

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/320/2017

ATAS/1173/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 décembre 2017

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Manuel BOLIVAR

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 _____ 1962, d'origine colombienne, en Suisse depuis le 11 octobre 1998, mère d'un enfant né en 1995, a déposé le 7 janvier 2014 une demande auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) visant à l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif qu'elle souffrait de dépression et de douleurs dans tout le corps.

L'assurée a précisé le 21 janvier 2014 qu'elle était titulaire d'un diplôme d'éducatrice pour la petite enfance délivré le 27 août 1988 et avait travaillé comme garde d'enfants à domicile à 75%. Elle avait cessé cette activité en avril 2011 lorsque son employeur avait déménagé.

2. Dans un rapport du 29 janvier 2014, le docteur B_____, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne, a indiqué que l'assurée souffrait de polyarthrite rhumatoïde séronégative diagnostiquée début 2012, d'un syndrome douloureux chronique, de migraines et d'un syndrome paratrigéminal avec atteinte oculosympathique. Il a également retenu les diagnostics, toutefois sans effet sur la capacité de travail, de syndrome de jambes sans repos, de dépression traitée et de status après accident le 27 décembre 2003 (fracture non déplacée des deux condyles fémoraux, genou droit et contusion genou gauche sur ancienne méniscectomie interne). Il a précisé que le syndrome douloureux chronique avait initialement été attribué à de la fibromyalgie. L'apparition d'une polyarthrite séronégative début 2012, confirmée par les examens biologiques de type inflammation persistante et polyarthrite restant séronégative. Il a considéré que l'incapacité de travail était de 100%, précisant qu'il fallait se référer à la doctoresse C_____, psychiatre, et au docteur D_____, rhumatologue.

3. Dans un rapport du 6 mars 2014, le Dr D_____ a retenu les diagnostics de :

- polyarthralgies avec arthrite depuis décembre 2012
- douleurs neuralo-tendineuses multiples depuis environ 2007
- cervicobrachialgie droite en octobre 2013
- migraines
- syndrome fibromyalgique
- polyarthrite rhumatoïde séronégative probable.

Le pronostic est réservé.

Le Dr D_____ ne précise pas d'incapacité de travail. Il se borne à indiquer que la profession de l'assurée est celle d'éducatrice pour la petite enfance et recommande d'interroger la Dresse C_____.

4. Dans un rapport du 21 mars 2014, la Dresse C_____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, polyarthrite rhumatoïde et syndrome douloureux chronique. Elle a par

ailleurs mentionné, à titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, un syndrome de jambes sans repos et un status après un accident au travail survenu en décembre 2003. Elle a ajouté qu' :

« en avril 2010, la patiente m'a été adressée par l'équipe soignante de la consultation d'Alcoologie des HUG pour une psychothérapie. Elle présentait un état dépressif et des symptômes compatibles avec une fibromyalgie.

Son mari était suivi là-bas en raison d'une grave dépendance à l'alcool. *L'assurée* s'est battue pendant plusieurs années pour l'aider à s'en sortir. Sans se rendre compte, elle était tombée dans la codépendance. Elle travaillait puis assumait absolument toutes les tâches à la maison, accompagnait son mari aux consultations, payait ses factures etc. Plus elle faisait d'efforts pour lui, plus il s'enfonçait. L'ambiance au domicile était devenue de plus en plus violente. *L'assurée* investit bien sa psychothérapie et non sans difficultés, elle parvient à mettre fin à cette relation toxique. Ils se séparent en 2011. Du point de vue somatique, les douleurs invalidantes s'exacerbent. Elle n'arrive plus à s'habiller toute seule, à conduire ou à assumer les tâches ménagères. Les nuits sont pénibles car elle doit trouver une position antalgique. Les divers traitements prescrits par les médecins somaticiens restent sans effet. Son état dépressif se péjore. Finalement, en 2012, l'origine de ses douleurs a pu être mise en évidence : elle est atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde dont la prise en charge est assurée par le Dr D_____ ».

La Dresse C_____ considère que l'assurée présente une incapacité de travail dans sa profession d'éducatrice de la petite enfance de 100% à compter du 21 avril 2011, précisant que la capacité de concentration et la résistance étaient limitées.

5. Le 15 mai 2014, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en neurologie, a confirmé les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde, syndrome douloureux chronique (céphalées, cervicalgies, polyarthralgies), état dépressif, syndrome paratrigéminal avec atteinte du nerf optique et atteinte oculosympathique gauche (janvier 2013), syndrome des jambes sans repos, status après une cure du syndrome du tunnel carpien des deux côtés, et multiples intolérances médicamenteuses. Elle estime l'incapacité de travail de l'assurée à 100% en tant qu'éducatrice de la petite enfance, ajoutant qu'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.
6. Le 13 juin 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en l'état en raison de son état de santé.
7. Le 20 juin 2014, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, mais que des diagnostics supplémentaires avaient été posés par le docteur F_____, spécialiste FMH ORL.

Il a joint à son rapport un courrier de ce médecin, daté du 20 mars 2014, lequel a retenu un déficit vestibulaire périphérique à droite et une surdité de perception bilatérale prédominante à gauche.

