

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3060/2015

ATAS/351/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 mai 2016

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Florence BOURQUI

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1963, originaire du Kosovo, est venue en Suisse en 1990. L'assurée a été hospitalisée en division de rhumatologie à l'Hôpital cantonal du 20 mars au 7 avril 2000, puis en médecine interne du 16 septembre au 12 octobre 2002, en raison de douleurs lombaires et fessières prédominant du côté droit. Une sacro-illite droite a été mise en évidence et un diagnostic de probable spondyloarthropathie séronégative a été retenu. Il est noté, dans le rapport de sortie du 12 avril 2000, qu'aucun point de fibromyalgie n'est présent.

Elle a été suivie en ambulatoire en division de rhumatologie du 7 novembre 2002 au 26 février 2003, et selon un second rapport du 3 mars 2003, l'évolution était favorable grâce au traitement médicamenteux.

2. L'assurée a déposé le 27 mai 2003 une demande auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) visant à l'octroi d'une rente.

En dernier lieu, l'assurée a travaillé à plein temps au service de B_____ SA en tant que nettoyeuse. Elle a cessé toute activité lucrative dès le 9 septembre 2002, en raison de son état de santé.

3. Le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie, a, dans un rapport du 7 juillet 2003, attesté que l'assurée souffrait de spondylarthrite ankylosante et d'une lombosciatalgie gauche depuis 2002. Il a estimé l'incapacité de travail depuis cette date à 100%, quelle que soit l'activité professionnelle, vu « les douleurs dans toutes les positions ».

L'OAI a mandaté le docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, pour expertise. Dans son rapport du 17 janvier 2005, ce médecin a confirmé le diagnostic de spondylarthrose ankylosante et a par ailleurs constaté la présence d'éléments cliniques en faveur d'une fibromyalgie avec une anamnèse d'une importante asthénie et de troubles du sommeil. Il a cependant considéré que ni la spondylarthrite ankylosante, ni les douleurs chroniques évocatrices d'une fibromyalgie, ne généraient de limitation fonctionnelle sur le plan physique. Il n'y a dès lors pas selon lui d'incapacité de travail, étant précisé qu'il convenait toutefois d'éviter des activités nécessitant des positions statiques prolongées. Il a ajouté qu'il n'avait pas mis en évidence de troubles majeurs sur le plan psychique. L'assurée ne lui semblait par ailleurs pas très bien intégrée en Suisse, elle s'exprime avec difficultés en français et c'est le plus souvent son mari qui a permis la conduite de l'anamnèse.

4. Une expertise psychiatrique a été confiée au docteur E_____. Le rapport a été établi le 31 août 2005. L'expert n'a constaté ni trouble cognitif sur le plan clinique, ni troubles de la vigilance, ou du cours de la pensée, ni phénomène psychosensoriel, ni signe de la lignée dépressive ayant valeur de symptôme.

