



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3258/2019

ATAS/264/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 avril 2020

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÂTELAINE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Monica KOHLER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE et Maria Esther SPEDALIERO,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. De son union avec son ex-mari qu'elle avait épousé en 1999, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1968, a eu une fille née en septembre 2001 et un fils né en juin 2003.
2. En 2005, le couple s'est séparé, et la garde des enfants a été confiée à l'assurée, avec un droit de visite pour leur père. En 2008 a été prononcé le divorce. À la suite de conflits entre les parents, le service de protection des mineurs (ci-après : SPMi) et le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (ci-après : TP AE) sont intervenus et ont mis en œuvre à deux reprises des expertises confiées au Centre universitaire romand de médecine légale (ci-après : CURML), concernant la situation des enfants.

Dans leur rapport d'expertise du 29 juin 2010, les experts – trois médecins dont la docteure B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent – ont diagnostiqué chez l'assurée un trouble de la personnalité, sans précision (F60.9 de la CIM-10), caractérisé par des traits de personnalité paranoïaque, émotionnellement labile, anankastique et anxieux. Devaient être pris en compte comme ayant une influence sur le développement des enfants ce diagnostic et des incapacités parentales de la mère, sous forme de limitation du processus d'identification et d'autonomie de ses enfants, avec parfois une emprise et une manipulation, en raison d'une angoisse importante de les perdre associée à des sentiments hostiles envers leur père, nuancées toutefois par les caractéristiques positives de la relation mère-enfants (présence et disponibilité constantes). Un travail psychothérapeutique individuel et de guidance parentale, avec une assistance éducative en milieu ouvert, étaient recommandés pour elle, afin de favoriser la garde des enfants.

Dans leur rapport d'expertise du 2 mai 2016, la Dresse B_____ et une psychologue-psychothérapeute FSP, du CURML, ont posé le diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque (F60.0) pour l'assurée, dont, notamment, les compétences cognitives étaient dans la moyenne faible et le cours de la pensée non altéré. Pour ses enfants, vivant auprès d'elle, le cadre était contrôlé et protecteur, et l'assurée avait toujours su leur proposer des activités favorisant leur développement physique et intellectuel ainsi que leurs relations mutuelles. Elle avait clairement favorisé son rôle de mère après le départ de son mari et avait reporté sur leurs enfants tous ses besoins affectifs et narcissiques, n'étant pour l'instant pas capable de distinguer ce qui lui appartenait et ce qui appartenait à ses enfants en termes de besoins. Elle n'était pas en mesure d'assumer l'autonomisation psychique de ses enfants, ayant peu conscience des conséquences de ses propos et actions auprès de ses enfants, mais ne se remettant pas en question et n'entendant pas les arguments et les demandes des professionnels. Elle n'avait pas pu, durant ces dix dernières années, favoriser une image positive du père auprès de ceux-ci, ce qui avait entraîné des conséquences considérables pour eux, avec un lien coupé avec leur père et un développement psychique fortement perturbé. Le maintien de leur lieu de vie actuel

n'étant pas adéquat, les enfants, en grande souffrance, devraient être placés en foyer hors du canton ; un droit de visite restreint, puis de plus en plus élargi, pouvait être envisagé pour le père, alors que pour la mère, un droit de visite restreint et sous surveillance serait à organiser.

3. Parallèlement, depuis le 1^{er} janvier 1992, l'assurée a travaillé au sein de l'administration cantonale, depuis à tout le moins plusieurs années en qualité de commise administrative 2, d'abord au taux de 100 %, puis, après la naissance de son aînée, au taux de 50 %.

À tout le moins depuis 2004, cette fonction était exercée la nuit et consistait en la saisie de données, le classement et une occupation à la centrale téléphonique.

4. Un « cat scan » de la colonne lombaire du 13 octobre 2005 a relevé une minime protrusion au niveau L3-L4, une ébauche d'une hernie paramédiane droite au niveau L4-L5 avec signe de compression de la racine L5 à droite au niveau de son segment discal, ainsi qu'une ébauche d'une hernie paramédiane gauche au niveau L5-S1 avec minime compression de la racine S1 à gauche.
5. Dès le 21 octobre 2013, date d'un accident de circulation routière avec « coup du lapin », l'assurée a présenté, selon des rapports médicaux, des cervicalgies, un syndrome du tunnel carpien, une neuropathie cubitale gauche, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauches, ainsi qu'une hernie discale C5-C6 droite avec conflit radiculaire C6 droit. Elle été en incapacité de travail.
6. Dans une expertise établie le 3 avril 2014 à l'intention de l'assurance-accidents, le docteur C_____, médecin orthopédiste, a diagnostiqué une épycondylalgie anamestique sans signe clinique de « tennis » ou de « golfer's elbow », un syndrome du tunnel carpien à gauche, une hernie discale C5-C6 avec possible compression radiculaire mais sans irradiation clinique à droite, des douleurs chroniques d'origine indéterminée non systématisée (R52.2), de même qu'un status post-entorse du genou droit avec limitation de la flexion. Les pathologies liées à l'accident justifiaient une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle dès le 1^{er} avril 2014. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité physique.
7. Après le dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) formée le 27 mai 2014, l'assurée a, en mars 2015, repris sa fonction de commise administrative avec une adaptation de son poste de travail introduite dans le cadre d'une intervention précoce (ci-après : IP) prise en charge par l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).
8. Par un projet de décision du 30 avril 2015, non suivi d'observations, puis par une décision du 30 juin 2015 – non attaquée par un recours –, l'OAI, après avoir relevé que le suivi effectué par son service de réadaptation avait pris fin et confirmait la reprise complète et durable depuis le mois de mars 2015, d'autres mesures professionnelles n'étant pas nécessaires, et avoir retenu qu'il n'y avait pas de survenance de cas de rente dans cette situation, a rejeté la demande de prestations AI.

9. Par courrier du 27 août 2016, l'assurée a demandé à l'OAI la réouverture de son dossier en invoquant la survenance de faits nouveaux relatifs à son état de santé, ressortant notamment d'une attestation du 16 août 2016 du docteur D_____, chirurgien pédiatrique FMH (qui la suivait depuis le 19 juillet 2016), qui faisait état d'un suivi à sa consultation de façon hebdomadaire, avec un traitement par immobilisation orthopédique, pour une tendinite d'Achille associée à une tendinite de la patte d'oie au niveau du genou du même membre gauche.
10. Dans un rapport de consultation du 16 septembre 2016, le Dr D_____ a mentionné une discopathie lombo-sacrée et identifié une tendinopathie fissuraire du tendon d'Achille à gauche et à droite. Sous traitement anti-inflammatoire, l'évolution était lentement favorable.
11. Le 2 novembre 2016, à la suite d'une chute de l'assurée la veille, des rapports d'un radiologue FMH ont conclu, concernant la colonne dorso-lombaire, à une fracture-tassement cunéiforme de la vertèbre D6 avec perte de hauteur du mur antérieur estimée à 30 % (stade Genant 2), et, concernant la colonne cervicale, à une spondylo-uncarthrose pincée C5-C6.
12. Le 22 février 2017, l'assurée a fait part à un ou une gestionnaire de l'OAI de son absence de son travail pour raison de santé du mois de juillet 2016 au 2 janvier 2017, suivie d'une reprise le 3 janvier 2017 à son taux normal de 50 %, mais avec beaucoup de peine (baisse de rendement), car elle avait « épuisé ses 720 jours », ainsi que de nombreux empêchements dans le ménage.
13. Par avis du 24 février 2017, le service médical régional (ci-après : SMR), se référant à l'attestation du Dr D_____ du 16 août 2016, a considéré que, selon toute vraisemblance, l'aggravation était mise en évidence.
14. À teneur d'un questionnaire pour l'employeur rempli le 6 mars 2017 par l'administration cantonale à l'intention de l'OAI, l'assurée accumulait des absences de courtes et longues durées depuis de nombreuses années. Depuis sa dernière reprise, elle ne pouvait plus assurer l'entier de son cahier des charges. S'agissant de la question du travail qu'elle pourrait effectuer, elle avait bénéficié à plusieurs reprises d'un aménagement de son activité professionnelle ainsi que de sa place de travail, mais les absences avaient continué et l'intéressée entretenait des relations conflictuelles avec autrui. Au plan physique, l'activité de la collaboratrice consistait souvent à être assise, marcher, rester debout, soulever ou porter des charges inférieures à 10 kg, tamponner des documents et les ranger dans les tiroirs, sortir et ranger des dossiers ou classeurs.
15. Selon un questionnaire rempli par le Dr D_____ et reçu le 14 mars 2017 par l'OAI, l'assurée était en incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis juillet 2016 en raison d'une tendinopathie achilléenne bilatérale. L'activité exercée était encore exigible mais en position assise. L'exercice d'une activité adaptée était immédiatement possible à 100 %, avec des limitations fonctionnelles