-
8. La Dresse G_____ a déclaré, le 16 juillet 2014, que la patiente lui avait été adressée par la Dresse E_____ et a renvoyé l'OAI à celle-ci.
 9. Le 30 juillet 2014, la Dresse C_____ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire et qu'elle n'avait rien à ajouter à son rapport du 21 mars 2014.
 10. À la demande du médecin du SMR, la Clinique genevoise de Montana, dans laquelle l'assurée a séjourné du 17 avril au 7 mai 2012 pour un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique », a versé au dossier sa lettre de sortie du 15 juin 2012. Il en résulte que l'assurée « présente une diminution de sa thymie en lien avec sa maladie et les douleurs importantes et diffuses dont elle souffre. Elle était souvent en larmes et pessimiste au sujet du futur. Elle a bénéficié d'un soutien médico-infirmier régulier et d'entretiens spécialisés avec notre psychologue. Lors de ces entretiens, elle exprimait sa souffrance par rapport à sa perte d'autonomie. Elle espérait beaucoup de son traitement de Metoject, car elle souhaitait reprendre un travail. En accord avec la patiente, nous avons introduit un traitement de Tolvon 30mg par comprimé une fois par jour, afin d'améliorer sa symptomatologie dépressive ».
 11. Interrogé par l'OAI, le Dr F_____ a précisé qu'il n'avait plus revu l'assurée depuis le 10 septembre 2014. Il a indiqué que le pronostic était bon, avec mise en place de processus centraux de compensation. Il n'a pas rempli les rubriques relatives au taux de capacité de travail, au motif qu'il ne connaissait pas la profession de la patiente.
 12. Le 18 décembre 2014, la Dresse E_____ a déclaré que l'état de santé était stationnaire.
 13. Dans son avis du 17 juillet 2015, le médecin du SMR a proposé de soumettre l'assurée à une expertise pluridisciplinaire, comportant les spécialités de psychiatrie, neurologie et rhumatologie.
 14. Un rapport d'expertise a été établi à la Clinique romande de réadaptation (CRR) - l'assurée y a séjourné du 9 au 12 mai 2016 - par la doctoresse H_____, médecine interne et pneumologie et experte principale, ainsi que par les docteurs I_____, médecine interne, J_____, psychiatre, et K_____, neurologue, le 24 mai 2016.

Les experts ont retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen à sévère et une migraine chronique, et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un état douloureux chronique diffus de type fibromyalgique, une polyarthrite rhumatoïde séronégative, un status après probable neuropathie optique bilatérale médicamenteuse, un syndrome des jambes sans repos, un déficit vestibulaire gauche, un status après fracture condylienne du genou droit en 2003, un status après arthroscopie des genoux en 2007, un status après cure de hallux valgus gauche en 1999, un status après cure du tunnel carpien bilatéral en 2004, un status après cure de hernie de la ligne blanche en 2008, un status après hystérectomie et un status après colique néphrétique avec expulsion de calculs après lithotrypsie.

L'expert psychiatre a exclu un trouble somatoforme douloureux, tout en précisant que « l'assurée, déconditionnée, procède d'un état global qui m'apparaît grave ». Il explique que : « Cette appréciation se fonde sur la raréfaction des relations sociales qui n'existent plus qu'entre l'assurée et sa fille. Les ressources se sont considérablement taries. Flexibilité et capacité d'adaptation font singulièrement défaut. L'usage des compétences professionnelles est actuellement nul. La capacité à prendre des décisions ou à émettre un jugement est entachée de manière moyenne. Cette assurée subit de facto ses limitations algiques. Sa capacité d'endurance est sévèrement atteinte. Le sens du contact envers des tiers ou la capacité d'évoluer au sein d'un group ainsi que la relation aux proches qui caractérisent les capacités professionnelles affectives et sociales de cette assurée sont désormais sévèrement atteintes. En outre, il n'existe plus d'activité spontanée. Les ressources habituelles m'apparaissent ainsi limitées : il s'agit de la capacité de déplacement en utilisant les transports publics ou l'adaptation aux règles de routines. Le syndrome dépressif caractérisé d'intensité moyenne à sévère est responsable à lui seul d'une incapacité de travail à 50%. Il m'est difficile de me prononcer sur son antériorité ».

Les experts ont considéré que le trouble psychique était responsable d'une incapacité de travail de 50% dans quelque activité que ce soit, ce dès la date de l'arrêt de travail, soit avril 2011, étant précisé que les migraines étaient uniquement responsables d'une baisse de rendement. Selon l'expert neurologue, la migraine chronique est potentiellement invalidante en termes de rendement, et le taux d'exigibilité ne pourra être précisé qu'au terme de la discussion interdisciplinaire, et en particulier en tenant compte de la gravité de l'atteinte à la santé sur le plan rhumatologique, psychiatrique, et des ressources personnelles dont dispose cette assurée.

Les experts considèrent que des mesures de reconversion n'entrent pas en considération. Selon eux, le pronostic est réservé, l'assurée ne démontrant pas d'importantes ressources, avec raréfaction des relations sociales, ainsi qu'une flexibilité et une capacité d'adaptation qui font singulièrement défaut.

15. Considérant qu'avant l'atteinte à la santé, l'assurée travaillait à raison de 30 heures par semaine en qualité de gardienne d'enfants à domicile, l'OAI a retenu le statut d'une personne mixte (75% active – 25% ménagère).

