

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2161/2013

ATAS/241/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 février 2014

9ème Chambre

En la cause

Madame D _____, domiciliée aux AVANCHETS,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry
STICHER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente; Maria Esther
SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame D_____ (ci-après l'assurée), née en 1954 au Kosovo, est arrivée en janvier 1991 en Suisse et s'est occupée de ses six enfants nés entre 1978 et 1990.
2. Le 11 avril 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI).
3. Par rapport du 19 janvier 2004, le Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et des troubles somatoformes. Sa patiente présentait notamment une humeur déprimée, des troubles du sommeil, de la fatigue, des angoisses et un manque d'envie de faire les tâches quotidiennes. Elle était suivie depuis avril 2003 et ne présentait pas une évolution favorable.
4. A la demande de l'OAI, le Dr M_____ et la Dresse N_____, spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont, par rapport du 1^{er} mai 2005, diagnostiqué un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F33.1, chronique) et une agoraphobie avec trouble panique (F40.01). Les limitations étaient importantes en raison de l'état dépressif (troubles de la concentration et de la mémoire, manque d'initiative, clinophilie, aboulie) et de l'agoraphobie. L'assurée avait des difficultés à initier et à organiser les tâches ménagères qu'elle abandonnait parfois en cours. Elle n'était pas capable de faire les courses en raison de son anxiété anticipatoire et de ses phobies. Ses troubles attentionnels et mnésiques risquaient de lui faire commettre des erreurs fâcheuses. Sa capacité dans l'activité de femme au foyer était réduite de manière significative à 50%. Elle pouvait accomplir des tâches simples avec des consignes précises et, pour certaines d'entre elles, sous la surveillance de ses proches (cuisine, ménage). Ses troubles lui interdisaient l'exercice d'une activité professionnelle. L'incapacité de travail existait depuis 1997.
5. Par avis du 28 septembre 2005, le Dr O_____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après le SMR), a indiqué que les limitations fonctionnelles étaient de nature à empêcher toute activité lucrative et généraient un empêchement ménager de 50%. Vu le statut de ménagère à plein temps de l'assurée, il convenait d'effectuer une enquête ménagère.
6. Le 14 novembre 2005, une enquête économique sur le ménage a été effectuée concluant à un empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels de 40,2% depuis 1997. Les handicaps dans le ménage étaient importants, malgré l'exigibilité pour les proches à contribuer à la réduction du dommage. Les travaux que l'assurée ne pouvaient plus accomplir étaient effectués par ses filles et sa belle-fille qui vivaient avec l'assurée.
7. Par décision du 4 mai 2006, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'un quart de rente dès le 1^{er} avril 2002 en raison de l'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels de 40% depuis 1997. La révision du droit à la rente était prévue pour le 30 novembre 2009.

8. Le 18 décembre 2009, l'assurée a déposé une demande d'augmentation de rente en raison notamment de troubles de la vue.
9. Par pli du 22 décembre 2009, l'OAI a informé l'assurée que depuis le 17 décembre 2009, la procédure de révision d'office du droit à la rente était en cours, de sorte qu'il ne pouvait donner suite à sa nouvelle demande de prestations.
10. Par questionnaire pour la révision de la rente du 4 janvier 2010, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était aggravé suite à un accident survenu en octobre 2009, entraînant une perte de la vue bilatérale.
11. Par rapport du 15 février 2010, la Dresse P_____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a notamment relevé que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé et qu'elle était suivie par le Dr Q_____, spécialiste FMH en ophtalmologie.
12. Par rapport du 18 février 2010, le Dr Q_____ a indiqué que l'assurée présentait une aggravation depuis octobre 2009, soit une rétinopathie diabétique proliférante, une cataracte traumatique bilatérale et un hémato vitré. Suite à l'opération de la cataracte des deux côtés et à une vitrectomie, une légère amélioration était en cours. Le médecin a noté à titre de limitations fonctionnelles que l'assurée ne devait pas faire d'efforts.
13. Par communication du 19 février 2010, l'OAI a expliqué à l'assurée que son degré d'invalidité n'avait pas changé, de sorte qu'elle continuait à bénéficier d'un quart de rente.
14. Le 2 mars 2010, l'assurée a contesté la position de l'OAI. Les rapports justifiant un changement de diagnostic seraient adressés à l'OAI.
15. Par pli du 8 mars 2010 à l'assurée, l'OAI a annulé sa communication du 19 février 2010 et a repris l'instruction du dossier.
16. Par avis du 25 juin 2010, le Dr R_____, médecin auprès du SMR, a estimé que des rapports médicaux étaient encore nécessaires.
17. Par rapport reçu le 4 octobre 2010 par l'OAI, la Dresse S_____, spécialiste FMH médecin praticienne, a indiqué que sa patiente, qu'elle suivait depuis janvier 2010, présentait un trouble dépressif persistant (F32). En raison de la fatigue et des insomnies, l'assurée ne pouvait suivre les tâches.
18. Par rapport du 7 octobre 2010, le Dr Q_____ a rappelé les diagnostics posés et indiqué que l'évolution était lentement favorable. L'assurée était encore en cours de traitement. Son incapacité de travail était totale depuis septembre 2009 vu ses performances visuelles et aucune activité adaptée ne pouvait être envisagée. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assurée ne devait pas faire d'efforts. S'agissant de l'influence des diagnostics sur la capacité de travail, il renvoyait l'OAI à la Dresse P_____.