consistant en l'absence de position debout, de marche et de port de charges mais en le maintien de la position assise.

16. Par lettre du 15 mars 2017, l'assurée a indiqué l'OAI que, depuis le 3 janvier 2017, en étant toujours dans le même état, vu qu'elle ne pouvait plus être debout, elle travaillait assise et avait à nouveau des problèmes à la colonne vertébrale et dans la nuque.
17. Dans un rapport du 29 mars 2017 faisant suite à une consultation du 27 mars précédent, le docteur E_____, chirurgien orthopédiste FMH, a constaté l'absence de nouvelle lésion au niveau du rachis dorsal de l'assurée à la suite de sa chute du 1^{er} novembre 2016. Les radiographies lombaires effectuées en novembre 2016 étaient sans particularité et tout à fait comparables à celle de mai 2014. Il n'y avait aucun traitement chirurgical à envisager.
18. À teneur d'un questionnaire médical rempli par le docteur F_____, FMH en médecine interne générale qui avait suivi l'assurée du 29 octobre 2013 au 20 mars 2017, et reçu le 14 juin 2017 par l'OAI, celle-ci ne présentait pas de diagnostics avec effet sur la capacité de travail.
19. Par un appel téléphonique du 16 août 2017, les ressources humaines (ci-après : RH) de l'employeur de l'assurée ont fait part à l'OAI que celle-ci arriverait au 15 décembre 2019 à la fin du versement des indemnités journalières et qu'elles avaient essayé différentes solutions afin de préserver son emploi mais sans succès, l'intéressée ayant apparemment des soucis d'ordre relationnel avec ses collègues depuis des années.
20. Selon un questionnaire rempli par le docteur G_____, médecin généraliste et nouveau médecin traitant de l'assurée depuis le 22 mars 2017, et reçu le 22 août 2017 par l'OAI, celle-ci présentait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée, pour cause d'accident. Sous « diagnostics avec effet sur la capacité de travail » étaient indiqués : « Chute dans les escaliers le 1/11/ 2016. [Donc] traumatisme dorsal et tassement D6. [Donc] douleur dorsale chronique. Ancien traumatisme cervical en 1997 (coup du lapin). [Donc] cervicalgies chroniques + irradiation neurologique. Lombalgies chroniques + sciatique ». La patiente, qui marchait encore avec des cannes, restait très handicapée dans les activités de la vie quotidienne et sa mobilité, par rapport à ses souffrances algiques. Les restrictions pour le travail consistaient en la position debout prolongée, la marche, le port de charges et le travail devant un écran d'ordinateur, et se manifestaient par des douleurs surtout rachidiennes diffuses, une limitation de la concentration et des céphalées migraineuses.
21. Dans un questionnaire rempli le 1^{er} novembre 2017 et reçu le 14 juin 2017 par l'OAI, le docteur H_____, psychiatre et psychothérapeute FMH suivant l'assurée depuis le 6 juillet 2016, avec un traitement consistant en un suivi psychiatrique une fois toutes les deux semaines, a indiqué partager l'avis du Dr G_____ concernant l'incapacité de travail de la patiente, depuis le 6 avril 2017, ainsi que concernant ses

limitations fonctionnelles, avec en plus une capacité d'adaptation et une résistance inexistantes ainsi qu'une capacité de concentration limitée de 50 % et une capacité de compréhension à 80 %, et des relations interpersonnelles difficiles. L'intéressée souffrait d'un épisode dépressif moyen, diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail, ce « dans un contexte de mobbing décrit au travail et au sein de son couple et famille – elle [avait] risqué de se faire enlever les enfants par le SPMi » ; elle présentait une symptomatologie dépressive de plus en plus handicapante. Le pronostic était réservé, la patiente ayant « très peur de prendre un traitement médicamenteux car on pourrait – [pensait-elle] – lui retirer les enfants ».

22. À teneur d'un rapport du 7 février 2018 du docteur I_____, neurologue FMH, un examen électroneuromyographique effectué le même jour sur la main gauche de l'assurée montrait des signes en faveur d'une discrète neuropathie sensitive myélinique gauche dans le canal carpien, qui ne pouvait pas expliquer l'ensemble de la symptomatologie à cet endroit. L'avis du docteur J_____, chirurgien de la main FMH, était sollicité.
23. Par avis du 24 juillet 2018, le SMR, a indiqué ne pas pouvoir reconnaître une incapacité totale de travail dans toute activité au vu des éléments à sa disposition et a proposé diverses mesures d'instruction, dont une expertise rhumatologique.
24. Par écrit du 12 septembre 2018, le Dr H_____ a répondu à des questions du SMR. Avec des séances de psychothérapie deux fois par mois puis moins souvent et avec une bonne observance par la patiente, celle-ci ne présentait actuellement pas d'atteinte psychique, seule une anxiété réactionnelle sans impact sur la capacité de travail étant mentionnée. Elle était aidée par ses enfants et ses parents pour le ménage et les courses. D'un point de vue psychiatrique, il n'y avait pas d'incapacité de travail ni de limitations fonctionnelles.
25. Le 19 septembre 2018, l'assurée a transmis à l'OAI, à la demande de ce dernier, plusieurs documents afférents à la procédure menée par le SPMi et le TPAE concernant la situation de ses enfants, parmi lesquels les rapports d'expertise des 29 juin 2010 et 2 mai 2016 cités plus haut.

Selon elle, ces deux rapports d'expertise avaient été établis sur des bases falsifiées et sans que la Dresse B_____ n'ait vu ni elle-même ni ses enfants. Elle se battait face au SPMi qui la harcelait depuis treize ans, mais sa santé la « lâchait » doucement. Malgré son vécu, elle n'avait jamais eu de dépression.
26. Dans un questionnaire reçu le 21 septembre 2018 par l'OAI, le Dr J_____ a indiqué avoir vu l'assurée à une seule reprise, en avril 2018 et, à sa connaissance, ne lui avoir jamais reconnu d'incapacité de travail.
27. Selon un rapport du 16 novembre 2018 de la doctoresse K_____, radiologue FMH, consultée pour des douleurs et une impotence à l'épaule droite, à l'échographie, l'exploration était normale à l'épaule droite de l'assurée et il n'y avait pas de lésion tendineuse. Au niveau pectoral droit, il n'y avait pas de

collection, ni d'hyperémie, ni de lésion décelable pouvant expliquer la symptomatologie.