5. Par décision du 4 janvier 2006, l'OAI a informé l'assurée que sa demande de prestation AI était rejetée.
6. L'assurée ayant recouru contre ladite décision, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a, dans un arrêt du 5 septembre 2006, confirmé la décision litigieuse. Il s'est fondé sur les expertises des Drs D_____ et E_____ et a par ailleurs considéré que l'assurée ne réunissait pas en sa personne les critères jurisprudentiels susceptibles de fonder un pronostic défavorable quant à l'exigibilité au plan psychique d'une reprise de l'activité professionnelle, si tant est que le diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux puisse être retenu. Il a ainsi considéré qu'elle présentait une capacité entière de travail dans une activité adaptée, soit une activité n'exigeant pas de position statique prolongée (ATAS/760/2006).
7. L'assurée s'est inscrite auprès de l'assurance-chômage le 9 février 2007 recherchant une activité de nettoyeuse de locaux à 100%. Elle a travaillé dans le cadre des mesures cantonales de l'assurance-chômage du 3 mars au 4 septembre 2008 à plein temps dans les ateliers des Établissements publics pour l'intégration (EPI).
8. L'assurée a consulté la doctoresse F_____ du service de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) en décembre 2011, se plaignant d'une exacerbation de ses rachialgies à composante inflammatoire et de gonalgies avec un épanchement intra articulaire motivant une ponction, et une infiltration de Diprophos avec une réponse modeste (courrier du 16 janvier 2012).
9. Par courrier du 28 février 2012 adressé à la doctoresse G_____, médecin traitant, la Dresse F_____ a indiqué que lors de sa deuxième perfusion de reprise du Remicade le 20 février 2012, l'assurée avait présenté un état de choc sur réaction anaphylactique pour lequel une surveillance de 24 heures avait été mise en place. Le traitement de ce médicament a été définitivement arrêté dans ce contexte. Il est noté que la patiente n'est pas encore remise au niveau émotionnel de sa réaction allergique et que bien que consciente de l'importance de la nécessité de reprise d'un traitement afin d'éviter une péjoration de sa symptomatologie inflammatoire, elle ne souhaite pas pour l'heure d'emblée reprendre un anti-TNF. Elle constate que l'assurée, sur le plan général, évolue favorablement et n'a pas présenté d'effet rebond de sa réaction allergique.
10. Le 1^{er} mars 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Elle souligne qu'elle n'a jamais pu reprendre une activité professionnelle eu égard à son état de santé. Depuis trois-quatre ans, les douleurs et les empêchements dus à la spondylarthrite ankylosante étaient de plus en plus manifestes et l'handicapaient dans la vie quotidienne.
11. Dans un rapport du 14 mai 2013, la Dresse G_____ a retenu les diagnostics de spondylarthrite ankylosante depuis 2002 et d'état dépressif, sans toutefois indiquer depuis quand. Elle ne mentionne pas non plus de taux d'incapacité de travail, au

motif que « depuis que je suis la patiente, elle n'a pas travaillé ». Elle précise toutefois qu'une reprise d'une activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail ne peut être envisagée. Sur le formulaire comprenant les travaux qui peuvent être encore exigés de la personne assurée, compte tenu des limitations dues à l'état de santé dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap, elle répond par la négative à tous les points, sauf lorsqu'il s'agit d'activités s'exerçant uniquement en position assise.

12. Dans une note du 11 juin 2013, le médecin du SMR a proposé d'organiser une expertise pluridisciplinaire à confier à un centre de type COMAI via la plateforme MED@P, comprenant les volets rhumatologique et psychiatrique.
13. Une expertise Corela a été réalisée le 28 août 2014.

Les experts retiennent une spondylarthrite ankylosante depuis 2000 dont l'évolution a probablement débuté par une enthésopathie du moyen fessier à droite, n'ayant pas répondu à deux infiltrations. L'assurée souffre par ailleurs d'une arthrite de la cheville gauche et de lésions unguéales touchant aussi bien les mains que les pieds. Au niveau du rachis, ils ont constaté une raideur dorso-lombaire et sous-pelvienne. Ils relèvent parallèlement le développement d'une fibromyalgie, laquelle avait déjà été évoquée sous la forme d'un syndrome douloureux chronique dès l'expertise rhumatologique de 2005. Ils ont retenu quatre points douloureux sur les 18 points spécifiques. Cinq sur cinq signes de Waddell sont contestés, ce qui s'inscrit également dans un contexte de majoration. Enfin, ils ont relevé une ostéopénie densitométrique asymptomatique. Une plainte de tristesse, laquelle est cependant uniquement circonscrite par le cadre algique, est relevée. Aucun diagnostic psychiatrique n'est retenu, le tableau clinique correspondant tout simplement à un syndrome d'accompagnement de la douleur. Une certaine exagération, au moins partielle, sur un signe anatomique existant, soit la spondylarthrite, et même la fibromyalgie déjà constatée lors de l'examen somatique, est aussi retrouvée à l'entretien de psychiatrie.