19. Le 7 décembre 2010, l'OAI a reçu deux rapports établis respectivement le 20 mai 2010 par le Dr Q_____ et le 30 septembre 2010 par le Prof. T_____, spécialiste FMH en ophtalmologie. Le Dr Q_____ a indiqué avoir examiné l'assurée pour la première fois le 7 octobre 2009. Elle présentait une cataracte traumatique bilatérale causée par un airbag lors d'un accident de voiture. Accessoirement, une rétinopathie diabétique proliférante avait été découverte également. Sa vision se limitait alors au mieux à 0.4 à droite et à une numération digitale à gauche. Il l'avait opérée de la cataracte à l'œil gauche le 19 octobre 2009 et à l'œil droit le 7 décembre 2009. Le 18 janvier 2010, il avait pratiqué une vitrectomie à l'œil gauche pour un problème d'hématovitré et une injection le 14 avril 2010 pour un œdème maculaire persistant. Il avait également effectué une panphotocoagulation bilatérale pour la rétinopathie. L'assurée avait récupéré une meilleure vision corrigée 1.0 à droite et 0.6 à gauche, mesurée le 20 mai 2010. La pupille était légèrement ex-centrée nasalement à droite et il existait une importante mydriase à gauche irréductible, à l'origine d'une photophobie gênante. Le Prof. T_____ a, quant à lui, indiqué notamment qu'en date du 15 juin 2010, l'assurée présentait une acuité visuelle de 0.7 à droite et 0.6 à gauche.
20. Par rapport du 31 mai 2011, le Dr Q_____ a noté que la rétinopathie avait évolué et le pronostic était réservé. Le traitement de la rétinopathie diabétique était encore en cours. Les limitations fonctionnelles étaient dues à son état de santé général et à sa fonction visuelle réduite.
21. Par rapport du 11 juillet 2011, la Dresse U_____, spécialiste FMH en médecine générale, a notamment relevé que sa patiente, qu'elle suivait depuis avril 2011, présentait un diabète avec des complications oculaires entraînant une baisse progressive et irréversible de l'acuité visuelle. Le pronostic était défavorable.
22. A la demande de l'OAI, l'assurée a été soumise à une expertise ophtalmologique effectuée par la Dresse V_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et le Dr M. W_____, chef de clinique de l'HOPITAL OPHTALMIQUE JULES-GONIN. Après avoir examiné l'assurée les 10, 27 février et 23 mars 2012, les experts ont, par rapport du 23 juillet 2012, diagnostiqué, avec une répercussion sur la capacité de travail, des deux côtés, une rétinopathie diabétique proliférative avec status post-photocoagulation maculaire et périphérique, maculopathie diabétique avec œdème maculaire œil droit, une cataracte secondaire débutante des deux côtés et un status post-contusion oculaire 2009 des deux côtés.

L'assurée se plaignait d'une baisse de l'acuité visuelle depuis 2009, une vision fluctuante, d'éblouissements et parfois d'une diplopie, ainsi que d'une douleur au niveau du bord inférieur de l'orbite gauche. Le 20 mai 2010, le Dr Q_____ avait constaté une acuité visuelle de 1.0 à droite et de 0.6 à gauche. Le 30 septembre 2010, le Prof. T_____ avait constaté une acuité visuelle de loin avec sa correction de 0.7 à droite et de 0.6 à gauche.

Les experts ont expliqué que malgré les différents traitements prodigués depuis l'accident en 2009, l'assurée souffrait d'une vision fluctuante avec une réduction importante de son acuité visuelle, une limitation du champ visuel, d'un éblouissement ainsi que d'une diplopie monoculaire. Vu le syndrome métabolique avec plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire, une future aggravation de la maculopathie et rétinopathie diabétique semblait probable.

S'agissant des limitations fonctionnelles, les experts ont estimé qu'une vision fluctuante avec acuité visuelle de 0.3 à 0.4 rendait difficile les travaux nécessitant une bonne acuité visuelle. Dans l'activité de femme au foyer, les troubles visuels pouvaient avoir une certaine influence dans le sens que les travaux ne pouvaient pas être effectués avec la même vitesse. L'acuité visuelle constatée n'excluait par contre pas les travaux de ménage usuels. L'activité de femme au foyer était encore exigible sans limite, tenant en compte le fait que les travaux nécessitaient plus de temps.

23. Par avis du 30 août 2012, le Dr A_____, médecin auprès du SMR, a relevé que selon l'expertise, les troubles visuels pouvaient avoir une certaine influence sur la rapidité d'exécution des travaux à effectuer en tant que femme au foyer. Cette activité était donc encore possible, mais elle nécessitait plus de temps. Une expertise psychique était encore nécessaire pour délimiter l'exigibilité.
24. Le 23 octobre 2012, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI.
25. A la demande de l'OAI, par rapport du 25 février 2013, le Dr B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, probablement d'intensité moyenne, actuellement compensé à un niveau de dysthymie (F33.4). Il a estimé que l'assurée présentait toujours et effectivement une diminution de sa capacité de travail en tant que ménagère de 40%, sans diminution de rendement. L'expert admettait que pour un certain nombre d'actes, en première ligne la cuisine et la préparation des repas, l'assurée avait effectivement des problèmes à les assumer. Les limitations consistaient en une lenteur, des fluctuations d'humeur, une tendance anhédonique, un élan vital réduit et de l'irritabilité.