28. Dans un rapport d'expertise rhumatologique du 25 novembre 2018, la doctoresse L_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation ainsi que rhumatologie, a résumé le dossier de l'assurée et a retracé son anamnèse.

Lors de l'entretien d'expertise, l'assurée avait décrit ses hobbies de la manière suivante. Elle aimait cuisiner. Elle n'allait plus au cinéma, ne pouvant rester longtemps assise en raison de ses douleurs lombaires. Elle promenait ses deux chiens deux fois vingt minutes par jour. Elle rendait souvent visite à ses parents. Elle écoutait de la musique, regardait parfois la télévision, et lisait. À la belle saison, elle allait à la piscine, tandis qu'auparavant elle faisait aussi du vélo et de la marche. Pour ce qui était des tâches ménagères, elle les confiait entièrement à ses enfants, les lourdes tâches étant réservées plutôt à son père. Elle faisait les courses une fois par semaine avec celui-ci, avec la voiture. La seule chose qu'elle faisait consistait en la préparation des repas, l'épluchage de certains légumes étant néanmoins laissé à ses enfants. Elle ne faisait ni les lessives ni la vaisselle, si ce n'était qu'elle lavait quelques assiettes de temps en temps.

L'expertisée avait fait part, par ordre d'importance décroissante des plaintes suivantes induisant selon elle des limitations fonctionnelles dans la profession de commise-administrative : les cervicalgies, les lombalgies, les maux de tête, les douleurs des épaules et les douleurs des jambes.

À la suite de constatations relatives au comportement et à l'apparence extérieure de l'assurée ainsi que tirées d'un examen de celle-ci, l'experte a posé le diagnostic, « avec répercussion sur la capacité de travail », de fibromyalgie sévère avec retentissement important sur les activités de la vie quotidienne. Elle a mentionné les diagnostics suivants « sans répercussion sur la capacité de travail de manière prolongée » : status après capsulite rétractile de l'épaule gauche en 2011 ; « status après entorse cervicale-wiplah en 1997, 2013 ? » ; status après tendinopathie du coude gauche ; status après tendinopathie bilatérale achilléenne en 2007, 2016 et 2017 ; fracture-tassement modéré de D6 ; troubles dégénératifs discrets à modérés du rachis cervical avec hernie discale C5-C6 médiane et paramédiane gauche ; troubles dégénératifs du rachis lombaire L4-L5, ébauche d'une hernie paramédiane droite en possible contact avec la racine L5 droite, ébauche, en L5-S1, d'une hernie paramédiane gauche avec minime compression de la racine S1 gauche ; status après sciatalgies droites d'origine indéterminée ; status après une exérèse d'un carcinome baso-cellulaire du front, à gauche, en mars 2017 ; syndrome du tunnel carpien droit opéré en 2014 ; index droit à ressaut, opéré en 2014 ; syndrome discret du tunnel carpien à gauche, sur le plans sensitif, en février 2018. Sous « autres diagnostics », elle a enfin ajouté « fibromyalgie 15/18 points retrouvés mais douleurs encore plus diffuses dans le diagnostic différentiel resté ouvert pour un trouble somatoforme douloureux, qui est un diagnostic du ressort du psychiatre ». Jusqu'à présent, l'intéressée n'avait consulté aucun rhumatologue et « le diagnostic de fibromyalgie

versus trouble somatoforme » n'avait jamais été évoqué par un des médecins intervenus.

Selon la Dresse L_____, l'expertisée présentait « un syndrome fibromyalgique évident/versus trouble somatoforme, d'intensité moyenne, diminuant d'une façon importante ses capacités fonctionnelles dans la vie quotidienne ». Son déconditionnement musculaire était assez important. Elle était parfois prise à défaut par l'experte, notamment lorsque sa canne anglaise, qu'elle gardait à gauche sans aucune raison sinon psychologique, était tombée au sol et qu'elle l'avait ramassée assez vite en se penchant profondément en avant sans plier les genoux, alors qu'elle se penchait très lentement pour le Schober. Le fait qu'elle dorme en position ventrale rendait peu crédibles ses plaintes afférentes aux lombaires et cervicales. L'intensité des plaintes était sévère, entre 8 et 10/10 cm EVA malgré l'explication concernant l'échelle de la douleur. Les plaintes étaient souvent incohérentes et émises pour la plupart en relation avec des événements anciens. L'état physique à l'examen objectif contrastait avec l'intensité des douleurs annoncées de 8 à 10/10 cm EVA devant l'experte.

L'assurée avait sans doute un grand bénéfice secondaire à ses plaintes multiples. Elle avait « asservi avec leur consentement ses enfants pour les tâches ménagères, son père pour les courses et sa mère pour les comptes ».

Sur le plan rhumatologique, étaient retenues une incapacité de travail de 50 % (par rapport au taux d'activité habituel de 50 %) depuis avril 2017 (soit dès la même date que l'incapacité de travail de 100 % fixée le 1^{er} novembre 2017 par le Dr H_____), mais une capacité de travail entière (également par rapport au taux d'activité habituel de 50 %), sans baisse de rendement, trois mois après l'établissement de la présente expertise rhumatologique, donc dès le 21 février 2019, dans l'hypothèse où ses propositions thérapeutiques, à savoir l'introduction d'un traitement de Cymbalta (un antidépresseur) et/ou Lyrica (un antiépileptique) par le psychiatre traitant, étaient suivies. Il est précisé qu'il avait auparavant été noté par la Dresse L_____ que l'expertisée s'opposait à un tel traitement de peur de perdre la garde de ses enfants. Toujours selon l'experte rhumatologue, il n'y avait pas d'emploi plus adapté que l'activité habituelle (consistant à trier, contrôler et saisir des documents très souvent, saisir souvent des bulletins, avoir souvent des contacts avec des établissements concernés, tamponner, classer et archiver des bulletins, réceptionner et renseigner les usagers, remettre des dossiers).

Un complément d'évaluation par une expertise psychiatrique était requis.

29. Par avis du 20 décembre 2018, le SMR a considéré que cette expertise rhumatologique avait été effectuée selon les règles de l'art et que l'on pouvait suivre ses conclusions, et, compte tenu de la « présence d'un trouble douloureux somatoforme versus fibromyalgie, dont le début en [avril] 2017 [coïncidait] avec un trouble dépressif moyen », a retenu l'indication à effectuer une expertise

psychiatrique, devant se prononcer sur la base de la dernière jurisprudence et déterminer l'exigibilité du traitement.

30. Selon une note, elle avait eu le même jour un entretien téléphonique avec le Dr H_____. D'après les explications de celui-ci, l'assurée était suivie principalement pour une thérapie familiale dans un contexte de divorce et de prise en charge des enfants. Elle présentait un trouble de la personnalité avec quelques symptômes dépressifs et/ou anxieux par moment. Des douleurs s'exprimant sous une forme somatoforme n'étaient pas exclues. La compliance était parfois aléatoire. La capacité de travail était difficile à évaluer actuellement.
31. Dans une note du 5 février 2019, l'OAI a retenu un statut mixte 50/50 (activité de commise administrative / tâches ménagères).
32. Dans un rapport d'expertise psychiatrique établi le 26 avril 2019, faisant notamment suite à un examen – ou entretien – du 5 mars 2019 avec l'assurée, le docteur M_____, psychiatre et psychothérapeute FMH au sein du Centre d'expertise médicale à Lancy, a effectué une synthèse du dossier de l'intéressée et effectué son anamnèse.