Les experts encouragent l'assurée à reprendre un traitement par anti-TNF, étant cependant conscients qu'« il est possible qu'il persiste des symptômes algiques du fait de la fibromyalgie sous-jacente, d'une part, et, d'autre part, de par la présence de cinq sur cinq signes de Waddell, témoignant un élément de majoration sous-jacent ». Selon les experts, l'analyse des critères jurisprudentiels montre principalement qu'il n'y a pas de facteurs médicaux (somatique ou psychique) qui interfèrent de manière significative avec la faculté de surmonter les douleurs, et qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale liée à celles-ci. Ils concluent que « les diagnostics retenus ne constituent pas un obstacle significatif à la reprise d'une activité professionnelle. Toutefois, les chances de succès d'une réadaptation sont minces. En effet, l'investiguée n'a aucune formation spécifique. De plus, il existe un évident déconditionnement, puisque cela fait maintenant bientôt douze ans qu'elle n'a pas exercé une activité. Elle n'a pas non plus évoqué dans ses projets, la possibilité d'une reprise d'une activité professionnelle en raison des douleurs. Par

ailleurs, même si aucun diagnostic psychiatrique n'est posé, il semble y avoir surtout une absence de volonté et de motivation à reprendre le travail, ainsi qu'un désir apparemment inconscient d'être reconnue comme handicapée ».

14. Dans un avis du 9 décembre 2014, le médecin du SMR a constaté que selon l'expertise pluridisciplinaire du 26 août 2014, l'assurée présentait à la fois une spondylarthrite ankylosante et une fibromyalgie, qu'il était difficile d'apprécier les répercussions de la spondylarthrite ankylosante, car l'assurée n'avait plus consulté son rhumatologue depuis avril 2013 et ne prenait plus de médicaments autres que des antalgies et des AINF. Le traitement de fond avait été arrêté, de sorte qu'il n'était pas possible d'apprécier clairement les limitations fonctionnelles liées à cette atteinte, les douleurs étant parasitées par la fibromyalgie.

Le médecin du SMR a considéré que la fibromyalgie n'était pas incapacitante d'un point de vue jurisprudentiel, seule une tristesse, qui constitue un syndrome d'accompagnement de la douleur, ayant été évoquée sans pour autant qu'une atteinte psychiatrique puisse être retenue. Il a relevé que l'état de santé n'était pas stabilisé, puisque la spondylarthrite de forme mixte était en phase aiguë avec des douleurs de type inflammatoire et une arthrite de la cheville gauche, ainsi que l'apparition de lésions psoriasiques unguéales chez une assurée sans suivi spécifique depuis plus d'un an et sans traitement de fond.

Le médecin du SMR s'étonne des taux d'incapacité retenus par les experts, selon lesquels l'incapacité de travail est entière dans le dernier emploi, du 20 octobre 2011 au 20 février 2012, et du 16 septembre au 12 octobre 2012, puis à 50% dès mai 2013 jusqu'à trois mois après le début du traitement recommandé. Il retient quant à lui une incapacité de travail totale depuis le 20 octobre 2011. Il relève qu'il doit être exigé de l'assurée qu'elle soit suivie et traitée de la meilleure des façons, conscient toutefois que « nous ne pouvons pas exiger un traitement précis de son atteinte en raison du choc anaphylactique sous un anti-TNF, ni des potentiels autres effets secondaires ».

Selon lui, « si elle refuse d'être suivie et traitée de la meilleure des façons, nous pourrions être amenés à, soit statuer en l'état, ce qui sera difficile vu la difficulté de déterminer les limitations fonctionnelles liées à la spondylarthrite seule, du fait de la présence d'une fibromyalgie qui n'est pas incapacitante, ou alors lui refuser toutes prestations. Nous devons revoir la situation six mois après le début du suivi chez un rhumatologue. À ce moment-là, il faudra déterminer si des limitations fonctionnelles liées uniquement à la spondylite persistent et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail ».

15. Considérant que l'assurée avait travaillé deux heures par jour dans les nettoyages jusqu'en 2002, l'OAI a retenu qu'en bonne santé, celle-ci aurait consacré 25% de son temps à une activité lucrative, et, partant, 75% à l'activité ménagère, et a procédé à une enquête ménagère.
16. Celle-ci a été réalisée le 5 mars 2015.

