

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3134/2016

ATAS/1078/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 décembre 2017

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VERNIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Catarina MONTEIRO
SANTOS

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et
Georges ZUFFEREY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1983, suisse d'origine kosovare, mariée, mère de deux enfants, nés respectivement les _____ 2004 et _____ 2007, travaillait en qualité de femme de chambre auxiliaire à l'hôtel B_____ (ci-après : l'employeur) dans le canton de Genève.
2. Le 19 mai 2011, sur son lieu de travail, l'assurée a chuté et sa tête a heurté le rebord de la baignoire.
3. Le lendemain, l'employeur a annoncé l'accident à Helsana assurances SA, intervenant en qualité d'assureur LAA. Il a indiqué que l'assurée accomplissait, avec des horaires variables, vingt-et-une heures par semaine, réparties sur deux jours et demi, l'horaire habituel de travail dans l'entreprise étant de quarante-deux heures hebdomadaires.
4. Dans son rapport du 17 janvier 2012, Madame C_____, psychologue FSP, spécialiste en neuropsychologie FSP, a noté que l'assurée, dans les suites de l'accident du 19 mai 2011, se plaignait de vertiges, douleurs à la nuque, épuisement, peine à se concentrer selon le stress. La concentration entraînait rapidement des douleurs dans les yeux et la tête tournait. L'examen cognitif avait mis en évidence un ralentissement, des troubles attentionnels, de faibles scores aux épreuves de mémoire et une faiblesse des capacités de mobilisation psychique.
5. Dans son rapport du 14 mars 2012, le docteur D_____, spécialiste FMH en otorhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, lequel avait examiné l'assurée les 20 et 27 septembre 2011, a indiqué qu'il avait pu mettre en évidence une atteinte vestibulaire périphérique droite, une neuronite vestibulaire. Une telle atteinte pouvait être la conséquence d'un traumatisme crânien, même parfois banal. Il ajoutait que l'assurée avait signalé avoir saigné du nez au moment de son accident. Un scanner du massif facial réalisé le 24 octobre 2011 montrait bien une ancienne fracture de l'os propre du nez, non déplacée. Il y avait donc certainement bien eu, comme la patiente l'avait déclaré, un impact au niveau de la tête.
6. Dans son rapport du 27 juillet 2012, le docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin traitant, a posé le diagnostic de syndrome post-traumatique avec vertiges, céphalées, fatigue, photophobie. L'incapacité de travail de l'assurée était totale dans son travail de femme de chambre. Les limitations étaient des troubles de l'humeur et un état dépressif réactionnel.
7. Le 8 octobre 2012, l'assurée a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations d'assurance-invalidité, invoquant des « maux de tête, etc » consécutifs à un accident, l'atteinte à la santé existant dès le 19 mai 2011, jour dès lequel elle était en incapacité de travail.
8. Dans le questionnaire complété le 15 octobre 2012, l'employeur a mentionné que l'assurée a travaillé en qualité de femme de chambre auxiliaire du 12 septembre 2010 au 31 octobre 2011, date à laquelle il a résilié le contrat de travail, à l'issue du

délai de protection. L'intéressée n'avait pas repris le travail à la suite de l'accident du 19 mai 2011.

9. Par avis du 11 avril 2013, les doctoresses F_____, et G_____, respectivement médecin SMR et médecin responsable SMR/SR Team Genève, se fondant sur les documents médicaux à disposition, ont considéré qu'il était nécessaire d'effectuer une expertise pluridisciplinaire confiée à un centre de type COMAI via la plateforme MED@P, comprenant les spécialités de neurologie avec bilan neuropsychologique-ORL-psychiatrie, afin de préciser les limitations fonctionnelles somatiques et psychiatriques, ainsi que leur impact sur la capacité de travail. Le rapport énumérait les questions à poser aux experts.
10. Les experts du centre d'expertise médicale de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU) ont rendu leur rapport le 22 juillet 2014. L'expertise se fonde sur l'étude du dossier AI, l'examen de médecine interne du 6 mai 2014, les consultations psychiatrique du 20 mai 2014, de neurologie du 2 juin 2014, de neuropsychologie du 5 juin 2014 et d'oto-rhino-laryngologie du 11 juin 2014. Les conclusions du rapport ont été discutées lors d'un colloque de synthèse le 1^{er} juillet 2014 en présence des doctoresses H_____ et I_____, spécialistes FMH en médecine interne, et du docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Le rapport d'expertise consigne une anamnèse familiale, personnelle et de l'affection actuelle. Il décrit les plaintes actuelles de l'expertisée, relève les éléments de l'anamnèse médicale systématique, psychosociale et professionnelle. Il mentionne le traitement actuel, consistant en la prise de médicaments et en la consultation tous les mois auprès du Dr E_____ « en qui elle a confiance ». Il n'y avait pas de suivi psychiatrique.

Le Dr K_____ a posé, sur le plan psychiatrique, les diagnostics d'épisode dépressif d'intensité moyenne (F32.1), de troubles neuropsychologiques en cours d'investigation et de troubles somatoformes douloureux (F45.4). L'état dépressif s'était installé après la chute au travail. Il était déjà observé par les médecins traitants en 2011 et s'aggravait depuis début 2014 en lien avec la non-évolution du syndrome douloureux, et possiblement du décès du père l'année précédente. L'état dépressif était avéré, ne répondait que très partiellement à l'administration d'antidépresseurs ; il constituait un obstacle important à la capacité de travail avec, notamment, la fatigue, l'aboulie, la perte d'espoir et la relative phobie sociale entraînant la limitation des capacités positives de l'assurée. Le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux était retenu eu égard au syndrome douloureux non entièrement expliqué apparemment par les altérations physiques observées. En conclusion, l'expert estimait que la capacité de travail était actuellement limitée mais qu'il conviendrait de réévaluer régulièrement la situation.

Le docteur L_____, spécialiste FMH en neurologie, a relevé qu'il n'y avait pas d'éléments à l'anamnèse, à l'examen clinique et aux examens complémentaires pour

conclure à une atteinte structurelle majeure du système nerveux central faisant suite à l'accident. Si le traumatisme cervico-crânien du 19 mai 2011 pouvait expliquer la survenue de troubles, il existait indubitablement une discordance entre l'importance actuelle de la symptomatologie et la discrétion de l'événement accidentel. Selon lui, à moins de la démonstration d'une atteinte vestibulaire évidente au bilan ORL, les sensations vertigineuses décrites par la patiente avaient un caractère de sensations vertigineuses sans substrat somatique/d'origine anxio-tensionnelle. Le ralentissement et le manque de moral allaient également dans le sens d'un trouble sans substrat somatique. Il n'existait pas d'atteinte somatique justifiant la reconnaissance d'une incapacité de travail dans l'activité exercée préalablement ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible. Sur le plan thérapeutique, il s'agissait de poursuivre le traitement actuel. En principe, une prise en charge psychologique était souhaitable.