L'expert a relevé que les capacités cognitives en elles-mêmes étaient proches de la normalité. Contrairement aux observations antérieures, l'assurée était très précise concernant sa biographie, l'évocation de sa fratrie, de ses enfants et petits-enfants. Il n'avait pas constaté de fatigue générale, ni de difficultés majeures de concentration, d'attention, de mémoire, ni de symptômes de la lignée psychotique et l'assurée n'était pas en proie à des délires ou à des hallucinations. Sur le plan affectif, l'assurée était observable sous deux facettes, l'une euthymique et neutre, l'autre dysphorique. Il n'y avait eu aucun moment de tristesse, de tristesse accentuée, de larmes ou autre effondrement. L'élan vital était réduit, l'assurée disant n'avoir aucun plaisir à vivre passivement aux côtés de son mari et de ses enfants. A d'autres moments, elle affichait plaisirs et fierté par rapport à ses enfants et les

petits-enfants. L'expert n'avait pas trouvé de trace d'une problématique anxieuse majeure et la notion d'agoraphobie n'était pas confirmée. Si un état dépressif de plus grande intensité avait existé avant, il était, avec l'aide de la médication, relativement bien compensé. Il existait certainement un léger ralentissement, certaines activités pour lesquelles l'assurée ne se sentait pas à la hauteur, dans lesquelles elle était moins participante, moins performante, mais il n'y avait pas d'inhibition ou de blocage en soi. Du matin jusqu'au soir, il y avait un déroulement avec des actes de ménage, des promenades, la télévision, des contacts sociaux divers et autres.

Lors de l'examen, l'assuré avait donné d'abord une description radicalement négative de ses possibilités et activités à la maison. Lorsque l'expert avait voulu savoir en détail le déroulement de sa journée, et l'accomplissement des actes du quotidien, l'assurée avait dû admettre qu'elle participait à passablement de choses. Le comportement de l'expertisée était très particulier. Dans un premier temps, elle avait essayé de donner une image dysfonctionnelle d'elle-même, elle était restée dans les notions très vagues. Au moment où l'expert avait insisté pour en savoir davantage et pour clarifier certaines contradictions, l'expertisée avait accusé l'interprète de faire du mauvais travail et l'avait menacée. L'expert avait senti l'assurée pas toujours très encline à participer et il existait de nombreux moments où, quand il insistait sur un sujet, elle était un peu agacée. Ceci concernait surtout toutes les questions qui touchaient le concret de sa vie de tous les jours, les activités, sa participation ou non-participation dans la vie de famille. L'image qui s'était ainsi dégagée était relativement proche de ce que l'expert ophtalmologue avait évoqué, à savoir un certain ralentissement, certaines difficultés du côté psychique, une certaine morosité et un certain manque d'élan. Pour le reste, les éléments comportementaux et extra-médicaux avaient dominé, en particulier différents facteurs sociaux, les plaintes relatives aux symptômes, les besoins familiaux, une notion d'usure et d'âge, un manque de motivation et une dynamique de retraite.

Enfin, l'expert a indiqué avoir eu un entretien avec la Dresse U_____ le 14 février 2013. Cette dernière lui avait fait part du mécontentement de sa patiente qui évoquait des questions déplacées de la part de l'expert et s'était sentie jugée par lui. L'expert avait expliqué au médecin qu'il n'y avait pas eu de questions comme "pourquoi vous avez fait six enfants?", "pourquoi vous êtes toujours avec votre mari?".

26. Par avis du 15 avril 2013, la Dresse C_____, médecin auprès du SMR, a retenu, en se référant aux deux expertises, qu'il existait une nouvelle atteinte à la santé sur le plan ophtalmologique. Les limitations fonctionnelles étaient psychiatriques (la lenteur, les fluctuations d'humeur, la tendance à l'anhédonie, l'élan vital réduit et de l'irritabilité) et ophtalmologiques (les travaux nécessitant une bonne acuité visuelle et la vitesse d'exécution des travaux). En raison de ces limitations fonctionnelles, l'assurée présentait une réduction dans l'activité

ménagère de 40%. Il n'y avait donc pas de modification de l'appréciation des empêchements ménagers.