Le 29 juillet 2016, le médecin du SMR a pris acte de l'expertise pluridisciplinaire du 24 mai 2016, constaté que le trouble thymique et les migraines chroniques justifiaient une incapacité de travail de 50% dans toute activité dès avril 2011 (incluant la baisse de rendement liée aux migraines). Il a par ailleurs relevé que le diagnostic de trouble somatoforme persistant était éliminé.

L'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assurée s'agissant de la part professionnelle et, se fondant sur une perte de gain de 33,3% ($75 - 50 \times 75 / 100$), l'a fixé à 24,98%, arrondi à 25%.

Il a par ailleurs considéré que, compte tenu du fait que, selon l'expertise, l'assurée était aidée par sa fille dans l'accomplissement des tâches ménagères, vu sa capacité de travail de 50% dans toute activité et vu ses limitations fonctionnelles, ses empêchements étaient au maximum de 10% dans la sphère ménagère, ce qui donne un taux de 2,5% pour les empêchements dans les travaux habituels auxquels elle se consacre à hauteur de 25%.

Aussi a-t-il fixé le degré d'invalidité arrondi de l'assurée à 28% (25% + 2.5%).

Le 17 août 2016, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée, au motif qu'un taux de 28% ne suffisait pas à ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

16. L'assurée, représentée par Me Manuel BOLIVAR, s'est opposée à ce projet de décision le 17 octobre 2016.

Elle conteste la méthode mixte retenue par l'OAI, se référant à l'affaire L_____, traitée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) dans un arrêt du 2 février 2016, selon lequel l'application de la méthode mixte à une mère de famille travaillant à temps partiel conduit à une violation de la Constitution fédérale et de la CEDH.

Elle considère qu'il y a des divergences injustifiées entre les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique et les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire.

Elle ne comprend pas comment le médecin psychiatre peut conclure à une incapacité de travail de 50% fondée uniquement sur le syndrome dépressif caractérisé, alors que selon ses propres constatations, elle présente un état global grave.

Elle s'étonne de ce que l'expert psychiatre ait écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, alors que les experts, dans leurs conclusions finales, ainsi que les médecins-traitants, l'ont retenu. Elle relève à cet égard que l'expert psychiatre se borne à indiquer que ce traitement n'a pas à être pris en compte « en raison de la présence même d'un substratum somatique ».

Elle reproche aux experts de n'avoir pas tenu compte des autres troubles importants dont elle souffre, notamment des migraines chroniques et des autres troubles somatiques. Selon elle, le déficit vestibulaire, l'état douloureux chronique diffus de type fibromyalgie et la polyarthrite rhumatoïde séronégative devraient être pris en compte à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail.

Elle conclut dès lors à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

17. Par décision du 12 décembre 2016, l'OAI a maintenu son projet de décision. Il considère, d'une part, que l'état de fait du cas DI TRIZIO n'est pas similaire au cas d'espèce, et, d'autre part, s'agissant de la capacité de travail et des empêchements

rencontrés dans la sphère ménagère, que les objections soulevées ne sont pas de nature à modifier son appréciation.

18. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 27 janvier 2017 contre ladite décision. Elle développe pour l'essentiel les arguments déjà invoqués dans son opposition du 17 octobre 2016.
19. Dans sa réponse du 14 février 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il constate que selon l'assurée, l'expertise psychiatrique est concordante dans son contenu et contradictoire dans ses conclusions. Or, il estime quant à lui que le rapport d'expertise du 24 mai 2016 doit se voir reconnaître pleine valeur probante. S'agissant des arguments du mandataire de l'assurée relatifs au diagnostic d'état douloureux chronique diffus de type fibromyalgie, l'OAI rappelle que dans un arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal Fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusque-là, selon laquelle les syndromes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Il n'y a ainsi plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyses comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique et qui concernent deux catégories, celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. L'OAI confirme de ce fait sa position quant à la valeur probante de l'expertise.

Il rappelle que la baisse de rendement liée aux migraines est incluse dans l'appréciation globale des experts.

Il estime par ailleurs que c'est à bon droit qu'il a considéré que l'assurée aurait vraisemblablement continué à exercer une activité lucrative à temps partiel seulement. Il explique à cet égard qu'

« Il ressort en effet du dossier que la recourante, d'origine Colombienne, est arrivée en Suisse en 1998 avec un statut de requérant d'asile. Elle aurait travaillé dans l'hôtellerie, puis œuvré durant 4 ans dans un magasin L_____ comme vendeuse puis comme responsable du rayon traiteur (Expertise, p.10). Suite au refus du permis de séjour, la recourante aurait quitté la Suisse en 2004 pour revenir en 2006 ; elle a d'abord travaillé comme femme de ménage au noir chez des particuliers durant 2 ans jusqu'à l'obtention d'un permis de séjour (Expertise, p.10). Elle a ensuite travaillé dans les nettoyages dans diverses entreprises, puis a été employée - à partir du 1^{er} novembre 2010 - comme garde d'enfants chez des privés à raison d'environ 30 heures par semaine (cf. contrat de travail à temps partiel du 10 juin 2010), jusqu'au 31 avril 2011 (recte 30 avril 2011), date de son incapacité de travail (Expertise, p.10; avis SMR du 29.07.2016) ou date correspondant également au déménagement de son employeur (parents des enfants) selon le formulaire du 21 janvier 2014 de l'Hospice général.