Sous l'angle de l'anamnèse sociale découlant de l'entretien d'expertise, l'expertisée avait cinq à six bons amis de longue date, qu'elle voyait régulièrement. S'agissant des tâches ménagères, elle se faisait aider pour le ménage par ses enfants qui passaient souvent l'aspirateur, tandis qu'elle assumait la lessive et le repassage. Elle était aidée par sa mère pour les aspects administratifs. Sa journée type consistait à se lever vers 06h00, manger vers 12h20, puis vers 19h00, et se coucher vers 21h30. Elle passait habituellement ses après-midis à boire un café avec une amie ; sinon, elle allait régulièrement rendre visite à ses parents, étant précisé que son père l'aidait pour les courses ; une fois par semaine, elle visitait sa marraine à l'EMS. Le week-end, les mêmes horaires étaient plus ou moins maintenus, mais il lui arrivait de faire des activités ou des sorties avec ses enfants ou ses amis.

L'expert n'a pas retenu de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Les éléments fournis par le psychiatre traitant ne permettaient pas de retenir, sur la base d'éléments médicaux objectifs, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux émis par la Dresse L_____. En effet, même si on retrouvait chez l'assurée plusieurs diagnostics somatiques en lien avec sa symptomatologie douloureuse ainsi qu'une perturbation concomitante du comportement, on constatait aussi une absence d'altération du fonctionnement social et familial, et, même si elle s'opposait à toute hypothèse psychologique pouvant expliquer ses symptômes douloureux, il n'y avait clairement pas de symptômes dépressifs ou anxieux manifestes.

Pour ce qui était des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, à partir de la séparation (en 2005) puis du divorce (en 2008), étaient apparus chez l'expertisée des symptômes dans les registres émotionnel et comportemental, en réaction à ce facteur de stress facilement identifiable, qui avaient progressivement

causé une altération significative de son fonctionnement social, professionnel et dans d'autres domaines importants de la vie, ce qui correspondait au diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F43.23). L'accident de voiture du 21 octobre 2013, qui avait occasionné une entorse cervicale et une capsulite rétractile de l'épaule gauche avec comme conséquences des douleurs au niveau de la nuque et rapidement après au niveau du poignet et du coude gauche, ajouté audit trouble de l'adaptation, avait provoqué un ensemble de symptômes cliniques caractérisé par la conviction d'avoir été transformée ou marquée par la maladie, une passivité, une réduction des intérêts et un moindre engagement dans les activités professionnelles et de loisirs auxquelles elle se livrait précédemment, des plaintes relatives à la santé (sentiment constant de souffrance), une humeur labile et une altération significative du fonctionnement social et professionnel, ensemble correspondant, après une évolution progressive, au diagnostic de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F62.1). S'agissant de la personnalité de l'expertisée, celle-ci ne présentait pas de troubles de personnalité, mais des traits de personnalité paranoïaque qui se caractérisaient par la présence d'une préoccupation par des explications sans fondements, de type conspiration concernant les événements se déroulant autour d'elle, par exemple que le SPMi lui retirerait la garde de ses enfants si elle prenait un traitement.

Sur le plan psychiatrique, l'intensité de l'ensemble des symptômes cliniques susmentionnés caractéristiques d'une modification durable de la personnalité ne justifiait pas une incapacité de travail, malgré des limitations fonctionnelles de type découragement, sentiment d'incapacité avec évitement de la tâche, démotivation et indécision, qui pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnable. Par ailleurs, l'assurée était bien entourée socialement et familialement. Elle arrivait à assumer la gestion des activités en famille et disait avoir du plaisir. Elle était capable d'assumer une grande partie de ses activités quotidiennes et, au niveau des loisirs, elle pratiquait régulièrement la marche. Lors de l'entretien d'expertise, elle avait rapporté des points de repères bien structurés sur une journée type. Sa grande demande de reconnaissance de sa souffrance psychique et les divergences manifestes entre les éléments anamnestiques du dossier et les constatations cliniques lors de l'entretien (durant lequel l'expertisée n'avait à aucun moment une position antalgique ou une attitude pour atténuer la douleur) attestaient, sans que cela soit objectivement démontrable, une recherche de bénéfices secondaires qui influençait de manière négative l'état émotionnel. À cela s'ajoutait une divergence manifeste concernant la consommation d'alcool de l'intéressée, laquelle avait nié toute consommation lors de l'entretien alors que la prise de sang effectuée montrait un résultat compatible avec une consommation modérée d'éthanol.

Compte tenu du déconditionnement au travail de plusieurs années, et afin de permettre un retour progressif sur le marché de l'emploi, la capacité de travail de l'intéressée était, au plan psychiatrique, dans son activité professionnelle habituelle,

de 50 % puis de 100 % dans un délai de trente jours après la présente évaluation. Vu l'inexistence de limitations fonctionnelles en lien avec une incapacité de travail, la prescription d'un traitement antidépresseur n'était pas exigible. « La fréquence de la prise en charge psychothérapeutique actuelle [n'était] pas intensive ce qui [s'inscrivait] dans une démarche sécurisante de l'assurée en dehors du setting thérapeutique ainsi que d'une évolution clinique favorable ».

Dans les activités ménagères (alimentation, entretien du logement ou de la maison, achats, lessive et entretien de vêtements, soins aux enfants ou aux autres membres de la famille ; « cas sans enquête ménagère » selon l'intitulé de ce point), il n'y avait pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique.

33. Dans un rapport final du 24 mai 2019, le SMR a résumé les rapports d'expertise des Drs L_____ et M_____.

Selon lui, au plan psychiatrique, l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante. L'analyse des indicateurs permettait de constater, sur le plan du traitement, des rendez-vous mensuels avec une psychologue – en thérapie déléguée par le Dr H_____ – et l'absence de traitement psychotrope. Il n'y avait « pas de comorbidités psychiatriques sévères, notamment absence de trouble de la personnalité décompensé ». D'autre part, l'assurée était bien entourée socialement et familialement (proche de ses parents notamment, amis de longue date). Elle rapportait des repères bien structurés sur une journée type. Des limitations fonctionnelles significatives étaient absentes. Le rapport d'expertise était cohérent. Dès lors, la capacité de travail était pleine, sans qu'il faille une reprise progressive de celle-ci comme proposé par l'expert, le déconditionnement n'étant pas un élément pouvant être retenu comme incapacitant.

34. Par projet de décision du 27 mai 2019, l'OAI a considéré que le droit aux mesures professionnelles et/ou à la rente d'invalidité devait être refusé.

En effet, après instruction de la demande de l'assurée, notamment à la suite des expertises rhumatologique et psychiatrique auxquelles elle avait été soumise les 20 novembre 2018 et 5 mars 2019, il fallait retenir qu'elle ne présentait aucune maladie justifiant une diminution de sa capacité de travail de longue durée.

35. Par courrier du 5 juin 2019 et courriel du 27 juin 2019, l'assurée a notamment sollicité l'envoi d'une copie de son dossier AI à elle-même, respectivement à son médecin traitant le Dr N_____ et à son conseil nouvellement constitué, ainsi qu'une prolongation du délai pour se déterminer sur le projet de décision jusqu'à fin août 2019.

36. Par décision du 4 juillet 2019, l'OAI a, pour les motifs exposés dans le projet de décision, rejeté la demande de l'assurée, dont le courriel du 27 juin 2019 n'apportait aucun élément nouveau susceptible de modifier ses dernières conclusions.

37. Par acte expédié le 6 septembre 2019, sous la plume de son avocate, l'assurée a formé recours contre cette décision, concluant, « avec suite de frais et dépens », préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, au fond, à l'annulation de ladite décision et, cela fait, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière.