27. Par projet de décision du 17 avril 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser la demande d'augmentation de la rente d'invalidité dès lors que les empêchements étaient identiques, soit 40%. Ce degré d'invalidité donnait droit à la même rente que celle qui était versée jusqu'ici.
28. Le 14 mai 2013, l'assurée a contesté le projet de décision, faisant valoir qu'aucune enquête ménagère n'avait été conduite pour vérifier son empêchement à 40%.
29. Le 17 mai 2013, l'OAI a expliqué à l'assurée que sa contestation n'apportait aucun élément nouveau permettant de modifier le projet de décision, de sorte que sans nouvelles de sa part au 27 mai 2013, une décision identique au projet serait rendue.
30. Par décision du 31 mai 2013, l'OAI a confirmé son refus d'augmenter la rente d'invalidité dès lors que le SMR avait conclu que les empêchements étaient identiques, à savoir 40%. En l'absence de contestation dans le délai fixé, l'OAI était parti de l'idée que l'assurée était d'accord avec le contenu du projet de décision.
31. Par acte du 1^{er} juillet 2013, complété le 27 août 2013, l'assurée, représentée par son conseil et au bénéfice de l'assistance juridique, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition des Drs U_____, Q_____, B_____, V_____, W_____, G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de l'interprète, à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire et d'une enquête ménagère, et principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire. La recourante invoque une instruction insuffisante du dossier sous l'angle médical dès lors que les deux expertises ne revêtent pas une force probante suffisante. Le rapport d'expertise ophtalmologique était contradictoire vu les acuités visuelles attestées par le Prof. T_____ et le Dr Q_____. En outre, l'incapacité à tenir le ménage n'était pas décrite avec précision, ni quantifiée. S'agissant de l'expertise psychiatrique, la recourante fait valoir que l'entretien s'était mal déroulé; l'expert avait eu des questions déplacées sur son mariage et sur son mode de vie; elle s'était sentie jugée. Les questions posées démontraient un manque d'indépendance incompatible avec toute force probante du rapport. Elle en avait fait part à la Dresse U_____, laquelle s'était entretenue avec l'expert. Il résultait d'un rapport du 19 juillet 2013 établi par la Dresse U_____ – produit avec le recours – que lors de l'entretien téléphonique, l'expert lui avait expliqué que toutes les questions posées avaient été les siennes et que la recourante n'avait pas aimé son côté intrusif. La recourante fait remarquer que le contenu de l'entretien téléphonique ne correspondait ainsi pas à ce qui avait été retranscrit par l'expert dans son rapport. Par ailleurs, la recourante ne comprenait pas pour quelle raison le Dr B_____ retenait une incapacité à tenir le ménage de 40%, alors que le Dr M_____ et la Dresse N_____ avaient retenu une incapacité de

50%, sans que le Dr B_____ ne fasse état d'une amélioration de l'état de santé. En outre, le diagnostic posé était douteux, car une simple dysthymie ne pouvait concorder avec une diminution de la capacité de 40% dans la tenue du ménage. Pour ces motifs, la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire était nécessaire.

Par ailleurs, l'intimé n'avait pas diligenté une enquête ménagère, alors que la situation s'était notablement modifiée depuis l'enquête ménagère du 14 novembre 2005, puisqu'aux limitations d'ordre psychiatrique s'ajoutaient désormais des limitations d'ordre somatique, à savoir ophtalmologiques. La recourante ajoute que seul leur dernier enfant vit encore avec elle et son mari. L'intimé ne s'était pas prononcé sur l'absence d'une enquête ménagère dans sa décision litigieuse, malgré la contestation de la recourante sur ce point. Il en résultait une violation du droit d'être entendu, de sorte que la décision devait être annulée.

A l'appui de son recours, la recourante produit un rapport établi par le Dr Q_____ le 26 juin 2013, expliquant que sa patiente présente plusieurs affections oculaires majeures entraînant une diminution invalidante de sa vision et de son champ visuel. Selon ses dernières constatations effectuées le 11 juin 2012, sa meilleure vision corrigée n'excédait pas une numération digitale à 30 cm pour l'œil droit et 0.05 à gauche, ce qui l'empêcherait totalement de tenir son ménage. Vu la nature des pathologies, tout effort physique important lui était par ailleurs contre-indiqué. Enfin, dans son rapport précité du 19 juillet 2013, la Dresse U_____ a indiqué avoir obtenu des explications auprès de la fille de la recourante, qui signalait qu'en raison des troubles visuels celle-ci ne faisait plus grand-chose, en particulier même pas la vaisselle, ou alors elle essayait de le faire, mais la vaisselle n'était pas lavée proprement. La fille mentionnait également une labilité sur le plan émotionnel avec des passages d'agressivité verbale. L'hypertension artérielle était difficilement traitable et labile, entraînant des maux de tête fréquents et le diabète difficilement contrôlable.

32. Par réponse du 18 octobre 2013, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision. Il ajoute que le rapport d'expertise psychiatrique du 25 février 2013 a pleine valeur probante et conclut à une incapacité de tenir le ménage de 40%. Selon l'expert, il n'y avait pas de modification durable de l'état de santé susceptible de modifier le droit aux prestations. En outre, l'expertise ophtalmologique devait se voir reconnaître pleine valeur probante et il n'en découlait pas d'empêchement supplémentaire par rapport à la décision initiale.
33. Par réplique du 11 novembre 2013, la recourante relève notamment que l'intimé ne s'est pas déterminé sur le grief relatif à l'absence d'enquête ménagère, ni sur le grief portant sur le déroulement inacceptable de l'expertise psychiatrique. Par ailleurs, on ne pouvait pas écarter le rapport du Dr Q_____ au profit de l'expertise ophtalmologique, puisque ce médecin donnait des indications précises et objectives sur l'acuité visuelle de la recourante, qui ne correspondaient pas à celles indiquées par les experts.