S'agissant du statut, l'enquêtrice a relevé qu'« elle ne se rappelle même pas vraiment d'avoir travaillé sporadiquement depuis 2002. Elle dit être malade depuis tellement longtemps. Elle se rappelle vaguement avoir travaillé comme femme de chambre dans un hôtel, huit heures par jour, pendant trois ou quatre ans, mais ne se rappelle pas de l'employeur, ni de l'année. Elle dit avoir commencé à travailler en 1996, deux heures par jour, tous les jours de la semaine, soit dix heures par semaine. Elle ne connaît pas le revenu de son mari, ni de son fils. Elle dit avoir gagné CHF 1'500.- lors de son dernier emploi, mais il y a très longtemps. La famille est allée voir l'Hospice général qui ne peut l'aider financièrement, car le revenu du groupe familial est trop élevé. (...) L'assurée nous dit qu'elle travaillerait toute la journée si elle pouvait... ».

L'enquêtrice a retenu un taux d'empêchement à accomplir les travaux habituels de 31,1%, et de 27,6% compte tenu de l'aide exigible des membres de la famille. Elle a par ailleurs relevé que « l'assurée semble avoir renoncé aux tâches domestiques et son mari effectue tout à sa place. Le couple ne dort même plus dans la même chambre. L'assurée dort sur le canapé pour ne pas déranger son mari qui va travailler, car elle dort très mal et se relève dans la nuit. Les stores sont fermés partout dans l'appartement et l'assurée nous dit ne plus sortir seule, car elle a peur ».

17. Dans une note interne du 11 mars 2015, l'OAI a, sur la base de ce qui précède, procédé à l'analyse suivante : « il ressort des éléments du dossier que l'assurée est sans activité au moment du début de l'affection médicale. Lors de l'entretien à domicile, elle n'est pas en mesure d'indiquer les activités exercées depuis 2002, et déclare que l'aide sociale ne l'aide pas en raison des conditions économiques du groupe familial. Les revenus figurant sur l'extrait de compte individuel sont modestes, irréguliers et sporadiques. La moyenne des gains annuels perçus durant les quatre dernières années, avant le début de l'affection, s'élève à CHF 5'600.-. Si l'on fait le rapport entre ce gain et le revenu annuel qu'une femme non qualifiée peut réaliser à temps complet sur le marché équilibré, selon les bases statistiques, on obtient un taux de 10% ».
18. L'OAI a transmis à l'assurée, le 18 mai 2015, un projet de décision, aux termes duquel sa demande de prestations était rejetée, au motif qu'elle présentait un degré d'invalidité de 28% - calculé sur la base d'un statut mixte de 10% pour l'activité professionnelle et de 90% pour l'activité ménagère, et d'une incapacité respectivement de 0% et de 31% - insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.
19. Par courrier du 11 juin 2015, l'assurée, représentée par le service de prévention sociale et promotion santé de la ville d'Onex, a contesté le statut mixte, alléguant que, sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi son activité salariée à 100%. Selon elle en effet, « ce sont uniquement les empêchements de santé qui l'ont obligée à stopper son activité professionnelle. Elle pensait à l'époque que cela serait

probablement temporaire, mais compte tenu de l'évolution de la maladie, elle a dû se résoudre à quitter définitivement le monde du travail ». Elle produit :

- une confirmation de réinscription auprès de l'office cantonal de l'emploi datant du 28 février 2007, dont il ressort qu'elle recherchait un emploi à 100%.

- un contrat de travail conclu dans le cadre du programme cantonal d'emploi et de formation, pour un taux d'activité de 100%, du 3 mars 2008 au 4 septembre 2008.

- le certificat de travail y relatif daté du 23 septembre 2008.

20. Par décision du 10 juillet 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision, constatant que les documents produits datent de 2007 et 2008, alors que l'incapacité de travail durable avait commencé bien plus tard, soit en octobre 2011.
21. Par courrier du 9 septembre 2015, le service social santé et enfance a informé la chambre de céans qu'il avait été sollicité par l'assurée pour la rédaction d'un recours, mais qu'il n'était pas parvenu à la recontacter à nouveau. Il a dès lors joint un courrier daté du 8 septembre 2015, et non signé, aux termes duquel l'assurée dépose un recours contre la décision du 10 juillet 2015.
22. L'assurée a adressé à la Chambre de céans le 21 septembre 2015, soit dans le délai qui lui avait été imparti, ce courrier dûment signé.