D'après la jurisprudence, lorsqu'une expertise ne permettait pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie était incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision était possible. Tel était bien le cas en l'espèce, en raison des griefs suivants. Aucune limitation fonctionnelle n'était retenue par les experts alors que de telles limitations existaient pour avoir nécessité par le passé plusieurs réaménagements du poste de travail, dont notamment les affections somatiques mentionnées plus haut, et alors qu'elle avait, selon l'experte rhumatologue, asservi avec leur consentement ses enfants pour les tâches ménagères, son père pour les courses et sa mère pour les comptes. N'étaient pas discutés les problèmes au travail dont avait fait état l'employeur. L'expert psychiatre n'avait pas retenu le syndrome de « fibromyalgie 15/18 points retrouvés mais douleurs encore plus diffuses dans le diagnostic différentiel resté ouvert pour un trouble somatoforme douloureux, qui est un diagnostic du ressort du psychiatre », alors que les troubles somatoformes douloureux avaient été allégués dans les rapports précités des Drs E_____ et I_____, qui soulignaient que les atteintes somatiques modérées révélées par les examens n'expliquaient pas l'intensité des douleurs ressenties, douleurs non retenues par l'expert psychiatre. Ce dernier n'avait pas non plus pris en compte le fait que le retour à une pleine capacité de travail attesté par le Dr H_____ concernait surtout la symptomatologie dépressive et non les autres troubles, ni le fait que la circonstance que ce psychiatre traitant traitait la recourante dans le cadre de la procédure relative à la situation des enfants dans leurs relations avec leurs père et mère ne lui permettait pas de poser d'autres diagnostics qui auraient, parallèlement, « pu réduire à néant le mandat à l'origine de la primo-consultation ». Le Dr M_____ n'avait pas non plus discuté les rapports d'expertise de 2010 et 2016 émanant notamment de la Dresse B_____, du CURML, alors que le diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque (F60.0), qui y était retenu, se retrouvait dans l'attitude de l'assurée visant à refuser toute médication psychothérapeutique, comme relevé par l'experte rhumatologue. Il avait, notamment dans le cadre de l'anamnèse systématique, laissé sans réponse le fait qu'elle cherchait à éviter à tout prix un diagnostic et s'évertuait pour ce faire à répondre par la négative à toutes les questions de l'expert psychiatre, ce d'autant plus qu'elle était convaincue que ses douleurs trouvaient leur origine dans ses troubles somatiques et les événements accidentels vécus. Il n'avait enfin pas pris en considération le fait que son état psychologique avait commencé à se dégrader dès 2010 et avait continué à s'aggraver, sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive).

Tous ces éléments renforçaient le diagnostic de fibromyalgie sévère, auquel s'ajoutaient les atteintes à la santé qui avaient été diagnostiquées par les différents médecins consultés ainsi que le trouble de la personnalité paranoïaque, et devaient être pris en compte dans l'appréciation globale de la capacité de travail.

En outre, il ressortait de l'instruction du dossier par l'intimé que les collègues de la recourante ne la supportaient plus, celle-ci se plaignant de mobbing et l'employeur mentionnant des relations conflictuelles et des soucis d'ordre relationnel avec ses collègues depuis des années, situation qui pouvait amener à se poser la question de savoir si la mise à disposition de sa capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée d'elle et si cette mise à disposition était raisonnablement acceptable pour la société au regard de ses relations tendues et du diagnostic de paranoïa. Cela allait de pair avec la perte d'intégration sociale et un état psychique cristallisé sans évolution sur le plan thérapeutique car résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement psychique amenant à l'échec des traitements ambulatoires. Or, si en 2015, à la suite d'un aménagement adéquat de son poste de travail, elle avait tenté de surmonter son état, elle ne disposait plus, actuellement, après les aggravations de son état de santé, des ressources psychiques pour ce faire.

Au regard de ces éléments, il apparaissait nécessaire d'effectuer des investigations complémentaires, à tout le moins sur le plan psychique, et de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

38. Dans sa réponse du 8 octobre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Selon lui, vu le contenu des rapports d'expertise des Drs L_____ et M_____, on se trouvait dans une constellation allant dans le sens d'une exagération par l'assurée, notamment par une tendance à l'accentuation ou à la démonstration, un comportement revendicateur, des relations sociales intactes, l'absence de demande de soins, l'existence de bénéfices secondaires bien réels de son comportement d'invalidé.

Compte tenu des éléments médicaux au dossier, on ne pouvait pas reprocher à l'intimé de ne pas avoir apprécié de manière globale la capacité de travail de la recourante. Partant, une nouvelle expertise ne se justifiait pas, d'autant moins en l'absence d'élément médical objectivement vérifiable permettant de remettre valablement en cause les conclusions des experts.

39. Dans sa réplique du 5 novembre 2019, la recourante a indiqué ne pas contester l'expertise rhumatologique, bien qu'elle comportait de nombreuses erreurs et incohérences et avait été effectuée dans un contexte totalement inacceptable pour elle et de 09h00 à 13h45 sans pause, la Dresse L_____ ayant eu d'emblée un comportement extrêmement désagréable à son endroit, notamment en relevant qu'elle avait ramassé sa canne assez vite alors qu'elle l'avait rattrapée en se tenant à sa chaise, et en la menaçant de faire le nécessaire pour qu'elle n'obtienne pas de rente si elle n'acceptait pas la prise d'antidépresseurs et de la dénoncer pour que la

garde de ses enfants lui soit retirée. Cela étant, il ressortait de ladite expertise rhumatologique un diagnostic de fibromyalgie sévère avec ralentissement important dans les activités de la vie quotidienne et l'obligation pour elle de faire appel à tout son entourage pour la réalisation des tâches les plus simples (notamment activités ménagères, courses et comptabilité du ménage).

L'expertise psychiatrique du Dr M_____ ne pouvait quant à elle pas se voir reconnaître une pleine valeur probante, étant rappelé qu'elle avait été effectuée en parallèle à une procédure de retrait du droit de garde. L'assurée ne consommait pas d'alcool, une analyse médicale du 2 août 2019 – produite – montrant un taux de phosphatidylethanol de 12 %, étant précisé qu'un taux entre 10 et 35 % correspondait à une consommation faible. Elle contestait ne pas souffrir d'une altération du fonctionnement social et familial.

L'OAI avait certainement mené correctement son instruction du dossier, mais s'était basé sur une expertise psychiatrique critiquable en de nombreux points, l'expert psychiatre n'ayant même pas détecté l'état de panique dans lequel elle se trouvait ni n'ayant tenu compte de l'ensemble des atteintes à sa santé.

Contrairement à ce qui était retenu par l'intimé dans sa réponse, une exagération de ses plaintes était contestée. En outre, ses relations sociales étaient cristallisées autour de ses parents et enfants, qui l'aidaient dans ses tâches ménagères.

40. Dans sa duplique du 2 décembre 2019, l'intimé a persisté dans sa position, sans nouvel argumentaire.
41. Le 3 décembre 2019, cette écriture a été transmise par la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales), pour information, à la recourante.
42. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations, sous forme de rente d'invalidité, de la recourante formulée

le 27 août 2016. Concrètement, le litige concerne l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée entre le 30 juin 2015 (décision de refus de prestations) et le 4 juillet 2019 (rejet de la nouvelle demande de prestations).

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

Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_754/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.1). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 ; 117 V 198 consid. 4b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références).

5. a. Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Conformément à 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique 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).

À teneur de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b. 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).

c. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'AI, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b ; 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'al. 2 de cette

disposition légale prescrit que 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.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré.

7. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

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

b. Depuis le prononcé de deux arrêts du Tribunal fédéral du 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral, la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux – et également applicable notamment à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) –, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être

au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 ; 143 V 418 consid. 6, 7 et 8).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

c. Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale conformément à l'ATF 141 V 281 peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3)

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3)

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

c/aa. Pour ce qui est du complexe « atteinte à la santé » – premier indicateur –, dans la catégorie « degré de gravité fonctionnel », 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. Si, d'un autre côté, des critères d'exclusion (ATF 131 V 49 consid. 1.2 in fine) jouent un certain rôle, sans qu'il faille a priori exclure de ce fait une atteinte à la santé significative sur le plan juridique, il y a lieu d'évaluer les situations révélant une exagération, etc. (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). Des

indices d'exagération ou de manifestations de ce genre ainsi que d'autres expressions d'un bénéfice secondaire de la maladie consistent notamment en une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial intact ; un simple comportement explicite – ou démonstratif – n'indique pas en soi une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; 131 V 49 consid. 1.2). La gravité du processus pathologique doit aussi être rendue vraisemblable à l'aide de tous les éléments disponibles provenant de l'étiologie et de la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic. La description du trouble douloureux somatoforme dans la CIM-10 (F45.4) met notamment en évidence des facteurs étiologiques : la caractéristique du trouble est qu'il survient « dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux » qui jouent le rôle principal pour le début, le degré de gravité, l'exacerbation ou la persistance des douleurs (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

S'agissant du 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).

La comorbidité psychique 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).

c/bb. Concernant le complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles), il s'agit d'accorder, dans le contexte de plus grande prise en compte des ressources de l'assuré, une importance accrue au complexe de personnalité de celui-ci (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi », qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité permettant des déductions concernant la capacité d'agir (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/cc. S'agissant du complexe « 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).

c/dd. La seconde catégorie, dite « cohérence », comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4).

Pour ce qui est de la 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, étant précisé qu'à l'inverse, un retrait conditionné par une maladie peut aussi diminuer encore les ressources. 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. Le niveau d'activité de la personne assurée doit toujours être considéré en rapport avec l'incapacité de travail alléguée (consid. 4.4.1).

S'agissant du 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, ce toutefois pour autant

que le comportement ne soit pas 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).

d. L'administration et le juge vérifient librement si l'expert médical a observé les conditions normatives déterminantes concernant les indicateurs susmentionnés, à savoir s'il 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).

e. L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

8. a. 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).

b. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 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 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

c. 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).

d. 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).

e. 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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).

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

9. En l'espèce, la recourante travaillait depuis de nombreuses années à mi-temps, et la méthode mixte (activité de commise administrative à 50 % / tâches ménagères à 50 %), appliquée par l'intimé, n'est ni contestée ni contestable.
10. a. L'intimé a, à juste titre, retenu un changement important de l'état de santé de l'intéressée, sous forme d'aggravation, motivant une révision, et le degré d'invalidité a été fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière complète, en l'occurrence par la mise en œuvre d'expertises rhumatologique et psychiatrique, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité.
b. Pour ce qui est de la valeur probante, le SMR et l'OAI admettent celle tant de l'expertise psychiatrique que de l'expertise rhumatologique.

La recourante, quant à elle, ne conteste pas la valeur probante de l'expertise rhumatologique, malgré certaines critiques. En revanche, elle nie une valeur probante entière à l'expertise psychiatrique.

Cela étant, ces deux rapports d'expertise étudient de manière fouillée les points litigieux importants, se fondent sur des examens complets, prennent également en considération les plaintes exprimées, sont établis en pleine connaissance du dossier (anamnèse), décrivent les interférences médicales et enfin émettent des conclusions bien motivées, ce qui permet à l'intimé et à la chambre de céans d'examiner le cas notamment à l'aune des critères standards énoncés plus haut. À cet égard, il importe peu que le rapport de l'expert psychiatre mentionne une consommation modérée d'alcool, alors que l'assurée admet une faible consommation. Le fait que, comme cela sera vu ci-après, lesdits rapports d'expertise contiennent certaines imprécisions, voire contradictions internes, ne suffit pas à remettre en cause leur valeur probante de principe, mais pourra le cas échéant justifier de s'écarter de certains éléments de leur contenu.

Par ailleurs, l'assurée ne se prévaut pas de rapport de médecins autres que les experts rhumatologue et psychiatre qui iraient à l'encontre des conclusions de ces deux derniers. En outre, ne ressortent pas du dossier des constatations et/ou conclusions des médecins traitants, en particulier des Drs D_____, G_____ et

H_____, qui seraient de nature à remettre en cause celles des experts, y compris quant aux limitations fonctionnelles.

L'examen ci-après sera dès lors fondé essentiellement sur les expertises rhumatologique et psychiatrique.

c. Au plan somatique, est posé par l'experte rhumatologue le diagnostic, « avec répercussion sur la capacité de travail », de fibromyalgie sévère avec retentissement important sur les activités de la vie quotidienne, diagnostic qui n'est pas remis en cause par les parties.

La fibromyalgie peut se définir comme une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS ; M79.0 de la CIM-10), caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagnant généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (telles que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle) ; les critères diagnostiques, établis pour la première fois par l'American Rheumatism Association, sont la combinaison d'une douleur généralisée intéressant l'axe du corps, les hémicorps droit et gauche, à la fois au-dessus et en dessous de la taille, durant au moins trois mois, ainsi que des douleurs à la palpation d'au moins onze points douloureux (ATF 132 V 65 c. 3.2).

La fibromyalgie sévère est le seul diagnostic qui a été posé par les experts et les médecins ayant examiné la requérante, comme ayant une répercussion sur la capacité de travail de celle-ci, étant précisé que les rapports des Drs E_____ et I_____ ne mentionnent pas un tel diagnostic. L'épisode dépressif moyen a quant à lui occasionné une incapacité de travail du 6 avril 2017 jusqu'à une date indéterminée mais en tout état de cause antérieure à fin août 2018, selon le psychiatre traitant, mais ce trouble psychique n'a pas persisté après les traitements et ne peut donc pas être une cause d'une incapacité de gain (art. 7 al. 1 LPGA) ; l'intéressée ne s'en prévaut du reste pas.

Par ailleurs, aucun médecin traitant n'a mis en cause les conclusions des experts rhumatologue et psychiatre relativement à la capacité de travail de l'assurée. Ainsi, ce sont les rapports respectifs de ces deux experts qu'il conviendra ci-après de confronter entre eux, dans le cadre de l'appréciation des données médicales, et avec prise en considération des indicateurs standards développés par la jurisprudence pour les troubles somatoformes douloureux et applicables aussi à la fibromyalgie.

L'experte rhumatologue a retenu une incapacité de travail de 50 %, par rapport au taux d'activité habituel de 50 %, depuis avril 2017, mais une capacité de travail entière (également par rapport au taux d'activité habituel de 50 %), sans baisse de rendement, trois mois après l'établissement de la présente expertise rhumatologique, donc dès le 21 février 2019, dans l'hypothèse où ses propositions thérapeutiques, à savoir l'introduction d'un traitement de Cymbalta (un

antidépresseur) et/ou Lyrica (un antiépileptique) par le psychiatre traitant, étaient suivies.

d. Au plan psychique, est diagnostiquée par l'expert psychiatre une modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F62.1), à laquelle s'ajoutent des traits paranoïaques, selon lui sans effet invalidant. Sous l'angle des conséquences sur la capacité de travail, ce diagnostic ne présente en réalité pas de différences significatives par rapport à celui de trouble de la personnalité paranoïaque (F60.0) posé par le CURML dans son rapport d'expertise du 2 mai 2016. Dans ces deux diagnostics en effet, il y a un trouble lié à la personnalité avec notamment des attitudes d'ordre paranoïaque. Au demeurant, le rapport d'expertise du CURML précité vise une toute autre problématique, soit celle de la situation des enfants, et ne saurait dès lors se voir reconnaître, pour ce motif déjà, la même portée que les rapports d'expertise des Drs L_____ et M_____.