-
34. Par duplique du 3 décembre 2013, l'intimé a renvoyé aux conclusions prises dans sa réponse. L'écriture de la recourante n'appelait pas d'autres commentaires.
 35. Le 20 décembre 2013, la recourante a transmis à la Cour de céans une copie de la correspondance échangée les 17 et 20 décembre 2013 avec l'intimé concernant sa demande d'allocation pour impotent.
 36. Après avoir transmis ces écritures aux parties, la Cour de céans a gardé la cause 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; RS 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. A 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).

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 31 mai 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de

modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable, (art. 56ss LPGA).
4. Est litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé la demande d'augmentation de la rente d'invalidité de la recourante.
5. a) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 LPGA).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1).

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).

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, 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 et les références).

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin-traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à

connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En raison de l'importance de l'expertise médicale en droit des assurances sociales, il y a lieu d'examiner avec rigueur l'impartialité de l'expert (ATF 132 V 93). L'expert n'est pas prévenu du seul fait qu'il a déjà rendu une expertise défavorable concernant l'expertisé. Est déterminant le fait que le résultat de l'expertise ne soit pas prédéterminé. A cet égard, le comportement de l'expert pendant l'examen peut dans certaines circonstances objectivement éveiller l'impression qu'il est prévenu. Ainsi, l'on peut effectivement douter de l'objectivité et de l'impartialité d'une appréciation lorsque des critères étrangers à l'état de santé sont introduits qui ont une incidence sur l'activité qui est exigible. Il en va de même d'un ton inutilement vexatoire utilisé dans l'expertise ou encore lorsqu'existent des tensions dans la relation expert expertisé, sans qu'il y ait un comportement révélant une absence de collaboration de l'expertisé. Toutefois, le fait qu'il n'y ait pas de relation de confiance entre l'expertisé et l'expert ne permet pas de conclure que ce dernier est prévenu (ATF non publié 9C_893/2009 du 22 décembre 2009).

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).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre 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), 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 (ATF 125 V 352 consid. 3b/bb).

6. L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI).

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 consid. 3.3).

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; ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

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; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007).

La personne chargée de l'enquête doit indiquer les activités que l'assuré ne peut plus accomplir, ou alors uniquement de manière très limitée, et depuis quand cette limitation est intervenue. En outre, elle donnera des renseignements sur l'ampleur des limitations liées à l'invalidité et examinera si l'assuré doit éventuellement consacrer plus de temps que d'ordinaire à l'accomplissement de ces travaux (on tiendra compte du facteur temps dans la mesure où celui-ci n'a pas déjà été pris en considération dans le cadre de la suppression d'un domaine d'activités). Elle doit également fournir des informations concernant l'aide apportée à l'assuré par des tiers dans l'accomplissement de ses activités (OFAS, Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité – CIIAI, chiffre 3083). On peut renoncer à

un examen sur place pour ce qui concerne le ménage si un avis médical indique qu'il n'y a pas de restriction dans ce domaine (OFAS, CIIAA, chiffre 3096.1).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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).

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

9. En l'occurrence, par décision de l'intimé du 4 mai 2006, la recourante a été mise au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2002 en raison d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique chronique et d'une agoraphobie avec trouble panique entraînant une incapacité de 50% dans l'activité de femme au foyer, soit une invalidité de 40% dans l'accomplissement des travaux habituels.

Il n'est pas contesté par l'intimé, ni contestable au vu des pièces, que la recourante présente une nouvelle atteinte, soit des troubles ophtalmologiques à l'œil gauche et à l'œil droit. L'intimé est d'avis que le degré d'invalidité de la recourante ne s'est toutefois pas modifié, ce que cette dernière conteste.

Dans le cadre de l'instruction diligentée par l'intimé, la recourante a été soumise à une expertise ophtalmologique et à une expertise psychiatrique.

S'agissant des atteintes ophtalmologiques, par rapport du 23 juillet 2012, les Drs V_____ et W_____ ont diagnostiqué, avec une répercussion sur la capacité de travail, des deux côtés, une rétinopathie diabétique proliférative avec status post-photocoagulation maculaire et périphérique, maculopathie diabétique avec œdème maculaire œil droit, une cataracte secondaire débutante des deux côtés et un status post-contusion oculaire 2009 des deux côtés. Ils ont expliqué que malgré les différents traitements prodigués depuis l'accident en 2009, la recourante souffrait d'une vision fluctuante avec une réduction importante de son acuité visuelle, d'une limitation du champ visuel, d'un éblouissement ainsi que d'une diplopie monoculaire. Les experts ont estimé qu'une vision fluctuante avec acuité visuelle de 0.3 à 0.4 rendait difficile les travaux nécessitant une bonne acuité visuelle. Dans l'activité de femme au foyer, les troubles visuels pouvaient avoir une certaine influence dans le sens que les travaux ne pouvaient pas être effectués avec la même vitesse. L'acuité visuelle n'excluait par contre pas les travaux de ménage usuels. L'activité de femme de foyer était encore exigible sans limite, tenant en compte le fait que les travaux nécessitaient plus de temps.