Elle a complété son recours le 6 novembre 2015. Elle ne comprend pas pour quelle raison l'OAI l'a qualifiée de ménagère à 90%, puisque « jusqu'au début de mes ennuis de santé, je travaillais à temps plein en qualité de nettoyeuse. Un rapport de mon ancien employeur du 18 juin 2003 confirme d'ailleurs que je travaillais même à 150% jusqu'à ce que mon état de santé m'oblige à m'arrêter en septembre 2002. C'est à cette même période en effet qu'a été diagnostiquée la spondylarthrite ankylosante dont je souffre. À cause de mes problèmes de santé, j'ai donc dû arrêter mon activité habituelle. L'OAI a considéré en 2006 que j'étais susceptible de travailler dans une activité adaptée, puisqu'il me restait quelques ressources adaptatives, mais je n'avais aucune formation ni aucune expérience autre que celle du nettoyage, et de surcroît ma santé se dégradait au fur et à mesure que la spondylarthrite gagnait du terrain. J'ai donc pris ce que je trouvais, c'est-à-dire une ou deux heure(s) par semaine de nettoyage, ce que me permettait encore ma santé, et surtout ce qui me permettait de conserver tout de même une activité lucrative ». Elle considère ainsi que son statut doit être celui d'une personne active à temps plein et, dès lors que sa capacité de travail a été reconnue comme étant nulle quelle que soit l'activité envisagée depuis le 20 octobre 2011, conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

23. Dans sa réponse du 2 décembre 2015, l'OAI se réfère à la note interne du 11 mars 2015 et constate qu'il ressort du dossier que non seulement l'assurée n'aurait effectué aucune recherche d'emploi pour travailler à temps plein, mais qu'elle se serait au contraire contentée de vivre avec de faibles revenus. Il considère, partant, qu'il a retenu à juste titre un statut mixte, et conclut au rejet du recours.

24. L'assurée, représentée par Inclusion Handicap, s'est déterminée le 11 janvier 2016. Elle persiste à affirmer que c'est bien la dégradation de son état de santé en septembre 2002 déjà qui l'a contrainte à mettre un terme à son activité habituelle. Elle affirme que sans spondylarthrite ankylosante, elle aurait continué à travailler à plein temps.
25. Le 27 janvier 2016, l'OAI a déclaré qu'il confirmait ses conclusions.
26. Sur ce, 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. 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).
4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur le statut retenu par l'OAI.
6. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108; 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente.

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). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

7. 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).
8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen),

l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

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

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

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

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) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_10/2015 du 5 septembre 2015 destiné à

la publication 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).

10. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).
11. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, 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). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

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

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

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

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

3. Comorbidités

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

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

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

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

II. Catégorie « cohérence »

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

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

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait

social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

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

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

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

12. 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 LPG), 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. 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).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu

égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Une expertise sur pièces n'apporte pas d'élément décisif s'agissant d'une atteinte à la santé psychique, dont les effets sur la capacité de travail impliquent un examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 455/06 du 22 janvier 2007 consid. 6.2). Les expertises psychiatriques sur dossier ne sont admissibles qu'à titre exceptionnel, et seulement lorsque l'intéressé a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs expertises, lesquelles doivent de surcroît être récentes et qu'aucune modification essentielle (identité du tableau clinique) n'est intervenue depuis. Une expertise sur dossier peut aussi être envisagée lorsque la personne à examiner n'est que difficilement atteignable ou refuse de se soumettre à l'examen. C'est à l'expert de déterminer si son mandat est réalisable dans de telles conditions (ATF 127 I 54 consid. 2f).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs

psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

13. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

c. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de

nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

d. 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).

14. 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).
15. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente lorsque sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8LPGA) à 40% au moins. Aux fins du calcul de l'incapacité de travail moyenne au sens de cette disposition, on considère que le délai d'attente d'un an commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail. Un taux d'incapacité de

20 % est déjà considéré comme pertinent en ce sens (arrêt I 411/96 du 16 octobre 1997 consid. 3c, in VSI 1998 p. 126).

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.

Conformément à l'art. 29 al. 1, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, le début du versement de la rente (" Anspruchsbeginn ") ne peut toutefois avoir lieu au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. Exprimé de manière différente, la personne assurée n'a droit à l'intégralité des prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], n. 2187 ss p. 591).