Madame M_____, psychologue, spécialiste en neuropsychologie FSP, adjointe au service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV, a posé le diagnostic de défaut et fragilité attentionnels (avec notamment sensibilité à l'interférence) au premier plan, et fatigabilité. Elle a retenu de faibles performances de la mémoire de travail, de la mémoire immédiate et antérograde, traduisant un défaut d'attention avec fragilité, sensibilité à l'interférence, qui lui paraissait s'inscrire de manière prépondérante dans le cadre des probables troubles de l'humeur décrits. Sur le plan strictement neuropsychologique, ces éléments étaient de nature à diminuer la capacité de travail dans l'activité précédemment exercée de 10 à 20 %, et le rendement d'environ 20 à 30 % ; soit une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 50 %.

Le docteur N_____, spécialiste FMH en ORL et chirurgie cervico-faciale, médecin-chef en otoneurologie au CHUV, a relevé que l'examen (examen vestibulaire clinique, vidéoscopie, audiogramme tonal, vidéonystagmographie, examen otoneurologique clinique et instrumental) était sans particularité. La patiente présentait des vertiges post-traumatiques persistants, sans substrat organique objectivable, associés à un cortège de multiples autres plaintes post-traumatiques et des troubles neuropsychologiques. Au vu du résultat de l'examen, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles en lien avec les vertiges. La capacité de travail était complète sur le plan otoneurologique.

Au final, et après consilium de synthèse, les diagnostics suivants ont été posés :

- avec influence essentielle sur la capacité de travail : épisode dépressif d'intensité moyenne avec troubles neuropsychologiques (F32.1) ;
- sans influence essentielle sur la capacité de travail : vertiges post-traumatiques chroniques; céphalées tensionnelles post-traumatiques chroniques; troubles somatoformes douloureux (F45. 4) ; status après traumatisme crânien le 19 mai 2011.

Les experts ont retenu, au plan somatique, qu'il n'y avait actuellement plus de substrat organique objectivable pour expliquer la persistance au long cours de vertiges, symptômes qui s'inscrivaient, comme les céphalées d'ailleurs, parmi un cortège de multiples autres plaintes également d'origine psychique, neuropsychologique. D'un point de vue psychiatrique, les symptômes et les signes cliniques correspondaient à un épisode dépressif d'intensité moyenne, diagnostic actuellement au premier plan, dépassant les troubles thymiques apparentés aux troubles somatoformes.

Bien que les capacités d'introspection de la patiente parussent faibles, limitant ce que l'on pourrait attendre d'un suivi psychothérapeutique spécialisé, les experts pensaient que la reprise d'un traitement antidépresseur serait utile, prescrit par le médecin traitant généraliste. Cela avait d'ailleurs permis d'améliorer quelque peu la symptomatologie précédemment. Bien que la patiente vécût dans un relatif isolement, déléguant quelques tâches ménagères à son entourage proche, les experts ont aussi retenu que les contacts sociaux existaient encore, qu'il n'y avait pas d'idées suicidaires concrètes, qu'il n'y avait pas eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Les limitations dues à l'atteinte à la santé étaient : quelques troubles cognitifs liés à la dépression, les troubles de la concentration et de la mémoire, la fatigabilité liée à l'état dépressif, une diminution de la résistance au stress. Étant donné son jeune âge, et la possible évolution positive des symptômes dépressifs avec un traitement antidépresseur, une réévaluation globale devrait intervenir dans deux ans environ.

Rétrospectivement, il y avait eu une incapacité de travail totale à partir du 19 mai 2011 jusqu'au début 2013 étant donné qu'en mars 2012, l'ORL décrivait encore un tableau compatible avec une atteinte vestibulaire périphérique droite. Anamnestiquement, l'état dépressif avait débuté dans les suites de l'accident mais avait été plus important dès l'année 2013 (début du traitement de paroxétine par le médecin traitant fin 2012) et surtout début 2014, avec comme facteur de stress extérieur probable, le décès du père, mort d'un cancer. Dès le début de l'année 2013 (jusqu'à ce jour), les experts retenaient une incapacité de travail de 50% dans toute activité en raison du trouble psychiatrique, alors que la capacité de travail aurait théoriquement dû être à nouveau entière d'un point de vue somatique strict (pas de lésions neurologiques objectivables et examen ORL actuellement normal).

11. Dans son rapport final du 7 octobre 2014, la Dresse F_____, médecin SMR, a, sur la base des résultats de l'expertise, retenu le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne comme atteinte principale à la santé, et l'atteinte vestibulaire droite en tant que pathologie associée du ressort de l'AI. S'agissant des facteurs diagnostics associés n'étant pas du ressort de l'AI, elle a retenu les vertiges post-traumatiques chroniques, les céphalées tensionnelles post-traumatiques chroniques, le trouble somatoforme douloureux, le status après le traumatisme crânien du 19 mai 2011. Quant à l'incapacité de travail, elle était de 100 % dès le 19 mai 2011 et de 50 % dès janvier 2013 dans toute activité. Les limitations fonctionnelles étaient : ralentissement psychomoteur, troubles attentionnels, troubles de la mémoire,

fatigabilité, diminution de la résistance au stress. En cas d'octroi de prestations, la révision devrait intervenir dans dix-huit mois.

12. Le 2 décembre 2014, une enquête économique sur le ménage a eu lieu au domicile de l'assurée. Dans le rapport y relatif du 8 décembre 2014, l'enquêtrice a évalué les travaux habituels comme suit:

Champ d'activités	Exigibilité	Pondération champ d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
5.1 conduite du ménage 2-5 % exigibilité	20 %	2 %	40 % 20 %	0,8 % 0,4 %
5.2 Alimentation 10-50 % Préparation/cuisson /service/nettoyage cuisine/provisions exigibilité	30 %	28 %	40 % 10 %	11,2 % 2,8 %
5.3 Entretien du logement 5-20 % épousseter/aspirateur/sols/vitres/lits exigibilité	30 %	20 %	50 % 20 %	10 % 4%
5.4 Emplettes et courses diverses 5-10% poste/assurances/services officiels exigibilité	35%	10 %	35 % 0 %	3,5 % 0 %
5.5 Lessive/entretien des vêtements 5-20% laver/suspendre/ramasser/repasser..., exigibilité	30 %	20 %	40 % 10 %	8 % 2 %
5.6 Soins aux enfants et aux autres membres de la famille 0-30% Exigibilité	15 %	20 %	30 % 15 %	6 % 3 %
5.7 Divers 0-50% soins infirmiers/entretien plantes et jardin/animaux domestiques/confection vêtements/activités d'utilité publique/formation complémentaire/... Exigibilité	0 %	0 %	0 % 0 %	0 % 0 %
Total du champ d'activité				100 %
Total de l'exigibilité retenue				27,30 %
Total-empêchement pondéré sans exigibilité				39,50 %

Total – empêchement pondéré avec exigibilité				12,20 %
---	--	--	--	----------------

13. Le 12 décembre 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision refusant toute prestation. Avant l'atteinte à la santé, par choix personnel, elle exerçait une activité professionnelle à temps partiel à raison de vingt-et-une heures par semaine. Compte tenu de l'horaire pour un plein temps au sein de l'entreprise, son taux d'activité était de 50%. Il était vraisemblable que, sans atteinte à la santé, elle aurait continué à exercer son activité habituelle au même taux. Le statut d'assurée retenu était celui d'une personne se consacrant à 50% à son activité professionnelle et les 50% restants à l'accomplissant de ses travaux habituels. D'après l'enquête économique sur le ménage, ses empêchements dans la sphère ménagère avaient été évalués à 12,20 %. Au terme de l'instruction médicale, selon le SMR son atteinte à la santé entraînait une incapacité de travail de 100 % dans toute activité depuis le 19 mai 2011 (début du délai d'attente d'un an). À l'échéance du délai de carence d'une année, soit au 19 mai 2012, son degré d'invalidité découlait du calcul suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	% invalidité
Professionnelle	50 %	100 %	50,00%
Ménage	50 %	12,20 %	<u>6,10 %</u>
Total taux invalidité			56,10 %