La Cour de céans constate que ce rapport d'expertise se base sur des examens de la recourante et sur son dossier médical. Les anamnèses sont complètes et les plaintes ont été prises en considération. Les descriptions et les appréciations de la situation médicale sont claires. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé de la recourante et sur sa capacité à exercer les activités en tant que femme au foyer et sur ses limitations fonctionnelles. Enfin, ils ont dûment expliqué et motivé leur point de vue. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes.

La recourante fait valoir que ce rapport ne serait pas probant car l'acuité visuelle retenue par les experts serait en contradiction avec celle attestée par le Prof. T_____ et le Dr Q_____.

On relèvera déjà que les experts ophtalmologues ont pris en compte - en page 2 de leur rapport - les acuités visuelles constatées par le Dr Q_____ dans son rapport du 20 mai 2010 (1.0 à droite et 0.6 à gauche) et par le Prof. T_____ dans son rapport du 30 septembre 2010 (0.7 à droite et 0.6 à gauche de loin avec correction). Par ailleurs, au status clinique effectué dans le cadre de l'expertise lors des consultations des 10, 27 février ou 23 mars 2012, les experts ont constaté une acuité visuelle de loin avec correction de 0.4 à droite et 0.3 à gauche (page 2 du rapport d'expertise), ce qui correspond à une péjoration par rapport aux constats relevés en 2010 par le Dr Q_____ et le Prof. T_____. On ne saurait

dès lors reprocher aux experts de s'être fondés sur leurs propres constats, soit une acuité visuelle de 0.3 à 0.4, pour déterminer les répercussions des atteintes sur l'activité de femme au foyer.

La recourante est d'avis que l'expertise ophtalmologique n'est pas probante car l'incapacité à tenir le ménage n'est pas décrite avec précision, ni quantifiée.

On relèvera que les experts ont dûment expliqué que la vision fluctuante avec acuité visuelle de 0.3 à 0.4 rend difficile les travaux nécessitant une bonne acuité visuelle. Ils ont ajouté que dans l'activité de femme au foyer, les troubles visuels peuvent avoir une certaine influence dans le sens que les travaux ne peuvent pas être effectués avec la même vitesse, mais ces troubles n'excluaient par contre pas les travaux usuels (page 4, chiffre 6-2.1 du rapport). Par ailleurs, on ne saurait reprocher aux experts de ne pas avoir quantifié l'incapacité à tenir le ménage, puisqu'ils ont estimé que l'activité de femme au foyer est encore exigible sans limite, les travaux nécessitant plus de temps (page 4, chiffre 6-2.3 du rapport). On ajoutera encore que la détermination de l'empêchement en raison du temps supplémentaire nécessaire à l'accomplissement des travaux habituels relève, au demeurant, de la compétence de la personne chargée de l'enquête ménagère.

Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'expertise ophtalmologique a pleine valeur probante.

Cela étant, à la lecture des pièces versées à la procédure, il apparaît que ce rapport - qui se fonde sur des examens de la recourante effectués les 10, 27 février et 23 mars 2012 - ne suffit pas à déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, les répercussions qu'entraînaient les atteintes ophtalmologiques dont souffrait la recourante à la date déterminante du 31 mai 2013, soit à la date de la décision litigieuse. Il résulte en effet du rapport du 26 juin 2013 du Dr Q_____ - rapport que la recourante produit dans le cadre de la présente procédure - qu'en date du 11 juin 2012, la meilleure vision corrigée de la recourante n'excédait pas une numération digitale à 30 cm pour l'œil droit et 0.05 pour l'œil gauche, ce qui, selon le Dr Q_____, l'empêcherait totalement de tenir son ménage et tout effort physique important serait contre-indiqué. A la teneur de ce rapport, une aggravation de l'acuité visuelle semble avoir donc été constatée postérieurement aux examens effectués par les experts, sans que l'on puisse évidemment leur reprocher de ne pas en avoir tenu compte dans leur rapport.

Dès lors que la Cour de céans est tenue d'apprécier la légalité des décisions d'après l'état fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et qu'il est fait état d'une aggravation constatée avant la date déterminante de la décision litigieuse, la Cour de céans ne saurait en faire abstraction.

Partant, la cause sera renvoyée à l'intimé afin qu'il procède à une instruction médicale complémentaire sur l'aggravation de l'acuité visuelle, les limitations fonctionnelles qu'elle entraîne et ses répercussions sur la capacité de la recourante à

effectuer les travaux ménagers, ce en soumettant aux experts ophtalmologues notamment le rapport du Dr Q_____ du 26 juin 2013.

Sur le plan psychique, par rapport du 25 février 2013, le Dr B_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, probablement d'intensité moyenne, actuellement compensé à un niveau de dysthymie (F33.4). La recourante présentait toujours et effectivement une diminution de sa capacité de travail en tant que ménagère de 40%. L'expert admettait que pour un certain nombre d'actes, en première ligne la cuisine et la préparation des repas, il y avait effectivement des problèmes pour les assumer. Les limitations consistaient en une lenteur, des fluctuations d'humeur, une tendance anhédonique, un élan vital réduit et de l'irritabilité.