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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

16. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer, voire circonscrire, le champ d'activité probable de l'assuré s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents

personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

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

L'OAI a retenu un statut mixte.

À relever que dans un premier temps, l'OAI avait tenu compte d'un emploi exercé deux heures par jour, soit un statut mixte avec un taux de 25% pour l'activité lucrative.

Constatant toutefois que selon l'extrait du compte individuel de l'assurée, la moyenne des gains annuels perçus durant les quatre dernières années depuis 2011, - date à compter de laquelle il considérait que l'assurée présentait une incapacité de travail durable - s'élevait à CHF 5'600.-, l'OAI a déterminé le rapport entre ce gain et le revenu annuel qu'une femme non qualifiée peut réaliser à temps complet sur le marché équilibré, selon les bases statistiques, et obtenu un taux de 10% (cf. note interne du 11 mars 2015).

L'assurée conteste le statut mixte, affirmant qu'elle aurait travaillé à plein temps si son état de santé le lui avait permis. C'est du reste ce qu'elle avait déclaré à l'enquêtrice. Elle souligne qu'elle n'a jamais pu reprendre une activité

professionnelle eu égard à son état de santé. Depuis trois-quatre ans, les douleurs et les empêchements dus à la spondylarthrite ankylosante étaient de plus en plus manifestes et l'handicapaient dans la vie quotidienne.

b) Il y a d'emblée lieu de constater que lors de la première demande de prestations, l'assurée avait été considérée par l'OAI comme active. Il avait plus particulièrement été relevé qu'elle travaillait comme nettoyeuse depuis 2001 à raison de quarante heures par semaine (cf. pièce 65 chargé OAI, p. 2).

L'OAI, constatant que l'assurée n'avait travaillé qu'à temps partiel depuis 2011, a modifié le statut.

c) Il convient à ce stade de rappeler que la détermination du statut d'un assuré dépend de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue.

En l'occurrence, l'assurée est née au Kosovo et y a fréquenté l'école obligatoire jusqu'en 1978. C'est en août 1990 qu'elle est venue rejoindre son mari en Suisse avec son fils né en février 1990. Elle a commencé à travailler dès que son fils a atteint l'âge de 6 ans comme femme de ménage. En dernier lieu, soit à partir du 28 septembre 2001, l'assurée a été engagée à plein temps en tant que femme de chambre dans des hôtels auprès de la société B_____ SA. Elle travaillait alors deux dimanches par mois en plus et était rémunérée à 150%. Elle a cessé cette activité le 9 septembre 2002 en raison de son état de santé et a déposé sa première demande de prestations AI. L'assurée s'est inscrite auprès de l'assurance-chômage le 9 février 2007 recherchant une activité de nettoyeuse de locaux à 100%, puis a travaillé, dans le cadre des mesures cantonales de l'assurance-chômage, durant sept mois en 2008, à plein temps.

Il est vrai que la lecture de ses CI montre que l'assurée a réalisé ensuite des revenus faibles et irréguliers. Il convient toutefois de rappeler que durant les quatre dernières années, soit de 2011 à 2015, sur lesquelles se fonde l'OAI, l'affection rhumatologique s'est aggravée au point de nécessiter un nouveau traitement en 2011, lequel traitement a provoqué chez l'assurée un choc anaphylactique.

Il y a également lieu de rappeler que si dans son arrêt du 5 septembre 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales a confirmé la décision de refus de prestations, c'est parce qu'il a considéré que l'assurée présentait une capacité entière de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et nulle dans son activité antérieure de nettoyeuse (ATAS/760/2006).

d) L'OAI fait également valoir qu'aucune aide sociale ne lui a été accordée en raison des conditions économiques du groupe familial pour qualifier son statut de mixte. Cet argument n'est pas pertinent. Ne serait-ce que le fait que l'assurée ait demandé l'aide sociale vient précisément démontrer que sa situation financière aurait commandé qu'elle travaille à plein temps.

e) On ne saurait, au vu de ce qui précède, soutenir, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, qu'elle n'aurait pas travaillé à plein temps, si elle avait été en bonne santé.

Aussi est-ce un statut d'active qui doit être pris en considération.