Une invalidité de 56,10% ouvrait en principe le droit à une demi-rente. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée tardivement le 8 octobre 2012, le droit à la rente prenait naissance dès le mois d'avril 2013. À cette date, son état de santé s'était progressivement amélioré, permettant d'établir une capacité de travail à 50 % et ce, dès janvier 2013. Il convenait dès lors de procéder à un nouveau calcul dès cette date, afin de calculer son droit à des prestations de l'assurance sous forme de rente :

Activité partielle	Part	Empêchement	% invalidité
Professionnelle	50 %	0 %	0,00%
Ménage	50 %	12,20 %	<u>6,10 %</u>
Total taux invalidité			6,10 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnant pas droit à une rente d'invalidité, la demande était rejetée.

14. Le 6 février 2015, après audition, l'OAI a notifié à l'assurée sa décision en tous points conformes au projet susmentionné.
15. Par acte du 17 février 2015, l'assurée a formé recours contre cette décision, estimant qu'elle avait droit à une "invalidité" de 50 %, ce qui était l'avis de l'expert. Depuis l'expertise, son état de santé ne s'était pas amélioré. Elle était toujours incapable d'assumer non seulement une activité professionnelle, mais également la prise en charge de ses obligations familiales à l'égard de ses enfants. Elle joignait à son courrier des certificats médicaux des Drs E_____, et J_____, psychiatre FMH.

16. Selon le certificat du 17 février 2015 du Dr E_____, l'assurée souffrait d'une affection post-traumatique chronique avec une incapacité de travail qui se prolongeait à l'heure actuelle. Son état de santé ne s'était pas amélioré. Ayant suivi cette patiente depuis plusieurs années, il avait pu constater que malheureusement elle ne présentait aucune amélioration objective de son état de santé à même d'améliorer sa capacité de travail. De plus, la prise en charge de ses enfants, tant du point de vue pratique que financier, devenait de plus en plus difficile voire impossible à assumer, ce qui à terme pourrait avoir un impact psychologique néfaste au recouvrement de son état de santé.
17. Quant au Dr J_____, il explique dans un rapport du 24 février 2015 suivre l'assurée depuis le mois de février 2015 dans le cadre d'un trouble anxio-dépressif évoluant depuis plusieurs années. L'assurée présentait un état dépressif et des états d'anxiété avec une altération du fonctionnement adaptatif actuel et passé dans des secteurs tels que les aptitudes sociales, interpersonnelles et professionnelles. Ces troubles étaient en lien avec son vécu, la crainte d'être confrontée à une image d'elle-même, et aux situations mal identifiées, qu'elle craignait de ne pas maîtriser. Ces troubles mettaient inévitablement en échec ses divers projets professionnels et personnels. La symptomatologie n'avait pas tellement changé depuis plusieurs années, le même tableau persistait avec l'attention et la concentration légèrement perturbées. La perception de l'avenir était inexistante. Elle exprimait un sentiment de culpabilité vis-à-vis de la situation sociale et professionnelle, un manque de confiance, une perte de l'estime de soi, des idées noires sans velléités suicidaires. Il n'y avait pas d'éléments de la lignée psychotique. Sans mesure médicale appropriée, le pronostic était sombre. Elle avait besoin d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier associé à un traitement médicamenteux. L'ensemble des troubles psychiques influençait de manière négative sa capacité de travail. Son rendement sans mesure appropriée était faible. Les troubles de l'humeur ne lui permettaient pas d'exercer une activité professionnelle, son état de santé actuel induisait une incapacité de travail à 100 %.
18. Après divers errements de procédure, par arrêt du 16 novembre 2015 (ATAS/887/2015), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision du 6 février 2015, et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

Après avoir reconnu une pleine valeur probante au rapport d'enquête ménagère, la chambre de céans a relevé que le statut mixte à raison de 50% pour la part active et 50% pour les travaux habituels était justifié, ce que la recourante ne contestait d'ailleurs pas.

S'agissant du rapport d'expertise, si les experts retenaient en définitive le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, sans influence sur la capacité de travail, il était difficile de comprendre les raisons pour lesquelles ils parvenaient à cette conclusion, puisqu'ils considéraient tout de même que la capacité de travail était limitée par des atteintes psychiques depuis le début 2013. La cause était ainsi

insuffisamment instruite pour trancher ; les experts n'avaient pas tenu compte des exigences posées par la nouvelle jurisprudence, applicable au cas d'espèce, en matière de troubles somatoformes douloureux, notamment des incidences du trouble dépressif diagnostiqué sur les ressources de la recourante, en particulier sur le plan psychique, pour surmonter ses troubles somatoformes douloureux persistants, ainsi que de la nouvelle approche selon le complexe de personnalité.

Cela étant, le rapport d'expertise avait été établi par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations et d'investigations approfondies, ainsi qu'en pleine connaissance de l'anamnèse. Les experts avaient explicité les raisons pour lesquelles ils s'étaient écartés des constatations antérieures des médecins traitants. Leur analyse devait uniquement être complétée dans le sens qui précédait afin de pouvoir apprécier sa force probante en toute connaissance de cause. En outre, ni la recourante - qui revendiquait un taux de capacité de travail de 50% -, ni ses médecins traitants - qui n'avaient apporté aucun élément nouveau dont il n'avait pas été tenu compte dans l'expertise - n'avaient remis en cause les conclusions de l'expertise. Dans cette mesure, une nouvelle expertise pluridisciplinaire était superflue. En revanche, il se justifiait d'ordonner un complément d'expertise, fondé sur la liste des indicateurs établis par la jurisprudence précitée. Dans ce cadre, les experts - qui avaient noté que la situation, vu le relativement jeune âge de l'intéressée, devrait être revue dans les dix-huit mois à deux ans environ - étaient invités à faire le point de la situation même si le délai initialement préconisé n'était pas encore atteint. Enfin, le rapport d'enquête ménagère, postérieur à l'expertise, et donc non soumis aux experts, pourrait leur apporter des éléments d'appréciation utiles dans le cadre du complément d'expertise qui leur serait demandé.

19. Le 22 janvier 2016, l'intimé a fait savoir à la recourante qu'il avait mandaté un complément d'expertise auprès de la PMU conformément à l'arrêt précité.
20. Le 3 février 2016, les Dresses I_____ et H_____ ont écrit à l'intimé qu'après relecture de leur expertise, il apparaissait que celle-ci incluait tous les indicateurs nécessaires à l'évaluation des troubles somatoformes douloureux selon la nouvelle jurisprudence. Si le rapport n'était toutefois pas convaincant sur la base des indicateurs déterminants et si la situation devait être revue en connaissance de nouveaux documents postérieurs à la réalisation de l'expertise, elles étaient disposées à réaliser une nouvelle expertise pluridisciplinaire comprenant au moins les spécialités de médecine interne, psychiatrie et neuropsychologie.
21. Le 12 février 2016, l'intimé a répondu à la PMU que l'expertise répondait aux critères de qualité requis, mais qu'elle n'avait pas suffisamment instruit le cas à la lumière de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux. Une nouvelle expertise pluridisciplinaire étant superflue selon l'arrêt de renvoi, la PMU était invitée à mettre en place uniquement un complément d'expertise fondé sur la liste des indicateurs établis par la nouvelle jurisprudence.