La Cour de céans constate que l'expert, dans le cadre de son expertise, a procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de la recourante. Pour ce faire, l'expert s'est appuyé sur l'entier du dossier. Une anamnèse complète a été réalisée et le rapport, d'une vingtaine de pages, est circonstancié. L'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examen approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et le médecin a procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillées. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, sur sa capacité à exercer les activités en tant que femme au foyer et sur ses limitations fonctionnelles. Il a dûment expliqué et motivé son point de vue et ses conclusions sont cohérentes et convaincantes.

Sur le fond, la recourante est d'avis que le rapport n'est pas probant au motif que l'expert a retenu une incapacité à tenir le ménage de 40% - alors que les Drs M_____ et N_____ avaient retenu dans leur rapport du 1^{er} mai 2005 une incapacité de 50% - sans que le Dr B_____ ne fasse état d'une amélioration de l'état de santé.

La Cour de céans constate que dans leur rapport du 1^{er} mai 2005, les Drs M_____ et N_____ ont effectivement retenu une incapacité de 50% dans l'activité ménagère en raison d'un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F33.1) et d'une agoraphobie avec trouble panique (F40.01). Le Dr B_____ a, quant à lui, retenu un trouble dépressif récurrent, probablement d'intensité moyenne, actuellement compensé à un niveau de dysthymie (F33.4). Cela étant, contrairement à ce qu'avance la recourante, le Dr B_____ a dûment expliqué que si un état dépressif de plus grande intensité avait existé avant, il était, avec l'aide de la médication, relativement bien compensé. Par ailleurs, il n'avait pas trouvé de trace d'une problématique anxieuse majeure; la notion d'agoraphobie n'était donc pas confirmée (page 19 du rapport).

La recourante fait valoir que le diagnostic posé par l'expert serait douteux, car une simple dysthymie ne peut concorder avec une diminution de la capacité de 40% dans la tenue du ménage.

On rappellera qu'il revient au médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, l'appréciation du Dr B_____ concernant la répercussion de l'atteinte psychique diagnostiquée sur la capacité ménagère de la recourante a été confirmée par le SMR (avis du 15 avril 2013 de la Dresse C_____). Enfin, aucune pièce médicale du dossier établie par un spécialiste en psychiatrie ne fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par l'expert. A cet égard, on précisera que ni l'appréciation émise en octobre 2010 par la Dresse S_____, ni celle de la Dresse U_____ du 19 juillet 2013, lesquelles ne sont au demeurant pas spécialistes en psychiatrie, ne permettent à la Cour de céans de remettre en cause les conclusions claires de l'expert concernant le diagnostic posé et ses répercussions sur la capacité de la recourante en tant que ménagère.

La recourante fait également valoir que l'entretien se serait mal déroulé, que l'expert lui aurait posé des questions déplacées et l'aurait jugée sur son mode de vie et le maintien de son mariage. Elle a estimé les questions inutiles, inacceptables et démontrant de la part de l'expert un manque d'indépendance incompatible avec toute force probante de son avis. S'agissant en particulier des questions posées par l'expert, la recourante produit un rapport établi par la Dresse U_____ le 19 juillet 2013. Il en résulte que la recourante, suite à l'expertise, lui avait rapporté le type de questions posées par l'interprète, telles que "pourquoi elle a fait 6 enfants?" et "pourquoi après 35 ans de mariage, elle n'était pas divorcée?". La Dresse U_____ a expliqué que lors d'un entretien téléphonique avec l'expert, celui-ci lui avait affirmé que toutes les questions étaient les siennes et que la recourante n'avait pas aimé son côté intrusif. S'agissant de la teneur de cet entretien téléphonique, la recourante fait remarquer que les explications fournies par l'expert dans son rapport ne correspondent pas à celles données par la Dresse U_____.

En l'espèce, la Cour de céans constate que l'expert et la Dresse U_____ se contredisent effectivement s'agissant de la teneur de leur entretien téléphonique le 14 février 2013. Il s'ensuit que la Cour de céans ne peut, en l'état, établir si l'expert a, ou n'a pas, posé les questions telles que "pourquoi elle a fait 6 enfants?" et "pourquoi après 35 ans de mariage, elle n'était pas divorcée?". Cela étant, ce point peut demeurer ouvert pour les motifs qui suivent.

