

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4016/2016

ATAS/384/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 avril 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à THÔNEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine WEBER-FUX, juges assesseurs

EN FAIT

- 1) Madame A_____, née B_____ (ci-après : la recourante ou l'assurée) le _____ 1963 à Flacq (Ile Maurice), est devenue ressortissante suisse (NE/BE) par mariage contracté avec Monsieur A_____ le _____ 1986 à Carouge, suite à son arrivée en Suisse la même année.

Elle a travaillé en 1986 dans le domaine du sertissage durant environ un mois, puis n'a plus exercé d'activité professionnelle.

- 2) Par jugement du 15 décembre 1998, le Tribunal de première instance a prononcé le divorce des époux A_____. L'autorité parentale et la garde des trois enfants du couple, nés respectivement en 1987, 1990 et 1991, ont été attribuées à leur père.
- 3) En février 1999, l'assurée est retournée vivre à l'Ile Maurice, puis est revenue en Suisse en décembre 2006, après un second divorce, avec les deux enfants nés en 1999 et en 2002 de cette seconde union.
- 4) Le 1^{er} juin 2010, la Clinique de Belmont a attesté d'une consultation de l'assurée en raison d'un trouble des conduites alimentaires existant depuis l'enfance et de la mise en place d'une psychothérapie comportementale et cognitive.
- 5) Le 24 mai 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité au motif qu'elle était, « depuis l'âge de 14 ans, en dépression et atteinte d'anorexie depuis de nombreuses années, ce qui l'empêchait de travailler » ; elle mentionnait être en incapacité de travail depuis 2007 et au bénéfice des prestations de l'Hospice général ; elle était suivie depuis 2007 par la doctoresse C_____, médecin interne FMH, ainsi que, depuis 2008, par la doctoresse D_____, médecin psychiatre FMH.
- 6) Par courrier du 18 juin 2013, l'Hospice général a indiqué à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) avoir accordé à l'assurée des prestations financières depuis le 1^{er} janvier 2007. Le formulaire d'informations complémentaires, daté du 11 juin 2013, annexé à ce courrier, mentionnait que l'assurée n'avait jamais travaillé.
- 7) Dans son rapport du 17 juin 2013 à l'intention de l'OAI, la Dre C_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode sévère depuis environ 1977, et un trouble du comportement alimentaire de type restrictif, avec déficits nutritionnels (carence martiale, déficit sévère en vitamine D3) depuis 1977, ainsi que des céphalalgies mixtes.

L'assurée présentait, depuis l'âge de 14 ans, des troubles du comportement alimentaire d'allure restrictive suite à un traumatisme majeur qui avait abouti à une grossesse non désirée et niée. N'ayant bénéficié d'aucun soutien ni suivi à l'Ile Maurice, elle avait développé des troubles psychiques importants qui perduraient jusqu'à ce jour sous forme d'un état anxio-dépressif récurrent sévère avec des difficultés d'adaptation, des phobies, des comportements alimentaires restrictifs entraînant des déficits nutritionnels. Un suivi psychiatrique régulier avait pu être

instauré en août 2008 avec un traitement de Cymbalta 1 x 30 mg/j et Seroquel 1 x 25 mg/j en R. Ce suivi lui avait permis de ne pas mettre sa vie en danger mais ses troubles psychiques étaient tels qu'ils n'avaient pas permis une réinsertion dans la vie professionnelle.

Parallèlement, elle souffrait de céphalées mixtes tensionnelles et migraineuses, ainsi que d'épigatralgies récurrentes.

Il existait des restrictions mentales, l'assurée était très angoissée, dépressive, vivait le plus souvent reclue chez elle et avait beaucoup de difficultés à entrer en relation avec les autres.

La Dre C_____ a ainsi émis un pronostic « réservé » considérant les « troubles psychiques et du comportement alimentaire chroniques et sévères ». Elle a relevé que l'assurée n'avait pas d'activité professionnelle depuis avril 2007 - date à laquelle elle avait commencé son suivi – et probablement depuis la naissance des enfants de son premier mariage, soit 1988. L'assurée bénéficiait d'un suivi somatique, une fois par mois, et d'un suivi psychiatrique une fois par semaine auprès de la Dre D_____.