19. Il y a lieu d'examiner en l'occurrence si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé entre le 4 janvier 2006, date à laquelle l'OAI a rendu sa première décision, et le 10 juillet 2015, date de la décision litigieuse.
20. L'expertise rhumatologique réalisée en janvier 2005 retient une spondylarthrite ankylosante confirmée depuis 2002, ainsi qu'un syndrome douloureux chronique type fibromyalgie. Aucune incapacité de travail n'est attestée. L'expertise psychiatrique d'août 2005 n'a posé aucun diagnostic.

Courant 2011, l'évolution de l'affection rhumatologique a nécessité l'introduction d'un immunosuppresseur type Remicade. La seconde perfusion du traitement de fond du 20 février 2012 a provoqué un choc anaphylactique. Dès cette date, le suivi rhumatologique a été interrompu.

Selon l'expertise du 26 août 2014, l'assurée souffre d'une spondylarthrite ankylosante et d'une fibromyalgie. Elle présente également une arthrite de la cheville gauche et des lésions unguéales touchant aussi bien les mains que les pieds. Au niveau du rachis, les experts ont constaté une raideur dorso-lombaire et sous-pelvienne.

Selon eux, la station statique prolongée est actuellement contre-indiquée, non pas en raison de l'atteinte sacro iliaque et l'atteinte rachidienne, mais en raison de celle affectant la cheville gauche. Hormis cette atteinte qui mérite donc d'être traitée, d'un point de vue des autres atteintes de la spondylarthrite ankylosante, aucune limitation n'est retenue.

Ils considèrent que l'incapacité de travail est entière du 20 octobre 2011 (date de la seconde perfusion de reprise du Remicade à la suite de laquelle elle a présenté un état de choc sur réaction anaphylactique), au 20 février 2012, date à laquelle une hospitalisation ponctuelle de 24 heures a été nécessaire dans les suites de la réaction anaphylactique, et du 16 septembre au 12 octobre 2012, période durant laquelle elle a été hospitalisée, le taux d'incapacité de travail pour le diagnostic de spondylarthrite ankylosante « devrait être de 0% horaire, sans diminution de rendement trois mois après le début du traitement recommandé, si l'assurée suit bien la thérapeutique de type anti-TNF » ; qu'elle est de 50% dès mai 2013, en raison de l'arthrite de la cheville gauche, jusqu'à trois mois après le début du traitement recommandé. Ils précisent que s'ils ont retenu que l'arthrite de la cheville gauche était apparue en mai 2013, c'est parce que, selon l'assurée, l'arthrite de la cheville gauche était apparue un an auparavant, mais ne figurait pas dans le rapport d'avril 2013 de la Dresse F_____.

21. Dans son avis du 9 décembre 2014, le médecin du SMR a pris note qu'il était difficile d'apprécier les répercussions de la spondylarthrite ankylosante, l'assurée n'ayant plus consulté son rhumatologue depuis avril 2013 et ne prenant plus de médicaments autres que des antalgies et des AINF. Le traitement de fond avait été arrêté, de sorte qu'il n'était pas possible d'apprécier clairement les limitations fonctionnelles liées à cette atteinte, les douleurs étant parasitées par la fibromyalgie. Il ne serait possible de les déterminer que six mois après le début d'un suivi chez un rhumatologue. Quant à la fibromyalgie, elle n'était pas incapacitante selon les critères développés par la jurisprudence en vigueur jusqu'à l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (9C_492/2014).

Le médecin du SMR s'étonne enfin des taux d'incapacité retenus par les experts, et fixe, quant à lui, l'incapacité de travail à 100% depuis le 20 octobre 2011, - vraisemblablement dans l'activité antérieure et partant à 50% dans une activité adaptée depuis mai 2013, sans le préciser toutefois -.

22. La chambre de céans considère que l'expertise Corela du 28 août 2014 n'emporte pas la conviction, s'agissant plus particulièrement de l'appréciation de la capacité de travail, du fait essentiellement qu'il n'est pas possible d'exiger de l'assurée, en raison du choc anaphylactique subi, de poursuivre le traitement de Remicade. Ils indiquent partager l'avis du Dr D_____, lequel, dans son rapport du 17 janvier 2005, considère que la spondylarthrite ankylosante n'implique aucune incapacité de travail, mais prennent note d'une aggravation de la spondylarthrite ankylosante en octobre 2011 nécessitant un traitement de Remicade. Ils constatent que ce traitement a été interrompu en raison d'un choc anaphylactique, ce qui ne les empêche pas de conclure, contre toute attente, que la capacité de travail est entière tant que l'assurée suit ce traitement.