22. Dans leur complément d'expertise du 23 février 2016, les Dresses I_____ et H_____ ont noté, s'agissant du contexte social, que, quand bien même les contacts sociaux étaient décrits comme diminués, ils ne s'étaient pas pour autant effondrés, la recourante ayant gardé des contacts avec toute sa famille et ses voisins. Pour la tenue du ménage, la description donnée par la recourante en mai 2014 était superposable à celle retrouvée dans l'enquête économique sur le ménage de décembre 2014. Les limitations décrites par la recourante étaient concordantes avec celles qu'elle décrivait dans son activité professionnelle. Comme situation de vie à l'origine des problèmes psychiatriques, était relevé, en tant que facteur de stress extérieur, le décès du père survenu en 2013. Concernant l'adhésion à la thérapie, la recourante n'avait pas de suivi psychiatrique, « elle n'arriv[ait] pas à se livrer facilement, sauf à son médecin traitant ». Dans la prise en charge thérapeutique actuelle, la médication antidépressive (Paroxétine) avait été stoppée par le médecin traitant en raison d'un problème digestif de type gastrite infectieuse. Une autre classe d'antidépresseurs pourrait toutefois être tentée. Au vu de la possible évolution des symptômes dépressifs avec un traitement antidépresseur, il convenait de réévaluer la situation dans deux ans environ après le début du traitement.

S'agissant de l'atteinte à la santé, elles ont mentionné que les limitations fonctionnelles retenues (troubles cognitifs avec trouble de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, diminution de la résistance au stress) étaient liées à l'état dépressif. Il n'existait aucun argument pour retenir une exagération des symptômes ou une simulation. Les symptômes qui entraînaient les troubles cognitifs et la fatigabilité avaient pu être objectivés par les tests et l'examen neuropsychologique, laquelle était d'ailleurs superposable à l'investigation neuropsychologique réalisée en 2012. L'examen psychiatrique n'avait pas mis en évidence de trouble de la personnalité. Les capacités d'introspection de la recourante paraissaient cependant faibles, limitant les chances de succès d'un suivi psychothérapeutique spécialisé. En ce sens, il était compréhensible que l'examinée n'eût pas adhéré à un suivi psychiatrique mais préférât être suivie par son médecin généraliste. Elle pourrait alors bénéficier d'un traitement antidépresseur prescrit par celui-ci. Quant aux ressources de celle-ci, lorsqu'elle avait bénéficié d'un traitement antidépresseur, elle notait une légère atténuation des symptômes dépressifs. Dans ce contexte, il était possible d'espérer que ses ressources ne fussent pas totalement effondrées et que la reprise d'un traitement antidépresseur pût améliorer la symptomatologie dépressive. Elle présentait en outre un bon encadrement familial. Le seul diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail était l'épisode dépressif d'intensité moyenne avec des troubles neuropsychologiques. Le trouble somatoforme douloureux persistant était nettement au second plan et n'avait, en lui seul, pas de répercussion sur la capacité de travail.

Pour ce qui était de la cohérence, les symptômes et les limitations décrits par la recourante étaient cohérents au vu des examens neuropsychologique et psychiatrique réalisés dans le cadre de l'expertise. Elle paraissait démonstrative lors

de certains examens somatiques, ce qui pouvait s'expliquer par la présence du syndrome somatoforme douloureux persistant. Concernant les répercussions sur la capacité de travail, les limitations mises en évidence, en particulier lors de l'examen neuropsychologique, entraînaient une diminution de la capacité de travail, évaluée à 50% dans toute activité. Les limitations neuropsychologiques étaient principalement à l'origine de l'incapacité de travail. Les limitations se retrouvaient également dans la tenue du ménage et dans les loisirs, fortement réduits depuis l'atteinte à la santé. Concernant la chronologie de la capacité de travail au cours du temps, les expertes renvoyaient l'intimé à l'expertise, dans laquelle une réévaluation de la situation était préconisée après deux ans, soit dans le courant 2016.

23. Par avis du 12 avril 2016, le SMR, après avoir résumé le complément d'expertise, s'est aligné sur les conclusions des expertes. Le trouble somatoforme douloureux était retenu comme non-incapacitant. L'atteinte incapacitante était l'atteinte psychiatrique à type d'épisode dépressif moyen et surtout les troubles neurocognitifs démontrés par l'examen neuropsychologique. Les limitations décrites dans l'enquête ménagère étaient en concordance avec l'atteinte. Les expertes maintenaient l'évolution des incapacités de travail telle que décrite dans le rapport final SMR du 7 octobre 2014. À la lumière des nouveaux indicateurs et au vu du complément d'expertise, le rapport final SMR précité demeurait valide. Un suivi psychiatrique de six mois était exigible.
24. Dans un projet de décision du 26 mai 2016, l'intimé a refusé le droit à des prestations. S'appuyant sur le complément d'expertise, ainsi que sur l'avis précité du SMR, il a considéré que le trouble somatoforme n'était pas incapacitant. Les conclusions retenues dans la décision du 6 février 2015 étaient maintenues.
25. Le 1^{er} juillet 2016, par l'entremise de son conseil, la recourante s'est opposée audit projet de décision. Elle a produit les documents suivants :
 - le rapport du Dr E_____ du 27 août 2015, aux termes duquel la recourante avait été victime d'un accident de travail le 19 mai 2011 ayant causé un impact crânien, un syndrome post-traumatique marqué, une perte de ses facultés cognitives transitoires sous forme de troubles de la concentration, de céphalées et malaises paroxystiques. Sur le plan objectif, il existait une atteinte vestibulaire bilatérale, et sur le plan neuropsychologique, un ralentissement, des troubles attentionnels, un faible score aux épreuves de mémoire, une faiblesse des capacités de mobilisation psychique. Sur le long terme, persistaient des troubles de l'humeur, un état anxiodépressif réactionnel, et une symptomatologie douloureuse pouvant être assimilée à un trouble somatoforme. Ces affections conduisaient à une incapacité de travail prolongée, et impactait également sa vie quotidienne, notamment ses obligations familiales. Ses ressources personnelles étaient insuffisantes pour recouvrer son état de santé en raison de la non-reconnaissance par sa hiérarchie

professionnelle et du contexte familial parfois difficile. Elle souffrait par ailleurs d'affections urologique, gastroentérologique et orthopédique ;

- le rapport du Dr J_____ du 27 août 2015, qui a repris la teneur de son rapport du 24 février 2015 et ajouté qu'au niveau du status psychiatrique l'assurée présentait une difficulté de concentration, une baisse de l'humeur, une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour les activités normalement agréables, une augmentation de la fatigabilité, nécessitant plus de force pour les tâches quotidiennes, une sensation de perte de l'indépendance et de l'image de soi. Elle souffrait de troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement et de réveils fréquents associés à des cauchemars, d'une rumination de sa situation tant sociale que professionnelle. Elle décrivait des idées noires, sans vellétés suicidaires. Ses symptômes montraient la fragilité de son état psychique. Le médecin a recommandé une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique ainsi que des mesures de réadaptation professionnelles, afin de permettre une stabilité clinique à long terme, une amélioration du fonctionnement social et professionnel et une diminution des risques de décompensation psychiatrique voire d'une hospitalisation. Le rendement, sans mesure appropriée, était faible. Les troubles de l'humeur ne lui permettaient pas d'exercer une activité professionnelle. Sa capacité de travail était nulle.