L'assurée avait été hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana du 29 avril au 4 mai 2013.

- 8) Le 28 mai 2013, la Clinique genevoise de Montana a attesté d'un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F 33.2) et secondaire de trouble du comportement alimentaire de type restrictif (F 50.8), de carence martiale sans anémie (E 61.1) et de carence en vitamine D sévère (E 55.9). Il s'agissait d'une patiente de 50 ans, connue pour un trouble dépressif récurrent, qui présentait une baisse de la thymie ainsi qu'un épuisement physique et psychique dans un contexte de situation socio-économique et familial difficile.
- 9) Dans un rapport, non daté, à l'intention de l'OAI, qui l'a reçu le 10 juillet 2013, la Dre D_____ a indiqué que l'assurée présentait un épuisement physique et psychique dans le cadre d'une anorexie et d'un état dépressif sévère en raison d'un contexte social et familial difficile. Très mince, fatiguée, triste, et repliée sur elle-même - état qui péjorait depuis l'annonce du diabète de sa fille – l'assurée souffrait de migraines fréquentes qui la maintenaient au lit. Elle était suivie trois fois par mois environ en psychothérapie, avec un traitement psychiatrique intégré.

Son incapacité de travail était de 100 % du 8 septembre 2008 (date du début de son suivi) à ce jour. Aucune activité n'était exigible d'elle, compte tenu notamment de sa fragilité extrême. L'assurée n'exerçait aucune activité hormis son rôle de mère de famille qu'elle vivait avec une grande souffrance du fait des difficultés diverses rencontrées par ses enfants. Elle présentait une fatigabilité extrême, anhédonie, troubles de l'alimentation graves (type restrictif), troubles du sommeil, obsessionnalité, dégoût important de la nourriture et libido inexistante, repli sur soi, évitait les autres (phobie sociale), crainte d'être regardée dans la rue. Quant à un pronostic, la Dre D_____ a indiqué être réservée compte tenu du contexte social et

familial ainsi que des problèmes de santé.

Enfin, s'agissant de mesures de réadaptation professionnelle, la Dre D_____ a répondu par la négative, soulignant l'ancienneté des troubles et des traumatismes vécus (maltraitance du 1^{er} mari), ce même si la prise de Cymbalta avait apporté une légère amélioration à son état jusqu'à la découverte d'un diabète juvénile chez sa fille. Pour le surplus, la Dre D_____ a mentionné que la patiente était au chômage depuis 2007. Elle a produit un rapport du 1^{er} juin 2010 du docteur E_____ de la Clinique Belmont, à Genève, dont le contenu confirmait les termes de son propre rapport à l'OAI.

- 10) Par avis médical du 16 septembre 2013, le Service médical régional de la Suisse romande (ci-après : SMR) a retenu que l'assurée, divorcée, sans formation professionnelle, mère au foyer, avait habité en Suisse de 1986 à 1999, puis était revenue vivre en Suisse en 2006, avec les deux enfants de son second mariage. Elle était suivie par son médecin traitant depuis 2007 et par sa psychiatre depuis 2008 pour un trouble dépressif récurrent ainsi qu'une anorexie-boulimie avec un « BMI » abaissé et des carences vitaminiques depuis l'adolescence. Elle avait été hospitalisée en avril 2013. Ses deux médecins estimaient qu'elle ne pouvait pas travailler pour des raisons psychiatriques et que les pronostics n'étaient pas bons au vu de la chronicité et de l'ancienneté des pathologies. L'état de santé de l'assurée s'était aggravé en raison d'un diagnostic récent d'un diabète de type 1 chez sa fille.

Le SMR a proposé à l'OAI de demander une expertise psychiatrique afin de préciser les diagnostics et limitations fonctionnelles psychiatriques, leur conséquence sur la capacité de travail et sur le travail de ménagère, ainsi que leur évolution dans le temps.