Par ailleurs, de par sa définition contenue dans la CIM-10, une modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique doit persister au moins deux ans et être imputable à l'expérience traumatique d'une maladie psychiatrique sévère, et se caractérise par une dépendance et une attitude de demande excessives vis-à-vis des autres, par la conviction d'avoir été transformé ou marqué par la maladie au point de ne pas parvenir à établir ou maintenir des relations interpersonnelles étroites et confiantes et de s'isoler socialement, par une passivité, une perte des intérêts et un engagement moindre dans les activités de loisir, par des plaintes persistantes de se sentir souffrant, parfois associées à des plaintes hypocondriaques et à un comportement de malade, par une humeur dysphorique ou labile non due à un trouble mental actuel ni aux symptômes affectifs résiduels d'un trouble mental antérieur et par des problèmes à long terme du fonctionnement social et professionnel (F62.1). Ces caractéristiques, avec les traits paranoïaques, correspondent pour une grande part à la description qui est faite par la recourante de sa vie actuelle, et peuvent notamment, avec les traits paranoïaques, expliquer les problèmes d'ordre relationnel qu'elle a eus avec ses collègues, à tout le moins dès août 2017. Rien ne permet donc de douter de l'exactitude de ce dernier diagnostic.

e. Comme considéré par l'expert psychiatre, ce diagnostic de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique n'est ici pas invalidant en soi, mais il est de nature à affaiblir les ressources de l'intéressée. En l'occurrence, il induit bien un tel affaiblissement, avec plus précisément, comme retenu par le Dr M_____, la conviction d'avoir été transformée ou marquée par la maladie, une passivité, une réduction des intérêts et un moindre engagement dans les activités professionnelles et de loisirs auxquelles elle se livrait précédemment, des plaintes relatives à la santé (sentiment constant de souffrance), une humeur labile et une altération significative du fonctionnement social et professionnel. Il importe peu que cet expert psychiatre ait, dans le même chapitre « diagnostics », retenu l'absence d'une telle altération, ce de manière contradictoire et incompréhensible.

De son côté, l'experte rhumatologue considère que la fibromyalgie sévère a un retentissement important sur les activités de la vie quotidienne de l'expertisée, qui correspond à l'altération significative du fonctionnement social et professionnel retenue par l'expert psychiatre.

Les conséquences de la fibromyalgie sévère et de la modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique conjuguées apparaissent être, pour l'assurée, un déconditionnement, notamment musculaire, important, dont l'incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée (arrêts du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2 ; 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1), le besoin de faire appel à ses enfants et parents pour de nombreuses tâches ménagères, des difficultés relationnelles avec ses collègues, de même que des limitations fonctionnelles de type découragement, sentiment d'incapacité avec évitement de la tâche, démotivation et indécision.

Cependant, comme cela ressort des expertises rhumatologique et psychiatrique, le déconditionnement ne persisterait pas après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA), et les limitations fonctionnelles de type découragement, sentiment d'incapacité avec évitement de la tâche, démotivation et indécision peuvent être surmontées par un effort de volonté raisonnable (art. 7 al. 2 LPGA).

À cet égard, comme relevé par la Dresse L_____, l'intéressée n'a, jusqu'à son examen par celle-ci, jamais bénéficié d'un traitement contre la fibromyalgie, et il n'apparaît pas qu'elle ait accepté de prendre un des médicaments préconisés par cette experte rhumatologue. En revanche, elle a, de manière relativement régulière, suivi une psychothérapie sans prise de médicaments.

Le besoin de faire appel à ses enfants et parents pour de nombreuses tâches ménagères et les difficultés relationnelles avec les collègues ne sauraient, pas plus que le refus de prise de médicaments contre des affections psychiques pour cause de trouble lié à la personnalité et à des traits paranoïaques, être en soi et à eux seuls constitutifs d'une incapacité de travail.

De surcroît, l'affaiblissement des ressources de la recourante apparaît, à tout le moins en partie, être compensé par son fort réseau familial (ses enfants et ses parents) ainsi que social (avec sa marraine et quelques bons amis), des repères bien structurés sur une journée type, la capacité à organiser la gestion des activités quotidiennes, tant s'agissant des activités familiales et de loisirs que des tâches ménagères, des sentiments de plaisir dans les loisirs.

Enfin, selon l'experte rhumatologue, les plaintes de l'intéressée sont souvent incohérentes et émises pour la plupart en relation avec des événements anciens. En particulier, il y a incohérence dans le fait qu'elle a ramassé assez vite sa canne en se penchant profondément en avant sans plier les genoux, alors qu'elle se penchait très lentement pour le Schober, l'allégation de la recourante selon laquelle elle l'a rattrapée en se tenant à sa chaise n'y changeant rien. De plus, le fait qu'elle dorme

en position ventrale rend peu crédibles ses plaintes afférentes aux lombaires et cervicales. L'expert psychiatre note quant à lui sa grande demande de reconnaissance de sa souffrance psychique et les divergences manifestes entre les éléments anamnestiques du dossier et les constatations cliniques lors de l'entretien (durant lequel l'expertisée n'a à aucun moment une position antalgique ou une attitude pour atténuer la douleur). Les deux experts considèrent comme vraisemblable une recherche de bénéfices secondaires qui influençait de manière négative l'état émotionnel.

Comme autre incohérence, le fait que l'assurée invoque, dans son recours, une attitude visant à refuser toute médication psychothérapeutique, à chercher à éviter à tout prix un diagnostic psychiatrique et à s'évertuer pour ce faire à répondre par la négative à toutes les questions de l'expert psychiatre (ce d'autant plus qu'elle serait convaincue que ses douleurs trouveraient leur origine dans ses troubles somatiques et les événements accidentels vécus), n'est pas compatible avec le fait qu'elle est suivie depuis le 6 juillet 2016 par son psychiatre traitant et se prévaut dans ses écritures de troubles psychiques, notamment ceux diagnostiqués dans les expertises du CURML. Par ailleurs, l'état de panique qui aurait été présent chez elle lors de l'entretien selon ses allégations et que l'expert psychiatre n'aurait pas détecté n'est pas décrit de manière précise, et il ne ressort pas non plus des circonstances.

f. Vu ce qui précède, dans le cadre de l'examen des indicateurs standards, la fibromyalgie, ainsi que la comorbidité psychique que constitue la modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique, ne permettent pas de retenir un degré de gravité minimal inhérent au diagnostic justifiant une incapacité de travail et de gain au sens de la LPGA et de la LAI, ce d'autant moins que l'incapacité de travail telle que fixée par l'experte rhumatologue (50 %, par rapport au taux d'activité habituel de 50 %) disparaîtrait après la prise des médicaments préconisés durant trois mois (complexe « atteinte à la santé »).

Le complexe « contexte social » est favorable et nuance ou compense dans une mesure importante le trouble lié à la personnalité avec des traits paranoïaques dont les effets consistent pour l'essentiel en des difficultés relationnelles avec les collègues et un refus de prendre des médicaments traitant des affections psychiques et sont donc limités (complexe « personnalité »).