La recourante n'a effectué aucune démarche pour exercer une activité professionnelle à temps complet, aucun document au dossier n'attestant de la

moindre recherche. De plus, la recourante a une fille née en 1995 et âgée de 15 ans lorsqu'a été débutée la dernière activité avant l'atteinte à la santé, de sorte qu'elle était déjà en mesure de rechercher un emploi à temps plein, ce qu'elle n'a pas fait par choix personnel ».

Il persiste à affirmer que l'arrêt DI TRIZIO n'est pas applicable dans le cas d'espèce. Il rappelle en effet que dans cet arrêt, le calcul du degré d'invalidité de la recourante avait été repris, à la suite de la naissance de ses jumeaux, selon la méthode mixte, ce qui avait conduit à la perte de son droit à la rente.

20. Dans sa réplique du 24 mars 2017, l'assurée a fait valoir que l'expertise était lacunaire. Elle rappelle, d'une part, qu'elle a offert de prouver, par l'audition de sa fille et par une enquête ménagère, d'une part, qu'elle souffrait de douleurs très importantes aux mains et aux poignets, de rhumatisme au niveau des chevilles, d'une sensation de pieds qui brûlent, de douleurs musculaires (fibromyalgie), d'une réduction de son champ visuel, d'une perte du vocabulaire, d'une perte de mémoire et de concentration, de crises de migraine, d'idées suicidaires et de pleurs quotidiennes, et, d'autre part, qu'elle présente des limitations importantes notamment dans sa capacité à saisir ou porter des objets, à marcher, à faire la vaisselle, à conduire un véhicule, à s'habiller, à se laver les cheveux et à faire les courses.

Elle constate que l'OAI s'est borné à considérer que l'expertise avait valeur probante, sans se déterminer sur les contradictions et les lacunes qu'elle avait mises en évidence.

Elle ne comprend pas la position de l'OAI, selon laquelle la nouvelle jurisprudence relative au trouble somatoforme douloureux et à la fibromyalgie, confirmerait la pleine valeur probante du rapport d'expertise. Elle rappelle qu'elle souffre d'un état douloureux chronique de type fibromyalgie, diagnostiqué par ses médecins-traitants et par les experts dans leurs conclusions finales, de sorte que la position du psychiatre selon laquelle un éventuel trouble somatoforme douloureux n'est pas retenu est, en raison de la présence même d'un substratum somatique, incompréhensible.

Elle en déduit que le diagnostic d'état douloureux chronique diffus de type fibromyalgie doit non seulement être posé, mais qu'il doit l'être au titre de diagnostic avec répercussion sur sa capacité de travail. Elle constate à cet égard que les experts n'ont pas procédé à l'évaluation préconisée par la nouvelle jurisprudence.

S'agissant du statut qui doit lui être reconnu, elle rappelle que, depuis son arrêt de travail le 30 avril 2011, elle est en incapacité de travail, de sorte qu'il n'y avait aucune raison qu'elle effectue une quelconque démarche pour trouver un emploi, et encore moins un emploi à plein temps. Elle insiste par ailleurs sur le fait que si elle n'a pas travaillé à plein temps avant sa dernière activité lucrative, c'est parce qu'elle s'occupait de sa fille, née trois ans avant son arrivée en Suisse. Il est vrai

que sa fille avait déjà 15 ans lorsqu'elle a débuté sa dernière activité lucrative. Citant deux arrêts du Tribunal fédéral, 5A 277/2014 et ATF 137 III 102, elle rappelle toutefois que la reprise d'une activité lucrative à 50% peut en principe être exigée dès que le plus jeune enfant atteint l'âge de 10 ans (5A 277/2014), à 100% dès que l'enfant atteint l'âge de 16 ans, cette directive valant également pour les familles n'ayant qu'un seul enfant (ATF 137 III 102).

Elle considère dès lors que les explications de l'OAI ne permettent pas, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, de nier qu'elle aurait exercé une activité à plein temps si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé.

Elle reproche enfin à l'OAI de ne pas s'être déterminé sur les griefs concernant le taux d'invalidité retenu lié à l'état dépressif, l'absence de prise en compte de la polyarthrite rhumatoïde séronégative comme atteinte ayant une répercussion sur la capacité de travail, le taux d'incapacité retenu pour les travaux habituels et l'absence de recours à une enquête sur les activités ménagères, et de n'avoir apporté qu'une réponse très partielle au grief concernant l'absence de prise en compte du diagnostic de migraines chroniques pour le calcul du taux d'incapacité de travail et celui relatif à l'absence de prise en compte de la fibromyalgie comme atteinte ayant une répercussion sur la capacité de travail.

21. Dans sa duplique du 24 avril 2017, l'OAI a déclaré maintenir ses conclusions en rejet du recours. Il considère que la situation médicale a suffisamment été investiguée par la mise en œuvre d'une expertise et qu'une éventuelle audition de la fille n'est pas pertinente.

Il rappelle qu'il a retenu, sur la base des éléments apportés par l'expertise, et compte tenu de l'aide apportée par sa fille, des empêchements maximums de 10% dans la sphère ménagère et constate que seul un taux d'empêchement minimal de 60% dans la sphère ménagère permettrait d'ouvrir le droit à une rente.