- 11) Par courrier du 7 novembre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise médicale (psychiatrique) était nécessaire afin de clarifier ses droits aux prestations, lui fixant un délai pour d'éventuels motifs de récusation, ainsi que pour des observations relatives aux questions posées au docteur F_____, psychiatre FMH, à Lausanne, mandaté comme expert.
- 12) Le 31 juillet 2014, le rapport d'expertise psychiatrique, signé conjointement par le Dr F_____, en sa qualité d'expert médical, et par Mme G_____, psychologue FSP, pour les tests psychométriques, a été retourné à l'OAI.

Il a été précisé que ce rapport était fondé sur un entretien du 25 mars 2014 avec l'assurée et sur les tests psychométriques et leurs corrections du même jour, ainsi que sur les documents relatifs au dossier de l'OAI.

Les diagnostics suivants ont été posés :

a. Diagnostics selon le DSM-IV-TR2

- Episode dépressif majeur récurrent, de gravité moyenne ;
- Trouble anorexique boulimique ;

- Personnalité traumatique-névrotique, (état limite inférieur) décompensée ;
 - Antécédents de graves carences affectives et maltraitances ; difficultés sociales, familiales (+ divers).
- b. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail
- Episode dépressif majeur récurrent, de gravité moyenne ;
 - Personnalité traumatique-névrotique, (état limite inférieur), décompensée.
- c. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail
- Trouble anorexique boulimique.

Lors des tests psychométriques, l'évaluation des états de stress post traumatique donnait des valeurs presque maximales pour le « PTCS répétition », « PCLS évitement et hyperactivité », ainsi que le score total, ce qui soulignait l'importance des psycho-traumatismes et le retentissement des états de stress sur la personnalité de l'assurée et sa manière actuelle de se relationner au monde.

Au vu des examens cliniques effectués, l'expert a retenu que l'incapacité de travail de l'assurée était complète et ceci probablement depuis toujours. Il a par ailleurs été relevé que chez l'assurée « les processus de dissociation sont importants. Ils consistent en un processus mental dans lequel les idées, les sensations, les informations, les éléments d'identité, les souvenirs qui devraient normalement être fondus en un tout sont isolés les uns des autres. Cette problématique dissociative et confirmée par le test de DIS-Q, alliée à la symptomatologie dépressive et le grave trouble de la personnalité, expliquent des capacités adaptatives particulièrement limitées et aussi de faibles possibilités évolutives en psychothérapie. Le pronostic est très mauvais, compte tenu de l'importance des traumatismes, des défenses dissociatives rigides qui sont probablement utiles pour faire face à tous les traumatismes, mais qui font aussi office d'écueils infranchissables pour tout processus évolutif. »

Il a été précisé que l'assurée était très confuse et que pour l'heure, elle n'imaginait pas pouvoir travailler. Un reclassement ou une réinsertion professionnelle paraissaient illusoire. Elle disposait d'une incapacité de travail complète, probablement depuis l'adolescence. Elle n'était pas capable de s'adapter à un environnement professionnel.

- 13) Dans un avis du 31 octobre 2014, le médecin du SMR a considéré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions claires, motivées et cohérentes du Dr F_____ qui - après avoir pris connaissance du dossier et tenu compte des plaintes de l'assurée - avait entrepris un examen clinique psychiatrique approfondi, complété par des tests psychométriques et rendu une appréciation de la situation médicale. Bien que l'état de santé de l'assurée ait pu s'aggraver en 2013 (motivait son hospitalisation à la Clinique de Montana où le diagnostic de décompensation dépressive est retenu), il y avait lieu de retenir que la capacité de travail de cette assurée dans l'économie

normale était nulle depuis l'adolescence.

- 14) Le 18 novembre 2014, suite à un entretien du même jour avec l'assurée, une infirmière de l'OAI a rendu un rapport d'enquête économique sur le ménage. L'empêchement pondéré dans les travaux habituels était de 18 % avec exigibilité, et de 31 % sans exigibilité.

Le rapport répondait par la négative à la question « sans handicap, une activité lucrative serait-elle exercée à ce jour ? », au motif que l'assurée avait toujours été femme au foyer.