Sur la base de ces documents, la recourante a conclu à l'annulation du projet de décision et à l'octroi d'une rente entière voire d'une demi-rente. Elle a relevé que, dans sa décision du 6 février 2015, l'intimé avait retenu une incapacité de travail de 50%, ouvrant la voie à une demi-rente. Contre toute attente, il avait ensuite considéré que son état de santé s'était amélioré à compter de janvier 2013, ce qui était contesté.

26. Par avis du 11 août 2016, le SMR a noté qu'aucun élément médical objectif (ou fait médical nouveau) n'était mentionné dans le rapport du Dr E_____. L'anamnèse et des constatations décrites par le Dr J_____ étaient quant à elles superposables à celles indiquées dans le rapport d'expertise du 22 juillet 2014. Les constatations du psychiatre - lequel ne spécifiait ni la fréquence des consultations, ni les psychotropes doses ou observance thérapeutique - évoquaient un épisode dépressif d'intensité avec de troubles neuropsychologiques, à l'instar du Dr K_____. Aucun élément médical ne démontrait une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieure à l'expertise. Le Dr J_____ parvenait à une appréciation différente de celle du Dr K_____ quant à la capacité de travail de la recourante, alors que son état de santé était resté le même. Au vu de ces éléments, le SMR a estimé que son avis du 12 avril 2016 demeurait inchangé.
27. Par décision datée du 1^{er} juillet 2016 (sic), l'intimé a confirmé son projet de décision. Les documents médicaux produits ne faisaient état d'aucun élément nouveau qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise réalisée par le PMU. Ils

n'attestait pas non plus d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée survenue depuis lors.

28. Par acte du 19 septembre 2016, la recourante a, par l'intermédiaire de son conseil, formé recours contre cette décision, concluant, principalement, à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et à l'audition des Drs E_____ et J_____, principalement, à l'annulation de la décision attaquée, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 19 mai 2012, et au renvoi de la cause à l'intimé pour calcul de la rente, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction du dossier.

La recourante a argué que c'était à tort que l'intimé n'avait pas retenu de perte de rendement en plus d'une limitation du taux d'activité à 50%, alors que les troubles somatoformes avaient été diagnostiqués suite à l'expertise pluridisciplinaire. À cet égard le Dr J_____ avait estimé que son rendement était faible et qu'en l'état, ses troubles ne lui permettaient pas de travailler dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. L'intimé n'avait pas tenu compte de l'arrêt du Tribunal fédéral modifiant sa jurisprudence en matière d'évaluation du droit à la rente en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. Le diagnostic de trouble somatoforme présupposait un degré de gravité certain et il était nécessaire d'intégrer la question des ressources personnelles dont elle disposait eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évoluait. Il était ainsi indispensable qu'un expert se prononce sur la question de savoir si les troubles somatoformes douloureux dont elle souffrait étaient ou non incapacitants. À cet égard, le rapport du SMR (sic) ne constituait pas un examen médical sur la personne de la recourante et l'avis subséquent du SMR n'avait pas valeur d'expertise. Alors que dans l'arrêt de renvoi du 16 novembre 2015, la chambre de céans avait renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire auprès des experts de la PMU, ce dernier s'était borné à solliciter un avis à son service médical, ce qui était insuffisant et inadmissible. Ainsi, la recourante a exposé que l'instruction de son dossier était incomplète et erronée.

29. Dans sa réponse du 17 octobre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a argué que l'argument de la recourante - selon laquelle l'intimé s'était contenté de demander un avis à son service médical - tombait à faux : conformément à l'arrêt de renvoi, il avait procédé à un complément d'expertise auprès des experts de la PMU afin qu'ils se déterminent sur les indicateurs nécessaires à l'évaluation des troubles somatoformes douloureux selon la nouvelle jurisprudence en la matière. La recourante souffrait d'un épisode dépressif d'intensité moyenne. Elle ne bénéficiait plus de traitement antidépresseur, traitement qu'il faudrait, selon les experts, réintroduire. Elle ne présentait pas de trouble de la personnalité. L'atteinte incapacitante était en lien avec un épisode dépressif moyen et les limitations fonctionnelles étaient des troubles cognitifs avec des troubles de la concentration et de la mémoire, une fatigabilité et une diminution de la résistance au stress liée à l'état dépressif. En ce qui concernait le contexte social, la description donnée par la

recourante dans l'expertise de la PMU de juillet 2014 était superposable à celle relevée dans l'enquête économique sur le ménage de décembre 2014. Les limitations fonctionnelles étaient concordantes avec les limitations qu'elle décrivait dans son activité habituelle. Même si ses contacts sociaux étaient diminués, la recourante gardait des contacts avec toute sa famille et ses voisins. Enfin, les symptômes et les limitations étaient cohérents au vu des examens neuropsychologique et psychiatrique réalisés dans le cadre de l'expertise. L'examen des indicateurs jurisprudentiels permettait de confirmer l'absence de conséquences invalidantes du trouble somatoforme douloureux.

30. Dans sa réplique du 2 décembre 2016, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions. Elle contestait tous les éléments soulevés par l'intimé et sollicitait son audition ainsi que celle de ses médecins afin de mettre en lumière les conséquences invalidantes du trouble somatoforme douloureux dont elle souffrait.
31. Le 30 janvier 2017, la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle. À cette occasion, la recourante a déclaré qu'elle n'avait pas été réentendue par les experts à la suite de l'arrêt de renvoi du 16 novembre 2015. Elle n'était plus suivie par le Dr J_____, mais ne se souvenait pas depuis quand exactement ; après son opération du bassin l'an dernier, ayant eu lieu probablement en mars, elle ne parvenait pas à marcher très bien ni à suivre régulièrement ses rendez-vous. D'après ses souvenirs, jusqu'à cette opération, elle avait régulièrement suivi son traitement psychiatrique. Elle allait faire parvenir une attestation du Dr J_____ détaillant le nombre de consultations, les dates auxquelles elle s'y était rendue ainsi que la date à laquelle son suivi avait pris fin. Elle a ajouté que, de toute manière, elle souhaitait faire une pause par rapport au suivi psychiatrique ; elle ne se sentait pas à l'aise. Elle consultait, en revanche, régulièrement le Dr E_____, en principe, une fois par mois, ou deux à trois fois par mois si elle se sentait moins bien. Elle faisait confiance à ce spécialiste et préférait que ce soit lui qui lui prescrivait des antidépresseurs. Elle avait un meilleur contact avec son médecin généraliste. La manière dont le Dr J_____ lui posait des questions la perturbait. Il n'était pas méchant, mais elle se sentait obligée de prendre des calmants pour récupérer. Sur le conseil du Dr E_____, elle avait consulté une psychologue, laquelle avait une approche et une manière de poser des questions similaires à celles du Dr J_____. La recourante avait l'impression que celle-ci ne la comprenait pas. Elle allait également transmettre un rapport du Dr E_____, précisant la fréquence et les dates des consultations. Elle n'avait pas tenté de retrouver un travail depuis le début de son incapacité attestée par ses médecins. Son fils, 12 ans actuellement, l'aidait dans les tâches ménagères, tandis que sa fille, 9 ans et demi, savait que sa mère était malade, mais ne comprenait pas ce que cela impliquait. Son époux, qui travaillait dans un restaurant, ne l'aidait pas régulièrement pour les tâches ménagères, notamment lorsqu'il s'occupait des enfants, il était plus réticent à l'aider encore pour les autres tâches ménagères. Elle passait l'essentiel de ses journées à la maison, à dormir, surtout quand elle prenait