Dans la catégorie dite « cohérence », l'intéressée ne présente pas une « limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie », puisqu'elle est capable d'exécuter plusieurs tâches ménagères et d'avoir une vie familiale et sociale ainsi que des loisirs, comme la marche, qui lui procurent du plaisir, ce qui réduit le « poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation ». À cet égard, des « indices d'exagération ou de manifestations de ce genre ainsi que d'autres expressions d'un bénéfice secondaire de la maladie » résultent notamment d'une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, de l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, de l'absence de

demande de soins médicaux au plan psychiatrique à tout le moins, et de l'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial intact.

Ainsi, l'assurée dispose encore de « ressources », certes diminuées mais demeurant non négligeables (complexe « personnalité » également).

g. En définitive, l'analyse et l'appréciation de l'ensemble des indicateurs standards ne permettent pas de retenir une quelconque incapacité de travail et de gain de la recourante, en particulier dans son activité habituelle considérée comme adaptée par l'experte rhumatologue.

On peut objectivement attendre de l'assurée qu'elle surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (art. 7 al. 2 LPGA ; ATF 135 V 215 consid. 7).

11. a. L'experte rhumatologue ne s'est pas prononcée sur la capacité de l'assurée dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. L'expert psychiatre l'a en revanche fait en concluant à l'absence de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique dans ces tâches.

b. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon 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. 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 les art. 27bis RAI et 16 LPGA). Ainsi, lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (arrêt du Tribunal fédéral 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 3.1 et 3.2).

Conformément au ch. 1058 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), état depuis le 1^{er} janvier 2018, l'office AI mène une enquête sur place (au domicile, dans le foyer, sur le lieu de travail, etc., de l'assuré), notamment lorsqu'il s'agit d'indépendants, d'agriculteurs ou d'agricultrices, d'assurés qui s'occupent du ménage, ainsi que pour déterminer le droit à des allocations pour impotent. Il peut renoncer à cette enquête lorsque la situation personnelle de l'assuré est déjà suffisamment connue et documentée dans le dossier. Pour cela, l'office AI utilise les formulaires conçus à cet effet.

La mise en œuvre d'une enquête ménagère en cas de statut mixte n'est pas imposée par le droit fédéral (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 99/00 du 26 octobre 2000 consid. 3c, in VSI 2001 p. 155). Il n'y a pas lieu de procéder à un acte administratif qu'une appréciation anticipée des preuves désigne clairement comme inutile (arrêt du Tribunal fédéral 9C_103/2010 du 2 septembre 2010 ;

ATAS/358/2018 du 25 avril 2018 consid. 11). Notamment, le Tribunal fédéral a considéré la mise en œuvre d'une enquête ménagère comme superflue et y a renoncé dans un cas où, en tout état de cause, il y aurait lieu de constater que la personne assurée ne subirait aucune perte de gain pour la part liée à l'exercice d'une activité lucrative et où, sur la base des constatations médicales et des allégations de la personne intéressée ainsi qu'au regard des pourcentages appliqués par l'AI pour chacune des activités liées à la tenue du ménage (CIIAI, ch. 3086 à l'époque, ch. 3087 actuellement), le taux d'empêchement de 80 %, requis au minimum pour un taux de 50 % dans les tâches ménagères et un taux légal d'invalidité minimal de 40% (art. 28 LAI), ne serait de loin pas atteint (arrêt du Tribunal fédéral 9C_130/2016 du 14 juin 2016 consid. 4.3.2).

À teneur du ch. 3087 CIIAI, état depuis le 1^{er} janvier 2018, en règle générale, on admettra que les travaux d'une personne non invalide qui s'occupe du ménage comportent les activités usuelles suivantes (auxquelles correspondent en l'occurrence celles sur lesquelles l'expert psychiatre s'est prononcé) : alimentation (préparer et cuire les aliments, servir les repas, nettoyer la cuisine au quotidien, faire des provisions ; ch. 1), entretien du logement ou de la maison (ranger, épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les installations sanitaires, changer les draps de lit, nettoyer en profondeur, soigner les plantes, le jardin, l'extérieur de la maison, sortir les déchets) et garde des animaux domestiques (ch. 2), achats (courses quotidiennes et achats plus importants) et courses diverses (poste, assurances, services officiels ; ch. 3), lessive et entretien des vêtements (laver, étendre et plier le linge, repasser, raccommoier, nettoyer les chaussures ; ch. 4), soins et assistance aux enfants et aux proches (ch. 5).

c. Il ressort dans le cas présent des expertises rhumatologique et psychiatrique, non contestées sur ces points, que la recourante est en tout état de cause capable d'assumer elle-même, sans aide de tiers, les tâches relatives à l'alimentation sauf l'épluchage de certains légumes et peut-être le nettoyage de la cuisine (ch. 1), ainsi que les achats et courses diverses – bien qu'avec l'aide de son père – (ch. 3), mais pas les tâches d'entretien du logement (ch. 2) ni la lessive et l'entretien des vêtements (ch. 4). Pour la période considérée, commençant le 27 février 2017 (art. 29 al. 1 LAI), ses enfants sont ou étaient adolescents et ont ou avaient donc besoin de soins et assistance (ch. 5), et l'assurée ne fait nullement valoir qu'elle ne serait pas en mesure de s'en occuper, les problèmes relevés dans les expertises du CURML ne concernant pas la vie quotidienne mais des aspects d'ordre plutôt psychologique et relationnel non pertinents ici. Il en découle que l'assurée est en mesure d'accomplir seule une grande partie des tâches ménagères.

L'assurée est aidée dans ses tâches ménagères par ses deux enfants, nés en 2001 et 2003, et ses parents, de sorte que l'on peut raisonnablement estimer l'exigibilité globale desdits quatre membres de la famille de la recourante à au moins 30 % (par analogie avec l'ATAS/358/2018 précité consid. 18, qui retient ce pourcentage pour l'aide du mari et de deux enfants majeurs). L'intéressée reste capable d'effectuer

seule une partie des travaux ménagers, comme vu ci-dessus. Au vu de l'aide exigible et des capacités résiduelles de la recourante dans les tâches ménagères, on peut à l'évidence retenir que son incapacité dans ces activités ne saurait dépasser 50%, ce d'autant moins que l'expert psychiatre a exclu des limitations fonctionnelles dans ce cadre. Rapporté à la part de 50 % que représente son activité dans la sphère ménagère, le taux d'invalidité propre à cette dernière serait d'au maximum 25 % pour l'ensemble (activité professionnelle et activités ménagères), ce qui est en tout état de cause inférieur au taux d'invalidité minimal de 40 % requis par l'art. 28 LAI.

Partant, une enquête ménagère n'est pas nécessaire, dès lors qu'il apparaît d'emblée qu'elle ne permettrait pas d'établir un taux d'invalidité ouvrant un droit à une rente d'invalidité (ATAS/358/2018 précité consid. 18 ; aussi arrêts du Tribunal fédéral 9C_130/2016 et 9C_103/2010 précités).

12. Finalement, même dans l'hypothèse – maximale – d'une incapacité de travail de 50 % dans les tâches ménagères, le taux d'invalidité global de la recourante ne dépasserait pas 25 %, ce qui ne constituerait pas une aggravation intervenue depuis le 30 juin 2015 suffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Dans ces conditions, une expertise judiciaire ou toutes autres mesures d'instruction complémentaires, voire un renvoi, en particulier au plan médical, n'apparaissent ni nécessaires ni utiles.

Par conséquent, la décision querellée est bien fondée et le recours doit être rejeté.

13. Vu cette issue et en application de l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de la recourante, laquelle n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Blaise PAGAN

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