Il était tenu compte du fait que la fille et le fils de l'assurée - âgés alors respectivement de 15 ans (1999) et de 13 ans (2002) - rentraient quotidiennement du collège et du cycle pour les repas de midi, préparés par l'assurée, qui mettait la table avec ses deux enfants et faisait la vaisselle avec sa fille. Pour l'entretien du logement, l'assurée demandait à ses enfants, notamment de changer les draps des lits et de nettoyer leur chambre. Pour sa part, l'assurée passait l'aspirateur et entretenait les salles de bains. Si aucun empêchement n'était retenu pour l'accomplissement des travaux habituels du ménage, un empêchement de 50 % était retenu pour la tenue du ménage en raison de la propreté relative dans l'appartement, du désordre dans les pièces et de la fatigue importante que l'assurée ressentait en raison de son anorexie. Un empêchement de 50 % était également retenu pour les emplettes et courses diverses, qui étaient essentiellement prises en charge par les enfants.

Aucun empêchement n'était retenu pour la lessive pour les vêtements de l'assurée et ceux de son fils, sa fille s'occupant des siens. Les deux enfants obtenaient des bons résultats scolaires.

L'assurée ne parvenait pas à suivre sa fille, d'une part pour son alimentation qui devait être équilibrée du fait de son diabète et d'autre part, pour son traitement avec la pompe à insuline. En revanche, l'assurée, qui aimait coudre, ne présentait pas d'empêchement pour la couture, notamment pour réaliser des duvets et des oreillers. Les enfants s'occupaient eux-mêmes de leurs deux chats et de leurs hamsters.

- 15) Par projet de décision du 24 novembre 2014, l'OAI a refusé d'octroyer à l'assurée un droit à une rente d'invalidité.

L'OAI a indiqué que le statut retenu pour l'assurée était celui d'une personne se consacrant à ses travaux habituels à 100 %. Selon les documents médicaux contenus dans le dossier et l'étude de ces documents par le SMR, l'aptitude à accomplir ces travaux habituels était, depuis plusieurs années, restreinte. L'enquête à son domicile, du 18 novembre 2014, avait permis d'établir qu'elle présentait un empêchement de 18 % dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, de sorte que son degré d'invalidité était inférieur à 40 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

- 16) Par décision du 19 janvier 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

- 17) Par acte du 17 février 2015, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'assurance-invalidité dont le degré devra être fixé après des investigations médicales complémentaires.
- 18) Le 23 avril 2015, la recourante a complété son recours en concluant à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi des mesures d'ordre professionnel, plus précisément une formation professionnelle initiale ; subsidiairement, elle a conclu à l'octroi d'une aide au placement.

Préalablement, elle a sollicité l'audition des Dres C_____ et D_____, cette dernière étant aujourd'hui retraitée.

La recourante a estimé que l'OAI s'était contenté de lui refuser purement et simplement l'octroi d'une rente AI sans examiner préalablement si d'éventuelles mesures professionnelles auraient pu lui être accordées.

Elle a exposé n'avoir jamais suivi de formation professionnelle. Arrivée en Suisse en 1986, elle avait travaillé dans le sertissage durant près d'un mois. Depuis lors, elle n'avait plus exercé d'activité professionnelle.

Femme au foyer, elle bénéficiait - depuis 2007 - d'aides financières des services sociaux. Elle souffrait de troubles d'alimentation de type anorexie-boulimie ainsi que de dépressions sévères depuis l'âge de 14 ans. Divorcée à deux reprises, elle était mère de cinq enfants, dont deux, âgés de 13 et 16 ans, vivent avec elle.

Les Dres C_____ et D_____ avaient retenu que son incapacité de travail était de 100 % depuis 2007, respectivement, depuis 2008. Ce constat avait été confirmé par le rapport d'expertise établi par le Dr F_____ et Mme G_____, selon lequel elle n'avait jamais été en mesure de s'insérer professionnellement. La Dre D_____ avait certes estimé qu'aucune activité n'était possible et que des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables en raison de l'ancienneté des troubles et des traumatismes vécus. Elle avait cependant constaté que le Cymbalta avait apporté une légère amélioration de son état de santé.