des calmants. Lorsqu'elle croisait des connaissances, celles-ci lui disaient qu'elles ne la reconnaissaient pas ; elle avait beaucoup changé, pris du poids, et n'était plus aussi coquette qu'à l'époque. À la maison, elle se sentait ensuite obligée de prendre des calmants.

Quant à son conseil, laquelle n'évoquait à nul instant le rapport complémentaire de la PMU, sauf à mettre la date du 23 février 2016 en relation avec l'avis du SMR qui était en réalité daté du 12 avril 2016, elle a affirmé qu'elle ne se souvenait pas avoir eu connaissance du rapport d'expertise complémentaire, pas plus de l'avis du SMR précité, puisque dans son esprit, elle faisait allusion à la pièce 81 intimé. Après que la chambre de céans lui ait fait observer que cette pièce correspondait à la copie de la transmission du dossier au SMR, le conseil a spécifié qu'elle avait bien eu connaissance de l'avis du SMR d'avril 2016, mais elle n'était pas en mesure de confirmer de manière absolue si la copie du dossier qu'elle avait reçue en son temps de l'intimé contenait le rapport d'expertise complémentaire.

Elle a produit le rapport du Dr E_____ du 26 janvier 2017, dont la teneur était identique à celui du 27 août 2015.

La représentante de l'intimé a ensuite indiqué qu'elle n'était pas en mesure de dire si les experts de la PMU avaient ou non eu connaissance des rapports des Drs E_____ et J_____ d'août 2015 lors de leur examen complémentaire du début 2016, n'ayant aucune trace au dossier de l'envoi d'un CD-Rom aux experts, ni de correspondance le mentionnant.

Sur quoi, la chambre de céans a imparti un délai aux parties afin que la recourante produise les avis des Drs E_____ et J_____ et se détermine sur le rapport complémentaire d'expertise, et pour que l'intimé apporte toutes précisions complémentaires quant au matériel qui avait été transmis à la PMU en vue de son rapport complémentaire du 23 février 2016.

32. Dans sa détermination du 28 février 2017, la recourante a relevé que les experts de la PMU avaient noté qu'il « appara[issait] que l'on trouv[ait] dans cette dernière (l'expertise) tous les indicateurs nécessaires à l'évaluation des troubles somatoformes douloureux selon la jurisprudence du 3 juin 2016 ». Si le rapport n'était pas convaincant et si l'intimé désirait que la situation soit revue en connaissance de nouveaux documents postérieurs à la réalisation du rapport d'expertise, la PMU était disposée à réaliser une nouvelle expertise pluridisciplinaire comprenant au moins les spécialités de médecine interne, psychiatrie et neuropsychologie. Malgré l'avis des experts, l'intimé n'avait pas estimé utile d'ordonner une nouvelle expertise pluridisciplinaire, ou à tout le moins, de transmettre les nouveaux documents médicaux postérieurs à l'expertise du 22 juillet 2014. Dès lors que les experts n'avaient pas eu connaissance des rapports des Drs E_____ et J_____ d'août 2015 lors de l'établissement de leur complément d'expertise, celui-ci était d'emblée incomplet. En outre, le complément d'expertise ne permettait pas de répondre avec exactitude à la question de savoir si

les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé constatée médicalement étaient prouvées de manière définitive et sans contradiction avec une vraisemblance prépondérante au moyen des indicateurs standard. Il s'agissait plutôt d'une appréciation des experts et non d'une réelle instruction complémentaire. Ainsi, la recourante a nié toute force probante au complément d'expertise, et ajouté que le rapport d'enquête ménagère, postérieur à l'expertise pluridisciplinaire, n'avait pas été soumis aux experts.

Elle a enfin versé au dossier les documents suivants :

- le rapport du 10 février 2017 du Dr E_____, aux termes duquel la recourante l'avait consulté à cinq reprises en 2011 et en 2016, douze fois en 2012, dix fois en 2013 et 2015, et neuf fois en 2014. L'antidépresseur Deroxat pris pendant plusieurs mois avait été arrêté, n'ayant pas apporté de bénéfice significatif. Le traitement antalgique actuel comprenait le Dafalgan 1g 1 à 3 cp./j en réserve, le Tramal 20 gouttes 2 à 3 ×/j. en réserve selon l'intensité des douleurs, l'Irfen 400 mg (même indication que le Dafalgan). Elle bénéficiait en outre d'une protection gastrique sous la forme de Pantoprazol 40 mg. La consultation auprès du Dr J_____ avait cessé, car elle ne se sentait pas écoutée. Enfin, elle ne suivait actuellement pas les séances de physiothérapie ;
 - le rapport du 14 février 2017 du Dr J_____, selon lequel le suivi psychiatrique et psychothérapeutique s'était déroulé du 24 février au 27 août 2015, une fois chaque mois entre février et juillet, puis à deux reprises en août.
33. Dans son écriture du 28 février 2017, l'intimé a mentionné que les pièces transmises à la PMU en vue du rapport complémentaire étaient les suivantes : l'arrêt de renvoi ; l'enquête ménagère ; le projet de décision du 12 décembre 2014 ; la décision du 6 février 2015, ainsi que la lettre de la recourante du 30 décembre 2014. Quant aux rapports des Drs E_____ et J_____ d'août 2015, ils avaient été transmis au SMR, lequel s'était prononcé dans un avis du 11 août 2016. Se basant sur cet avis, l'intimé a répété que ces rapports ne modifiaient pas son appréciation. Il a également mis en exergue que la recourante avait affirmé lors de l'audience qu'elle n'était plus suivie par le Dr J_____. Au vu de ces éléments, selon l'intimé, le complément d'expertise de la PMU devait se voir reconnaître pleine valeur probante.
34. Dans ses observations du 23 mars 2017, la recourante a relevé que, rien ne laissait supposer que l'avis des experts n'aurait pas changé si ces derniers avaient eu accès aux rapports des Drs E_____ et J_____ d'août 2015.
35. Dans ses observations du même jour, l'intimé a indiqué que, contrairement aux dires de la recourante, il avait mis en place un complément d'expertise auprès de la PMU et transmis aux experts l'enquête ménagère. Enfin, les rapports des médecins traitants n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation du cas.
36. Copie de ces écritures a été communiquée aux parties, et la cause 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.

