rappellera d'une part que 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 d'autre part que 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 déjà cité et 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).

Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

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

c. En l'espèce, aucun élément du dossier ne permet de rendre vraisemblable, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé de la recourante se soit aggravé depuis la décision du 27 janvier 2017, en tout cas au point d'influer sur la capacité de l'intéressée, à accomplir ses travaux habituels.

D'ailleurs, entendue en comparution personnelle, la recourante a confirmé que ses trois enfants (son fils et ses deux filles jumelles) respectivement âgés de 22 et 21 ans, habitent encore tous les trois au domicile familial. Le fils aîné étudie à l'école HES de soins infirmiers, en 3^{ème} année, l'une de ses jumelles étant apprentie assistante en soins communautaires, et la seconde, apprentie assistante vétérinaire. Elle a confirmé en substance qu'elle leur préparait à manger, avec l'aide de son mari, en s'étant au domicile organisée pour faire plus en quantité, le soir, pour que les enfants puissent avoir à manger le lendemain à midi; que ces derniers s'occupent de leur chambre et de leurs propres affaires, de sorte que, de ce point de vue, la situation apparaît inchangée par rapport à décembre 2016, l'aide des membres de la famille et des proches étant non seulement exigible mais effective. Elle confirme également qu'elle n'a pas besoin de faire appel à l'aide d'une tierce personne pour l'aider, et montre que globalement elle arrive à s'organiser, quand bien même ses capacités à accomplir les tâches ménagères sont réduites depuis son atteinte à la santé, antérieure à la décision de référence du 27 janvier 2017.

C'est à juste titre qu'au vu des éléments du dossier l'intimé n'a pas procédé à une nouvelle enquête ménagère.

La chambre de céans considère ainsi que sous l'angle de l'accomplissement de ses tâches ménagères, représentant le 75 % de ses activités dans le cadre du statut mixte confirmé par la décision entreprise, la situation reste identique à celle qui prévalait en janvier 2017 en tout cas.

12. Il résulte donc de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé, aux termes de l'instruction de la nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, a considéré que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas aggravé depuis la dernière décision en force.
13. Enfin, la recourante tente de soutenir que cela serait à tort que l'intimé aurait confirmé le statut mixte déterminé lors de la décision du 27 janvier 2017, et ne lui aurait pas reconnu, dans la décision entreprise, un statut de personne active, alléguant qu'elle aurait exercé une activité professionnelle à plein temps, si son état de santé le lui avait permis. Il convient dès lors d'examiner si la situation a changé depuis la précédente évaluation.

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 RAI 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; voir également sur ces questions Dupont Moser-Szeless [éditrices] Commentaire de la loi sur la partie générale des assurances sociales Helbing Lichtenhahn 2018 ad art. 17 notes 17 et 18).

En l'espèce, la recourante ne saurait être suivie. Son argumentation tend en effet et en substance à remettre en cause les conclusions auxquelles l'OAI était parvenu, en janvier 2017, aux termes de l'instruction de la première demande de prestations; or ce n'est évidemment pas le but du système légal régissant la révision au sens de l'art. 17 LPGA. Conformément au principe de jurisprudence rappelé précédemment, l'intimé a en effet confirmé implicitement le statut mixte prévalant lors de la décision du 27 janvier 2017, observant que le nouveau mode de calcul de la méthode mixte n'avait pas d'impact sur son degré d'invalidité, dès lors que son incapacité de travail était totale dans la sphère lucrative qui occupait, selon le statut retenu, le « 75 % » (en réalité on comprend bien qu'il s'agissait d'une erreur de plume, l'OAI visant en effet le taux de 25 % concernant la part active du statut mixte retenu et inchangé).

En effet, l'intimé a à juste titre rappelé qu'il ressortait du rapport de l'enquête effectuée en 2016, que sans atteinte à la santé l'assurée aurait continué à travailler comme patrouilleuse scolaire à 25 %, ce taux d'activité lui convenant, d'autant qu'elle appréciait son travail.

Entendue en comparution personnelle par la chambre de céans, elle a confirmé qu'à l'époque de l'enquête économique sur le ménage elle avait bien indiqué à l'infirmière-enquêtrice que, sans l'atteinte à la santé, elle aurait continué d'exercer son activité de patrouilleuse scolaire à 25 %, que le salaire lui convenait, qu'elle aimait son travail et que d'un autre côté son mari venait également d'être augmenté. Elle a expressément confirmé que si elle n'était pas tombée malade, elle aurait continué à exercer son activité de patrouilleuse scolaire au taux qu'elle exerçait avant l'atteinte à la santé. Répondant à une question de son conseil, dans le cadre de la préparation du recours, elle lui avait indiqué qu'à l'époque le métier de patrouilleuse scolaire ne lui convenait plus, mais ceci dans le contexte de son atteinte à la santé. Elle a toutefois une nouvelle fois confirmé que ce qu'elle avait dit précédemment était toujours valable. Elle relevait que dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, elle avait également sollicité des mesures professionnelles, car elle avait tout de même envie de reprendre une activité, et que, si l'intimé lui avait consenti ces mesures et qu'un poste comme une activité dans une onglerie lui avait été proposé, elle aurait accepté une activité à un taux supérieur à 25 %, même jusqu'à un plein temps. Or, une telle affirmation n'est pas suffisante au regard des principes de jurisprudence rappelés précédemment, d'autant qu'au vu de l'état de santé retenu, déjà lors de la décision du 27 janvier 2017, une incapacité de travail totale dans toute activité était retenue ; on voit mal dans ces conditions qu'alléguant une aggravation de son état de santé depuis lors, elle puisse sérieusement prétendre avoir souhaité reprendre une activité, dans un autre domaine que celui de patrouilleuse scolaire, à un taux supérieur à 25 %, pouvant aller jusqu'à un plein temps.

On observera encore et finalement que la jurisprudence « Di Trizio » ne lui serait de toute manière pas applicable, et elle ne le soutient pas sérieusement, ceci à juste

titre. En effet, au moment où elle a débuté son activité de patrouilleuse scolaire, en 2007, ses enfants étaient âgés de 10 et 9 ans; au moment de l'atteinte à la santé, ils étaient déjà adolescents; et comme rappelé précédemment, sans atteinte à la santé à ce moment-là, elle aurait continué son activité à 25 %, et ceci sans lien avec ses responsabilités de mère. Dès lors, le fait que les enfants soient aujourd'hui âgés de 22 et 21 ans, ne constitue de toute manière pas une circonstance dont on devrait déduire un changement dans sa situation familiale qui l'aurait conduit à augmenter son taux de travail, sans atteinte à la santé.

14. Ainsi, en tous points mal fondé, le recours doit être rejeté.
15. 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

Véronique SERAIN

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