Invoquant un arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 18 octobre 2000 (I 665/99), la recourante a estimé que l'autorité intimée aurait dû lui octroyer des mesures d'ordre professionnel, plus précisément une orientation professionnelle et une formation initiale, de telles mesures pouvant l'aider à sortir de son état dépressif et à reprendre sa vie en main. L'orientation professionnelle devait lui permettre de se réinsérer dans la société et de choisir une activité et une formation qui pourraient lui convenir.

Subsidiairement, elle avait également droit à l'aide au placement, un taux d'invalidité de 10 % étant suffisant pour l'obtenir.

- 19) Par observations du 22 mai 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le taux d'invalidité propre à ouvrir un droit aux mesures d'ordre professionnel était

de 20 %. A titre exceptionnel, le Tribunal fédéral avait admis un tel droit pour un taux d'invalidité de 18.52 %. En l'espèce, le taux d'invalidité de l'assurée de 18 % n'atteignait pas ce taux admis exceptionnellement par le Tribunal fédéral. En outre, des mesures professionnelles étaient vouées à l'échec. Il résultait de l'expertise du 31 juillet 2014 que l'assurée ne disposait pas des ressources personnelles nécessaires pour mener à bien une formation. La mise en place de mesures visant à créer une capacité de gain n'avait aucune pertinence, l'assurée possédant une capacité de travail nulle pour toute activité. Enfin, le pronostic médical à ce propos ne s'avérait pas favorable. Le même raisonnement devait s'appliquer à la demande d'aide au placement.

- 20) Lors de l'audience de comparution personnelle du 10 février 2016, la recourante a déclaré n'avoir pas exercé d'activité professionnelle avant son arrivée en Suisse en 1986. A son arrivée à Genève, elle avait travaillé durant moins d'un mois dans le domaine du sertissage. Elle n'avait pas poursuivi cette activité du fait qu'elle était enceinte du premier enfant de son premier mariage. Durant son séjour à l'Ile Maurice, de février 1999 à fin 2006, elle n'avait exercé aucune activité lucrative.

Elle a exposé avoir indiqué à l'expert-psychiatre qu'elle n'imaginait pas pouvoir travailler parce qu'elle se sentait fatiguée et ne pas être capable d'assurer une activité professionnelle.

Elle a déclaré qu'elle n'aurait pas travaillé à plein temps parce qu'elle aimerait également se consacrer à ses enfants et que si elle avait un travail, elle aimerait pouvoir être présente à la maison à midi pour les enfants.

Son avocate a expliqué avoir sollicité des mesures d'orientation professionnelle parce qu'elle estimait que l'assurée disposait des capacités lui permettant de choisir une profession.

- 21) Par arrêt du 13 avril 2016 (ATAS/288/2016), la chambre de céans a annulé la décision litigieuse et renvoyé la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Elle a jugé que le statut de l'assurée était mixte, soit 50 % active 50 % ménagère, de sorte que le taux d'invalidité total était de 59 % (100 % de 50 % pour la part lucrative et 18 % de 50 % pour la part ménagère) ; il incombait à l'OAI d'examiner si les autres conditions du droit à la rente étaient remplies.
- 22) Le 13 juillet 2016, l'OAI a mentionné dans une note que l'assurée était arrivée invalide en Suisse selon le constat du SMR et qu'elle ne remplissait pas les conditions pour la rente, ni même pour une rente extraordinaire, puisqu'elle n'était pas encore suisse lors de la survenance de l'invalidité.
- 23) Par projet de décision du 13 septembre 2016, l'OAI a nié le droit aux prestations de la recourante et le droit à des mesures professionnelles ; le degré d'invalidité était de 59 % mais l'assurée était arrivée invalide en Suisse en 1985, l'incapacité de travail étant reconnue depuis l'adolescence.
- 24) Par décision du 24 octobre 2016, l'OAI a nié le droit de la recourante à une rente et

à des mesures professionnelles.