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

3. 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, au vu des faits pertinents qui remontent au 19 mai 2011, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision et la révision 6a 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 (arrêt du Tribunal fédéral 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).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé le 19 septembre 2016 contre la décision litigieuse du 1^{er} juillet 2016, reçue par la recourante le 19 août 2016, le recours a été interjeté en temps utile, étant par ailleurs relevé que le délai de recours, expirant en l'occurrence le dimanche 18 septembre 2016, était reporté au lundi 19 septembre 2016 (art. 38 al. 3 LPGA).

Le recours satisfait, en outre, aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA.

Le présent recours sera donc déclaré recevable.

5. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité.
6. 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).
7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi

objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement 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 I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

Le Tribunal fédéral fait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il a notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse – rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement – qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2^{ème} phrase LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 p. 197 et les références; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cette jurisprudence a pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive doit reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2).

9. a. Les atteintes à la santé pertinentes au sens de l'AI peuvent être des atteintes à la santé physique, mentale ou psychique, y compris psychosomatique. Cette dernière catégorie d'atteintes comporte les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (autrement appelées « troubles somatoformes douloureux »)

et d'autres affections psychosomatiques assimilées (cf. ATAS/1010/2016 du 6 décembre 2016 consid. 7b). Ce diagnostic présuppose en effet une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien ([CIM-10], ad F45.40; voir également ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 p. 285) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_533/2016 du 27 octobre 2016 consid. 4.2).

b. Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité.

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).

c. Dans un arrêt de principe du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral avait posé la présomption que les affections psychosomatiques pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible, si bien que les personnes concernées n'avaient en règle générale aucun droit à une rente de l'assurance-invalidité. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Au premier plan de ces critères figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; d'autres critères pouvaient tenir à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, des affections corporelles chroniques, 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, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit d'une attitude coopérative de l'assuré. Plus ces critères se manifestaient et imprégnaient les constatations médicales, moins une exigibilité d'un effort de volonté pouvait être admise; à l'inverse, le droit à des prestations d'assurance devait être nié si des limitations d'exercice d'une activité lucrative résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, comme une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissaient l'expert insensible, et l'allégation d'un lourd handicap malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65; 131 V 49; 130 V 352).

d. Selon un nouvel arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption 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. 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.

Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, 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 dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré.

Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si l'assuré est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs), si possible en comparant le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie.

10. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus

(art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

11. 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).
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 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge

ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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).

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 N. 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).

13. 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).

14. 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 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).
15. a. En l'occurrence, par arrêt du 16 novembre 2015 (ATAS/887/2015), la chambre de céans avait considéré que la décision du 6 février 2015, laquelle reposait sur l'expertise pluridisciplinaire de la PMU du 22 juillet 2014 ainsi que sur l'enquête économique sur le ménage du 8 décembre 2014, devait être annulée et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il mette en œuvre un complément d'expertise auprès de la PMU. À l'appui du renvoi, la chambre de céans avait observé que, si le rapport d'expertise précité avait été établi par des spécialistes des disciplines médicales pertinentes, au terme d'un examen approfondi, en pleine connaissance de l'anamnèse, leur analyse ne tenait pas compte des exigences posées par la nouvelle jurisprudence en cas de troubles somatoformes douloureux, notamment des incidences du trouble dépressif d'intensité moyenne diagnostiqué sur les ressources de la recourante pour surmonter ses troubles somatoformes douloureux ainsi que de la nouvelle approche selon le complexe de personnalité. Dans le cadre du complément d'expertise, les experts - qui avaient noté que la situation, vu le relativement jeune âge de la recourante, devrait être revue dans les dix-huit mois à deux ans environ - étaient invités à faire le point de la situation même si le délai initialement préconisé n'était pas encore atteint.

b. Il ressort du complément d'expertise du 23 février 2016 que le seul diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de la recourante est l'épisode dépressif d'intensité moyenne avec des troubles neuropsychologiques. Le trouble somatoforme douloureux persistant était au second plan et n'avait, à lui seul, pas de répercussion sur la capacité de travail.

c. Il convient de déterminer si, ainsi que le relèvent les experts, le trouble somatoforme douloureux est non-incapacitant au regard des nouveaux critères jurisprudentiels.

c/aa. S'agissant de l'atteinte à la santé, le diagnostic de trouble somatoforme, diagnostiqué par les experts, est admis par les parties (voir avis du SMR des 7 octobre 2014 et 12 avril 2016). En ce qui concerne le traitement, la recourante prenait un antidépresseur (Paroxétine), prescrit par son médecin traitant, et avait observé une légère atténuation des symptômes dépressifs. Elle avait toutefois dû arrêter cette médication en raison d'un problème digestif de type gastrite infectieuse. Dans la mesure où ses capacités d'introspection paraissaient faibles, limitant les chances de succès d'un suivi psychothérapeutique spécialisé, il était compréhensible qu'elle préférât être suivie par son médecin traitant. Dans ce cas, ce dernier pouvait lui prescrire une autre classe d'antidépresseurs pouvant améliorer sa symptomatologie dépressive. Force est ainsi de constater que le trouble psychique peut encore être traité médicalement ; les experts n'ont pas relevé l'échec définitif du traitement. S'agissant des comorbidités – étant spécifié que cet indice ne fait pas l'objet d'un chapitre spécifique – on déduit que les experts relèvent un état dépressif d'intensité moyenne avec des troubles neuropsychologiques (troubles cognitifs avec trouble de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, diminution de la résistance au stress). Ces limitations, liées à l'état dépressif, se retrouvaient tant dans son activité professionnelle que dans la tenue du ménage et des loisirs, fortement réduits depuis l'atteinte à la santé. En effet, à l'occasion de l'enquête économique sur le ménage en décembre 2014, la recourante avait affirmé à maintes reprises qu'elle se sentait fatiguée et stressée, depuis son atteinte à la santé, dès qu'elle entreprenait les divers travaux habituels. Cela étant, la recourante ne présentait pas un trouble de la personnalité, et quand bien même ses contacts sociaux étaient décrits comme diminués, ils ne s'étaient pas pour autant effondrés, car l'intéressée jouissait d'un bon encadrement familial et maintenait des relations avec ses voisins. Dans ce contexte, et compte de la possible évolution des symptômes dépressifs avec un (autre) traitement antidépresseur, ses ressources n'apparaissent pas totalement effondrées.

c/bb. En ce qui concerne la cohérence, les experts relèvent que les limitations fonctionnelles retenues limitaient la recourante de manière semblable dans son activité professionnelle et dans l'exécution de ses travaux habituels ainsi que dans les loisirs. Les symptômes manifestés avaient pu être objectivés par les tests et l'examen neurophysiologique, de sorte qu'il n'existait aucun argument pour retenir une exagération ou une simulation. En outre, bien qu'elle ait stoppé le traitement

antidépresseur prescrit par son médecin traitant et qu'elle n'ait pas un suivi psychiatrique spécialisé, en raison de ses capacités d'introspection faibles, la recourante consultait à répétitions le Dr E_____ chaque année depuis 2011 (cf. rapport dudit médecin du 10 février 2017). Force est ainsi de constater que la recourante n'a pas adopté un comportement incohérent, pouvant laisser à penser que ses limitations fonctionnelles seraient dues à d'autres raisons que son atteinte à la santé (psychique).