22. Ce courrier a été transmis à l'assurée 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.
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.
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 (art. 7 LPGA) (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

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

7. 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 des assurances 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 294g consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux s'appliquent à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

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).

Toutefois, 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 (inévitabile) 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).

Si, dans sa nouvelle jurisprudence, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption du caractère surmontable du syndrome douloureux somatoforme, il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; ATF 131 V 49 consid. 1.2 et les références).

8. 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).

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).

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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

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).

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. 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. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV 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).

9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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).
10. En l'espèce, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, au motif que le degré d'invalidité de 28% était insuffisant. Il s'est fondé sur le rapport d'expertise des médecins de la CRR du 24 mai 2016, selon lesquels le trouble psychique conduit à une incapacité de travail de 50% dans quelque activité que ce soit, les migraines étant responsables uniquement d'une baisse de rendement, ce dès la date de l'arrêt de travail, soit depuis avril 2011. L'OAI a également pris en compte un empêchement à accomplir les tâches ménagères qu'il a lui-même estimé à 10%, ce qui donne un taux de 2,5% pour une occupation de 25%.
11. Il s'agit d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise du 24 mai 2016.

Il y a lieu de constater que dans leur rapport d'expertise du 24 mai 2016, les médecins de la CRR ont pris en considération l'ensemble des rapports médicaux de l'assurée, ainsi que ses plaintes. L'examen a été établi sur la base d'une anamnèse complète. La description de la situation médicale est claire. Les experts ont au demeurant retenu les diagnostics correspondant à ceux posés par les médecins traitants. Ils se sont exprimés sur la capacité de travail exigible de l'assurée en motivant dûment leur point de vue. Il en découle que le rapport d'expertise remplit toutes les exigences de la jurisprudence permettant de lui reconnaître à la forme valeur probante.

12. Cela étant, il convient d'examiner si les arguments de l'assurée commandent de s'écarter des conclusions de ce rapport. Il s'agit en d'autres termes d'en apprécier la pertinence pour déterminer si, sur le fond, le rapport d'expertise du 24 mai 2016 peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

a. L'assurée fait valoir que les troubles somatiques dont elle souffre ont également des répercussions sur sa capacité de travail, soit plus particulièrement le déficit vestibulaire. Ce diagnostic, ainsi que celui de probable neuronite vestibulaire, ont été posés par le Dr F_____.

L'expert neurologue a en effet considéré que le déficit vestibulaire était sans répercussion sur la capacité de travail.

Le Dr F_____ a toutefois précisé qu'il n'avait plus revu l'assurée depuis le 10 septembre 2014, et indiqué que le pronostic était bon, avec mise en place de processus centraux de compensation.

Il n'apparaît dès lors pas, au vu de ces déclarations, que la conclusion de l'expert à cet égard soit dénuée de sens.

b. L'assurée conteste le taux de 50% retenu pour son incapacité de travail par les experts, rappelant que les rhumatologue, psychiatre et neurologue traitants considèrent quant à eux que sa capacité de travail est nulle.

Il est vrai que selon les Drs B_____, C_____ et E_____, la capacité de travail de l'assurée est de 0%. La chambre de céans constate toutefois que le Dr B_____ renvoie la question aux Drs C_____ et D_____ et que ce dernier la renvoie lui-même à la Dresse C_____. Aussi doit-on examiner plus particulièrement le volet psychiatrique. La Dresse C_____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, polyarthrite rhumatoïde et syndrome douloureux chronique. Elle considère que l'assurée présente une incapacité de travail dans sa profession d'éducatrice de la petite enfance de 100% à compter du 21 avril 2011, précisant que la capacité de concentration et la résistance étaient limitées.

L'expert psychiatre a constaté que « l'assurée était déconditionnée et que son état global lui apparaissait grave ». Il a plus particulièrement relevé « la raréfaction des relations sociales », des ressources tariées, l'absence de flexibilité et de capacité

d'adaptation et une capacité d'endurance. Il a observé que le sens du contact envers des tiers ou la capacité d'évoluer au sein d'un groupe, la relation aux proches qui caractérisent les capacités professionnelles affectives et sociales de cette assurée étaient désormais sévèrement atteintes. Il considère que l'usage des compétences professionnelles est nul. Il est ainsi d'avis, tout comme la Dresse C_____, que l'assurée est incapable de travailler à 100% dans son activité d'éducatrice de la petite enfance.

Pourtant, les experts ont considéré que le trouble psychique dont l'assurée souffrait, soit un épisode dépressif moyen à sévère, était responsable d'une incapacité de travail de 50% dans quelque activité que ce soit, les migraines étant responsables uniquement d'une baisse de rendement.

Cette conclusion contredit celle de l'expert psychiatre, lequel après avoir décrit de sévères limitations, indique que le syndrome dépressif caractérisé d'intensité moyenne à sévère est responsable à lui seul d'une incapacité de travail à 50%. Force est de constater que le fait d'avoir précisé « à lui seul » implique que les limitations relevées s'ajoutent à ce taux de 50%.