A la lecture du rapport d'expertise, force est de constater que certaines tensions sont en effet apparues au cours de l'expertise. Il apparaît ainsi que la recourante s'est sentie agacée lorsque l'expert insistait sur des sujets concernant concrètement sa vie de tous les jours, allant jusqu'à une altercation avec l'interprète (page 12 du rapport). Il existait de nombreux moments où, quand il insistait sur un sujet, elle était un peu agacée. Ceci concernait surtout toutes les questions qui touchaient le concret de sa vie de tous les jours, les activités, sa participation ou non-participation dans la vie de famille (page 11 du rapport). Un autre point du mécontentement de la

recourante était lié aux contradictions ou non-explications, lorsque l'expert posait des questions plus précises (page 12 du rapport). Toutefois, on relèvera qu'il est également fait état d'un comportement révélant une collaboration partielle de la part de l'expertisée et une tendance à éviter de donner des informations concrètes (page 13 du rapport). Par ailleurs, rien ne permet de retenir que des critères étrangers à l'état de santé auraient été introduits et auraient une incidence négative sur les conclusions retenues par l'expert. On ne voit ainsi pas de qualifications dépréciatives dans l'expertise, ni de jugement émis par l'expert. Les conclusions auxquelles aboutit l'expert résultent d'une discussion générale, où sont intégrées, dans une analyse globale cohérente, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique. A la lecture du rapport, il se dégage que l'expert a effectué une présentation clinique, neutre et distanciée du cas de la recourante et que ses conclusions s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. Enfin, on rappellera qu'aucune pièce médicale du dossier établie par un spécialiste en psychiatrie ne vient contredire ni le diagnostic posé par l'expert, ni ses répercussions sur la capacité de la recourante en tant que ménagère.

Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans est d'avis que les griefs invoqués par la recourante ne permettent pas d'écarter les conclusions auxquelles a abouti le Dr B_____. Son rapport d'expertise doit se voir accorder pleine force probante.

Partant, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'audition de témoins formulée par la recourante concernant le déroulement de l'expertise et à la demande de mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c).

Il sera ainsi retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante présente un trouble dépressif récurrent, probablement d'intensité moyenne, compensé à un niveau de dysthymie entraînant une diminution de la capacité de travail de 40% en tant que ménagère. Elle présente en outre des troubles ophtalmologiques entraînant des répercussions sur la vitesse d'exécution des travaux ménagers, l'activité de femme au foyer étant exigible sans limite. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire auprès des experts ophtalmologues concernant l'éventuelle aggravation de l'acuité visuelle constatée par le Dr Q_____ le 11 juin 2012, les limitations fonctionnelles qu'elle entraîne et ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail en tant que ménagère.

10. S'agissant de la détermination du degré d'invalidité, l'intimé s'est fondé sur les deux expertises et sur l'avis du SMR du 15 avril 2013 pour retenir que le degré d'invalidité de 40% reconnu par décision du 4 mai 2006 restait inchangé.

La recourante fait grief à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre une enquête ménagère et de ne pas avoir pris position sur ce point dans sa décision litigieuse.

En l'occurrence, il n'est pas contesté par l'intimé qu'outre l'atteinte psychique pour laquelle la recourante a été reconnue invalide à 40% par décision du 4 mai 2006, la recourante présente une nouvelle atteinte à la santé, soit des troubles ophtalmologiques, qui entraîne des répercussions sur la vitesse d'exécution des travaux ménagers (avis du SMR du 15 avril 2013).

Par conséquent, comme le fait valoir à juste titre la recourante, l'intimé ne pouvait déterminer l'exigibilité dans les travaux habituels sur la seule base d'une évaluation médico-théorique, considérée globalement et abstraitement. L'intimé se devait de diligenter une enquête permettant d'estimer l'aptitude concrète de la recourante et partant, ses empêchements, à remplir les tâches habituelles.

L'intimé fait valoir que dans la mesure où la nouvelle atteinte à la santé entraîne uniquement des répercussions sur la vitesse d'exécution des travaux ménagers, il n'y aurait pas d'empêchement supplémentaire par rapport à la décision initiale retenant un degré d'invalidité de 40%.

On rappellera qu'une enquête ménagère n'est pas nécessaire lorsque les troubles n'ont pas d'influence dans la sphère ménagère. Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence, puisque la nouvelle atteinte à la santé engendre des répercussions sur la vitesse d'exécution des travaux. Qui plus est, l'enquête ménagère du 14 novembre 2005 a été effectuée au regard des seuls troubles psychiques dont souffrait alors la recourante. Or, dans la mesure où les troubles ophtalmologiques viennent s'ajouter aux troubles psychiques, on ne saurait suivre l'intimé, selon qui les atteintes ophtalmologiques n'entraîneraient pas d'autres empêchements que ceux retenus en 2005. Enfin, on relèvera qu'une enquête ménagère est d'autant plus nécessaire qu'il apparaît que la situation familiale déterminante - soit le nombre de personnes vivant dans le ménage de la recourante - se serait modifiée depuis l'enquête de 2005, la recourante expliquant dans son recours que seul leur enfant cadet se trouve encore à domicile.

C'est par conséquent à tort que l'intimé n'a pas procédé à une estimation concrète des empêchements que la recourante rencontre dans ses activités habituelles compte tenu de ses atteintes psychiques et ophtalmologiques.

Partant, le recours est bien fondé et la décision litigieuse doit être annulée.

11. La cause n'étant ainsi pas suffisamment instruite pour permettre à la Cour de céans de déterminer si les conditions de la révision du droit à la rente sont remplies, il convient d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan médical, puis mise en œuvre d'une enquête ménagère, puis nouvelle décision.

La recourante, représentée par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2000 fr. lui est accordée à titre de dépens [art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE – E 5 10)]. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de

justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 31 mai 2013.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-
RUFFINEN

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