c/cc. Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'appréciation des experts, selon laquelle le trouble somatoforme douloureux était au second plan et n'avait, en lui seul, pas de répercussion sur la capacité de travail, n'apparaît pas critiquable. En effet, si les experts ont posé ce diagnostic, eu égard au fait que les symptômes somatiques (sensations vertigineuses) n'avaient pas pour origine un déficit organique - les examens neurologiques et ORL étant dans la norme -, ils n'ont pas relevé chez la recourante un sentiment de détresse. Or, le diagnostic de « trouble somatoforme » présuppose un certain degré de gravité. Ils ont, par contre, confirmé dans le complément d'expertise que les limitations neuropsychologiques liées à l'état dépressif étaient principalement à l'origine de l'incapacité de travail, évaluée à 50% dans toute activité. Quant à l'évolution de la capacité de travail dans le temps, les experts renvoient l'intimé à l'expertise du 22 juillet 2014, dans laquelle une réévaluation de la situation avait été préconisée dans le courant 2016.

d. Il s'ensuit que les experts ont complété leur expertise uniquement sur la base de l'état de fait existant en 2014. L'intimé n'a donc pas invité les experts, comme relevé dans l'arrêt de renvoi, à procéder à l'actualisation du dossier, alors que du 24 février au 27 août 2015, soit bien avant le complément d'expertise du 23 février 2016, la recourante avait consulté un psychiatre. L'intimé ne leur a pas non plus soumis les rapports des Drs E_____ et J_____ du 27 août 2015. Si, à l'instar du SMR (cf. avis du 11 août 2016), le Dr E_____ n'apporte pas d'élément nouveau, le Dr J_____ a, par contre, noté que la recourante souffrait de troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement et de réveils fréquents associés à des cauchemars, symptôme que les experts n'avaient pas été mentionnés dans le rapport d'expertise. Ainsi, à ce stade, on ne saurait suivre le SMR lorsqu'il écrit que le Dr J_____, qui considérait que la capacité de travail de sa patiente était nulle, parvenait à une appréciation différente de celle du Dr K_____ quant à la capacité de travail, alors que l'état de santé de la recourante était demeuré le même. Si, en 2014, les experts, après une analyse détaillée, convaincante, et exempte de contradictions, estimaient que la capacité de travail était nulle du 19 mai 2011 au 31 décembre 2012, puis de 50% depuis le 1^{er} janvier 2013 dans toute activité en raison du trouble psychiatrique, - évaluation au demeurant confirmée dans le complément d'expertise - on ignore depuis quand la capacité de travail serait à nouveau nulle selon le Dr J_____, celui-ci n'ayant pas fourni de précisions à cet égard.

e. Sur le vu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer sur la capacité de travail de la recourante, et partant sur son degré d'invalidité. Il se justifie par conséquent de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise psychiatrique auprès du Dr K_____, lequel a déjà connaissance du dossier de la recourante. L'expert devra prendre connaissance du dossier, y compris des rapports des médecins traitants du 27 août 2015, examiner et entendre la recourante, prendre tous renseignements utiles auprès des médecins ayant traité cette dernière, avant de rendre un rapport détaillé et motivé, clarifiant notamment l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis janvier 2013 dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (en précisant en quoi pourrait consister celle-ci). Si l'expert pose, à nouveau, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, il devra effectuer son analyse à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux.

Enfin, on ajoutera qu'une expertise sur le volet somatique n'est pas indispensable pour un double motif. D'une part, les experts avaient mis en exergue que l'examen neurologique et ORL était normal sans évidence d'une pathologie vestibulaire organique expliquant les vertiges chroniques, de sorte que la capacité de travail, sur le plan somatique strict, était entière dès janvier 2013 dans toute activité. D'autre part, postérieurement à l'expertise, dans son rapport du 27 août 2015, le Dr E_____ n'a pas relevé d'élément nouveau pouvant expliquer la symptomatologie persistante, et son appréciation selon laquelle les affections dont souffre la recourante - lesquelles sont identiques à celles prises en compte par les experts - conduiraient à une incapacité de travail prolongée, n'est étayée par aucun examen (ENG, scanner, autre).

L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision, après avoir, mis sur pied, le cas échéant, une nouvelle enquête ménagère, dès lors qu'il y a lieu de trancher le cas sur la base de faits dûment actualisés.

16. a. Enfin, dans la mesure où l'invalidité de la recourante, qui a le statut d'une assurée exerçant partiellement une activité lucrative, est évaluée d'après la méthode mixte, ce qui n'est ni contesté ni contestable (cf. arrêt de renvoi : ATAS/887/2015, p. 38), la chambre de céans observe, par économie de procédure - puisque la critique formulée ci-après est indépendante de la capacité de travail qui sera retenue par l'expert - que, s'agissant du calcul du degré d'invalidité dans l'activité professionnelle, l'intimé a, en violation du droit, retenu que le taux d'invalidité s'élevait à 0% dans la sphère professionnelle dès janvier 2013. Outre le fait que la capacité de travail dès cette date a été évaluée à 50% dans toute activité par les experts (et non à 0% comme noté sous la colonne « empêchement »), on comprend des deux tableaux figurant dans la décision du 6 février 2015 (aux conclusions desquelles l'intimé renvoie dans la décision litigieuse) que l'intimé n'a pas appliqué la méthode ordinaire de comparaison de revenus pour déterminer l'invalidité dans l'activité lucrative. En effet, l'intimé a calculé l'invalidité selon la formule

suivante : (part de la sphère professionnelle × empêchement) + (part des travaux habituels × empêchement). Or, le ch. 3101 de la circulaire de l'office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) prescrit aux organes de l'AI de déterminer le taux d'invalidité comme suit, lorsque la méthode mixte est appliquée:

$$E \times IE + ([EZ - E] \times H)$$

----- = Taux d'invalidité en %

EZ

E = travail fourni par l'assuré en tant que personne non invalide exerçant une activité lucrative, en heures par semaine

IE = handicap rencontré par la personne exerçant une activité lucrative, en %

EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche d'activité concernée, en heures par semaine

H = handicap rencontré dans le ménage, en %

b. Le taux d'invalidité global peut également se déterminer à l'aide de la formule suivante (voir notamment ATF 137 V 334 consid. 7.1) : (% part lucrative x % invalidité) + (% part ménagère x % handicap).

c. En retenant un empêchement de 0% dans la sphère professionnelle, l'intimé a uniquement tenu compte de l'incapacité de travail dans le calcul. Or, il aurait dû calculer l'incapacité de gain en comparant le revenu que la recourante aurait pu obtenir effectivement dans l'activité effectuée à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité) au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide) (ATF 137 V 334 consid. 4.1). C'est en ce sens qu'il faut comprendre la variable IE (arrêt du Tribunal fédéral 9C_34/2016 du 14 septembre 2016 consid. 3.2).

Dans la nouvelle décision, l'intimé devra donc prendre en considération les principes susmentionnés pour évaluer l'invalidité de la recourante dans l'activité lucrative.

17. En conséquence, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée, et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent.
18. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- 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 – RS/GE E 5 10.03]).

Étant donné que la procédure n'est plus gratuite depuis le 1^{er} juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- au vu du sort du recours.

**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 1^{er} juillet 2016.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé .
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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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