On ne comprend dès lors pas le taux de 50% finalement retenu en concilium.

c. L'assurée s'étonne que l'expert psychiatre ait écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, alors que les experts, dans leurs conclusions finales, l'ont pris en considération et que les médecins-traitants, soit les Drs D_____ et B_____ et la Dresse C_____, ont diagnostiqué un syndrome fibromyalgique. Les experts l'ont qualifié de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, sans toutefois motiver cette conclusion et sans procéder à l'évaluation préconisée par la nouvelle jurisprudence.

Il y a lieu d'ajouter que l'expert psychiatre a écarté le trouble somatoforme douloureux, au motif qu'il y avait un substratum somatique à type de polyarthrite rhumatoïde. On ne peut cependant exclure que l'assurée puisse souffrir, d'une part, d'une polyarthrite rhumatoïde, et, d'autre part, d'un trouble somatoforme douloureux ou fibromyalgie. Ce n'est pas parce qu'il est possible d'expliquer objectivement certaines plaintes qu'il n'en existe pas d'autres qui pourraient, elles, relever d'un trouble somatoforme douloureux.

On ne comprend pas non plus pour quelle raison la polyarthrite rhumatoïde séronégative n'aurait pas de répercussion sur la capacité de travail. Aucune précision n'est apportée sur ce point-là.

d. L'assurée reproche également aux experts de n'avoir pas suffisamment tenu compte de ses migraines chroniques. Les experts ont à cet égard considéré que les migraines étaient uniquement responsables d'une baisse de rendement. Ils n'évaluent toutefois pas cette baisse de rendement. Selon l'OAI, celle-ci est incluse dans les 50% d'incapacité de travail. Tel n'est toutefois pas l'avis de la chambre de céans. Selon l'expert psychiatre en effet, le syndrome dépressif est responsable à lui seul d'une incapacité de travail de 50%, ce qui implique nécessairement un taux

d'incapacité de travail supérieur pour tenir compte des migraines. Il y a à cet égard lieu de relever que l'expert neurologue, tenant compte du fait que la migraine chronique était potentiellement invalidante en termes de rendement, a considéré que le taux d'exigibilité ne pourrait être précisé qu'en concilium, et en particulier au vu de la gravité de l'atteinte à la santé sur le plan rhumatologique, psychiatrique, et des ressources personnelles dont dispose l'assurée.

e. Il résulte de ce qui précède que, pour ces motifs déjà, l'expertise du 24 mai 2016 ne saurait sur le fond se voir reconnaître valeur probante.

f. En vertu de la jurisprudence fédérale, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

Les conditions d'un renvoi sont en l'espèce réalisées, dès lors que l'OAI n'a pas instruit à satisfaction de droit la situation médicale de l'assurée. Il lui appartiendra ainsi de mettre en œuvre une nouvelle expertise, plus particulièrement psychiatrique, afin de déterminer les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de travail et de gain de l'assurée, et, si l'existence d'un trouble somatoforme douloureux (ou fibromyalgie) devait être confirmé, évaluer s'il est invalidant selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral.

13. Reste à déterminer sur la base de quel statut le degré d'invalidité devra être déterminé.

a. Il existe principalement trois méthodes pour calculer le degré d'invalidité - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative (non actif) ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (arrêts du Tribunal fédéral 9C_589/2014 du 6 mars 2015, consid. 3.1 ; 9C_36/2013 du 21 juin 2013, consid. 4.1).

b. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI

1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

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

c. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). En règle générale, il convient de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne total du tableau relatif au «secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Cette solution est en particulier justifiée lorsque la personne assurée ne pourra plus exercer son activité habituelle et qu'elle est tenue de trouver un emploi dans un nouveau domaine d'activité, l'intégralité du marché du travail étant ainsi à sa disposition (arrêt 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés aux ATF 133 V 545, et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Dans ce contexte, il a été jugé que la réduction des salaires issus des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

d. L'invalidité d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels. Par travaux habituels d'une personne travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA; ATFA du 20 avril 2007, I 288/06).

La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer

l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier.

En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé, l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assuré (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine (sur les exigences relatives à la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, voir arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (arrêts 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137). Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant. Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (consid. 2.3.2 arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002), puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (arrêt I 733/03 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3; arrêt 9C 108/2009 du 29 octobre 2009).

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les

travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts D. du 14 janvier 2005 [I 308/04 et I 309/04] et S. du 11 août 2003 [I 681/02]). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurich 1997, p. 222; ATFA du 17 mars 2005, I 257/04).

La part, sur l'ensemble des tâches, de l'activité lucrative s'obtient en comparant la durée de travail que la personne handicapée accomplirait sans invalidité avec la durée de travail totale usuelle dans la profession concernée. La différence constitue la part du travail ménager. On ne peut pas tenir compte de la durée effective du travail ménager et professionnel (RCC 1992 p. 134, 1980 p. 564).

La méthode mixte d'évaluation de l'invalidité s'applique aux personnes qui à la fois exercent une activité lucrative à temps partiel et s'occupent du ménage ou seraient actives dans un autre champ d'activité (ATF 141 V 15, 9C_49/2008). Les modalités de cette méthode sont expliquées dans l'ATF 131 V 51. Une réduction du taux d'activité lucrative exigible sans que le temps ainsi libéré soit consacré à une activité n'a pas d'incidence sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (consid. 5.1 et 5.2).