Il y a à cet égard lieu de rappeler que l'assuré doit, certes, de sa propre initiative, faire ce qui est en son pouvoir et ce que l'on peut raisonnablement exiger de lui pour améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels (art. 7 LAI). Est ainsi réputée raisonnablement exigible toute mesure servant à la réadaptation de l'assuré. Des mesures qui ne sont pas adaptées à son état de santé ne sont en revanche pas exigibles (art. 7a LAI).

Selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) n° 1048.1, l'assuré est tenu notamment de se soumettre à un traitement médical raisonnablement exigible, pour autant que celui-ci soit de nature à améliorer sa capacité de gain de telle sorte que la rente puisse être réduite ou supprimée (par ex. afin de supprimer des atteintes à la santé résultant de l'abus d'alcool et de nicotine ou de l'obésité; RCC 1984 p. 359, ou un traitement psychiatrique, 9C_418/2010). On n'appliquera pas une norme sévère aux mesures médicales (RCC 1985 pp. 328 et 331). En particulier, ne sont raisonnablement exigibles que des mesures médicales qui présentent un risque négligeable («opérations de routine», pas d'augmentation des risques liés à l'anesthésie, etc.).

Imposer à l'assurée de suivre à nouveau ce traitement, alors qu'il a déjà provoqué chez elle un choc anaphylactique, ne représente à l'évidence pas une mesure exigible au sens de ce qui précède, de sorte que l'expertise Corela ne saurait avoir valeur probante.

23. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8).

Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

Or, par arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence. Il y a dorénavant lieu d'examiner si les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé constatée médicalement sont prouvées de manière définitive et sans contradiction avec une vraisemblance (au moins) prépondérante au moyen des

indicateurs standard. Force est de constater que l'expertise Corela ne permet pas de répondre à ces questions.

24. La chambre de céans constate, à la lumière de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux et fibromyalgie, que la présente cause est insuffisamment instruite pour lui permettre de trancher puisqu'elle ne met notamment pas en regard les facteurs extérieurs incapacitants, d'une part, et les ressources de compensation de l'assurée, d'autre part.

Force est d'ajouter que la valeur probante douteuse de l'expertise Corela, les difficultés dont fait état le médecin du SMR pour établir quelles sont les limitations fonctionnelles liées à la seule spondylarthrite ankylosante, et partant, quelles sont leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail, le fait que l'assurée ait interrompu le traitement de fond de son atteinte après avoir subi un choc anaphylactique, et ne soit dès lors plus suivie par un rhumatologue depuis avril 2013, constituent autant de facteurs justifiant d'admettre le recours, d'annuler la décision du 10 juillet 2015 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise rhumato-psychiatrique, et pour nouvelle décision.

25. L'OAI s'est écarté de la conclusion du médecin du SMR - sans expliquer pourquoi - et a calculé le degré d'invalidité sur la base d'une capacité de travail de 100% selon le tableau suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Activité lucrative	10%	0%	0%
Ménagère	90%	31%	28%
Degré d'invalidité			28%

S'il avait tenu compte du taux d'incapacité de travail de 50% retenu par le médecin du SMR pour une activité adaptée, le tableau aurait dû être établi comme suit :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Activité lucrative	10%	50%	5%
Ménagère	90%	31%	28%
Degré d'invalidité			33%

Ce tableau, quoi qu'il en soit, n'est pas non plus correct, puisqu'il se fonde sur une part consacrée à l'activité lucrative de 10% seulement, au lieu de 100% comme retenu par la chambre de céans ci-dessus.

Pour ce motif également, la cause doit être renvoyée à l'OAI, qui devra, compte tenu du statut d'active de l'assurée, déterminer son degré d'invalidité sur la base de la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

26. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'OAI 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. L'admet partiellement et annule la décision du 10 juillet 2015.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'OAI à verser à l'assurée la somme de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
6. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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