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

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

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue, en règle générale, une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_716/2012 du 11 avril 2013).

On peut renoncer à une enquête sur place pour ce qui concerne le ménage si un avis médical indique qu'il n'y a pas de restriction dans ce domaine (9C_103/2010 ; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) n^{os} 3100, 3096 et 3096.1).

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

b. L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recoupent en partie, doivent être différenciées. L'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa) se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assuré à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI], p. 65, n. 3084 ss). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (arrêt du Tribunal fédéral I 593/03 du 13 avril 2005 consid. 5.3). À ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le

dommage (art. 7 al. 1^{er} LAI), la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées).

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

La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.3).

15. En l'espèce, considérant qu'avant l'atteinte à la santé, l'assurée travaillait à raison de 30 heures par semaine en qualité de gardienne d'enfants à domicile, l'OAI a retenu le statut d'une personne mixte (75% active – 25% ménagère).

L'assurée affirme au contraire qu'elle aurait exercé une activité à plein temps si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé.

16. a. L'assurée est titulaire d'un diplôme d'éducatrice pour la petite enfance à l'âge de 25 ans, qui lui a été délivré en Colombie. En 1998, l'assurée est venue en Suisse avec sa fille, au bénéfice d'un statut de requérante d'asile. Elle a travaillé dans l'hôtellerie et comme vendeuse. On ignore à quel taux. Son permis de séjour ayant été refusé, elle a quitté la Suisse en avril 2004, mais est revenue un mois et demi plus tard et a travaillé, vraisemblablement à temps partiel, comme femme de ménage sans être déclarée, chez des particuliers durant deux ans. Elle s'est mariée en 2006 avec un ressortissant italien, détenteur d'un permis C et a depuis obtenu la nationalité suisse. Elle a repris sa profession de garde d'enfants chez des privés à raison de trente heures par semaine, jusqu'au 21 avril 2011, date à laquelle elle a cessé de travailler.

L'assurée relève que, depuis son arrêt de travail le 30 avril 2011, elle était en incapacité de travail, de sorte qu'elle n'avait pas de raison de rechercher un nouvel emploi, et encore moins un emploi à plein temps. Il y a toutefois lieu de constater qu'elle n'a vraisemblablement pas, au degré requis par la jurisprudence, travaillé à plein temps depuis son arrivée en Suisse. Elle n'allègue pas non plus avoir tenté de rechercher un emploi à plein temps.

L'assurée insiste également sur le fait que si elle n'avait pas travaillé à plein temps avant sa dernière activité lucrative, c'est parce qu'elle s'occupait de sa fille. Elle

admet certes que sa fille avait déjà 15 ans lorsqu'elle a débuté dans son dernier emploi en novembre 2010, mais rappelle que selon la jurisprudence, la reprise d'une activité lucrative à 50% ne peut en principe être exigée que dès que le plus jeune enfant atteint l'âge de 10 ans, et à 100% dès que l'enfant atteint l'âge de 16 ans. Elle cite à cet égard deux arrêts du Tribunal fédéral (5A 277/2014 et ATF 137 III 102), aux termes desquels,

« La capacité de pourvoir soi-même à son entretien est susceptible d'être limitée totalement ou partiellement par la charge que représente la garde des enfants. En principe, on ne peut exiger d'un époux la prise ou la reprise d'une activité lucrative à un taux de 50 % avant que le plus jeune des enfants n'ait atteint l'âge de 10 ans révolus, et de 100 % avant qu'il n'ait atteint l'âge de 16 ans révolus (ATF 115 II 6 consid. 3c). Ces lignes directrices sont toujours valables dès lors que, comme par le passé, la garde et les soins personnels sont dans l'intérêt des enfants en bas âge, ainsi que de ceux en âge de scolarité, et que les soins personnels représentent un critère essentiel lors de l'attribution de la garde (arrêt 5A_210/2008 du 14 novembre 2008 consid. 3.2, non publié in ATF 135 III 158). Elles ne sont toutefois pas des règles strictes; leur application dépend des circonstances du cas concret (arrêt 5A_241/2010 du 9 novembre 2010 consid. 5.4.3). Ainsi, une activité lucrative apparaît exigible lorsqu'elle a déjà été exercée durant la vie conjugale ou si l'enfant est gardé par un tiers, de sorte que le détenteur de l'autorité parentale, respectivement de la garde, n'est pas empêché de travailler pour cette raison; en revanche, la reprise d'une activité lucrative ne peut raisonnablement être exigée lorsqu'un époux a la charge d'un enfant handicapé ou lorsqu'il a beaucoup d'enfants (arrêt 5A_6/2009 du 30 avril 2009 consid. 2.2). Le juge du fait tient compte de ces lignes directrices dans l'exercice du large pouvoir d'appréciation qui est le sien (ATF 134 III 577 consid. 4) ».

La chambre de céans relève cependant que dans cet arrêt, le Tribunal fédéral examine comment fixer la contribution d'entretien en faveur du conjoint au sens de l'art. 125 CC, dans le cadre d'un divorce. Les principes dégagés ne sont d'aucun secours pour la résolution du cas d'espèce et ne sont dès lors pas applicables. En effet, il paraît qu'avoir la garde d'un enfant de 15 ans n'empêche pas un assuré de travailler à plein temps s'il le souhaite.

Il n'est ainsi pas établi, au degré de vraisemblance prépondérante, que l'assurée, en bonne santé, aurait exercé une activité lucrative à plein temps.

b. La recourante fait également valoir que le choix de la méthode mixte est discriminatoire lorsqu'elle est appliquée à des personnes souhaitant travailler à temps partiel. Elle se réfère expressément à un arrêt DI TRIZIO rendu par la Cour Européenne des droits de l'Homme le 2 février 2016.

Dans l'arrêt DI TRIZIO évoqué par l'assurée, la Cour européenne des droits de l'Homme a traité le cas d'une assurée qui s'était vu supprimer son droit à la demi-rente, son degré d'invalidité ayant été recalculé selon la méthode mixte suite à la

naissance de ses jumeaux. La Cour européenne des droits de l'Homme a considéré que, dans de telles circonstances, l'application de la méthode mixte constituait une violation du droit au respect de la vie familiale (art. 14 combiné avec l'art. 8 CEDH), puisque c'était la naissance des enfants qui avait conduit à la perte du droit à la rente.

Dans une lettre circulaire n°355, datée du 31 octobre 2016 rédigée suite à cet arrêt, l'Office fédéral des assurances sociales - OFAS - a considéré que la méthode mixte ne devait être considérée comme discriminatoire que dans des circonstances similaires à celles du cas DI TRIZIO. Dans de telles situations, l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme a pour conséquence que le statut reconnu à un assuré doit être préservé et que la méthode mixte ne doit plus être appliquée au nom du respect de la vie familiale. Pour cela, deux conditions cumulatives doivent être réunies :

- la révision de la rente ou le premier octroi de rente est couplé avec une réduction ou une limitation dans le temps de la rente, et
- la réduction du temps de travail est justifiée pour des raisons familiales (obligations de garde d'enfants mineurs).

Le Tribunal fédéral a fait sienne cette position (cf. arrêt 9F_8/2016 du 20 décembre 2016 ; cf. également ATAS/1093/2016 et ATAS/174/2017).

On notera encore qu'à la suite de l'arrêt DI TRIZIO, le Conseil fédéral a entrepris une modification du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), dont l'entrée en vigueur est prévue le 1^{er} janvier 2018. Cette modification consiste en un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, évaluant séparément les conséquences d'une atteinte à la santé sur l'activité lucrative, d'une part, et sur les tâches ménagères et familiales, d'autre part. Ce nouveau mode de calcul est censé renforcer les moyens de concilier vie familiale et vie professionnelle.

Le cas de l'assurée diffère de celui de l'arrêt puisqu'on ne se trouve pas dans l'hypothèse d'une réduction de rente ou d'un octroi de rente limité dans le temps. On ne saurait retenir que la réduction du temps de travail à 75% - pour autant qu'elle ait effectivement réduit son temps de travail à partir de novembre 2010, ce qui paraît douteux vu les raisons expliquées ci-dessus - ait été opérée pour des raisons familiales, sa fille étant à ce moment-là âgée de 15 ans. On n'est ainsi pas en présence d'un changement de statut qui aurait été justifié par la venue au monde d'enfants.

Partant, c'est en vain que l'assurée se prévaut de l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme.

c. Le statut mixte tel que retenu par l'OAI doit, au vu de ce qui précède, être confirmé.

17. S'agissant de l'évaluation des empêchements à accomplir les tâches ménagères, l'OAI a retenu un taux de 10%. Il a considéré que, compte tenu du fait que, selon l'expertise, l'assurée était aidée par sa fille dans l'accomplissement des tâches ménagères, vu sa capacité de travail de 50% dans toute activité et vu ses limitations fonctionnelles, ses empêchements étaient au maximum de 10% dans la sphère ménagère, ce qui donne un taux de 2,5% pour les empêchements dans les travaux habituels auxquels elle se consacre à hauteur de 25%. Il a renoncé à effectuer une enquête économique sur le ménage.

Force est de constater que l'instruction menée par l'OAI est lacunaire. Dans la mesure où le statut mixte a été retenu, il y avait lieu d'examiner, compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier, s'il existait des empêchements dans la tenue du ménage méritant d'être pris en considération, et ce au moyen d'une enquête sur place effectuée par une personne qualifiée et ayant connaissance de la situation locale et spatiale. L'OAI ne pouvait effectuer un examen général et abstrait de la situation de l'assurée.

La chambre de céans ayant par ailleurs considéré que l'expertise sur laquelle s'était fondé l'OAI pour rendre la décision litigieuse n'avait pas valeur probante, de sorte qu'une nouvelle expertise psychiatrique se justifiait, il y a pour ce motif également lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour nouvelle détermination sur la question de l'évaluation des empêchements rencontrés dans le ménage également, étant rappelé qu'en présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, ces dernières ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

18. Aussi le recours est-il partiellement admis, en ce sens que la décision du 12 décembre 2016 est confirmée s'agissant du statut mixte de l'assurée, mais annulée pour le reste. La cause est renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction sous forme d'une expertise psychiatrique et nouvelle décision.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour nouvelle instruction sous forme d'une expertise psychiatrique et nouvelle décision.
4. Condamne l'OAI à verser à l'assurée une indemnité de CHF 1'800.- à titre de 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