- 25) Le 24 novembre 2016, la recourante, représentée par une avocate, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 24 octobre 2016 en concluant à son annulation et à l'octroi d'un trois-quarts de rente ; elle a complété son recours le 9 février 2017 en concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et en faisant valoir que la Dre C_____ avait attesté d'une incapacité de travail depuis le 19 avril 2007 et la Dre D_____ depuis le 8 septembre 2008. Ses médecins, ainsi que l'expert F_____, soulignaient que les traumatismes venaient de plusieurs éléments, soit l'enfance violente, le viol et la grossesse qui en avait suivi, les maltraitances subies de la part de ses maris et les abus sexuels dont auraient été victimes ses enfants. Le SMR relevait aussi que l'état de santé avait pu s'aggraver au fil du temps, vu son hospitalisation en 2013. Il n'avait pas été déterminé à partir de quand l'atteinte était incapacitante, une décompensation ayant pu survenir avec les maltraitances de son premier mari, ce qui expliquait qu'elle ait pu travailler comme sertisseuse ; un complément d'expertise était donc nécessaire auprès de médecins indépendants.
- 26) Le 10 mars 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que sa décision était fondée sur l'expertise psychiatrique probante du Dr F_____ laquelle retenait une incapacité de travail totale depuis l'adolescence de la recourante.
- 27) Le 4 avril 2017, la recourante a répliqué en faisant valoir qu'aucun élément médical au dossier ne permettait d'établir que l'incapacité de travail remontait à l'adolescence.
- 28) Le 26 avril 2017, l'OAI a dupliqué en affirmant qu'au vu des atteintes présentées, l'incapacité de travail était, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà présente à l'adolescence.
- 29) A la demande de la chambre de céans, la Dre D_____ a indiqué le 20 septembre 2017 qu'elle avait suivi l'assurée du 8 septembre 2008 au 22 septembre 2014 à raison de trois fois par mois lorsque l'assurée souffrait d'un épisode dépressif sévère et à raison d'une fois par mois lorsque la symptomatologie anxio-dépressive s'atténuait.

L'assurée souffrait de graves carences, négligences éducatives et traumatismes psychiques depuis son enfance. On pouvait dire que ces carences ainsi que l'abus sexuel du beau-frère à l'adolescence étaient à l'origine d'un trouble de personnalité limite depuis le début de l'âge adulte. Il était certain que l'état de santé psychique de l'assurée s'était nettement péjoré dès le début de son premier mariage survenu le 16 mai 1986. La maltraitance chronique dont elle était victime (coups, humiliations, abus sexuels à répétition, etc) avait rapidement entraîné une décompensation de son trouble de personnalité initial, décompensation marquée par des épisodes dépressifs majeurs d'intensité moyenne à sévère à répétition. Cet état psychique instable avait mis un terme à sa tentative d'insertion professionnelle et entraîné une incapacité de travail objective et durable dans n'importe quelle activité. La maltraitance sexuelle

du premier mari avait réactivé le traumatisme sexuel initial (viol à l'adolescence) et entraîné une grave instabilité psychique avec un vécu de honte, de culpabilité, d'isolement social, et renforcé la mauvaise estime de soi et le sentiment d'incapacité. Elle ne pouvait absolument pas affirmer que l'incapacité de travail de l'assurée était totale depuis l'adolescence, mais il était certain qu'elle l'était devenue quelques semaines après son premier mariage, et en particulier, en fin d'année 1986, après sa tentative d'insertion professionnelle. En effet, la maltraitance domestique chronique qu'elle subissait constamment avait entraîné une décompensation de son trouble de personnalité sur le mode dépressif (avec tentamen).

Le trouble de la personnalité limite était caractérisé par une forte instabilité émotionnelle, une image de soi, des objectifs et préférences personnelles incertains et des sentiments permanents de vide intérieur. Le devenir de ces personnes était fortement influencé par les événements extérieurs (heureux ou malheureux) et l'entourage (bienveillance ou malveillance de ce dernier). Il s'agissait de perturbations sévères de la constitution individuelle entraînant des dysfonctionnements voire des troubles du comportement. Lorsque le trouble de personnalité était compensé par un entourage soutenant par exemple, la personne pouvait être capable de travailler. En revanche, lorsqu'il était décompensé, le trouble de personnalité se compliquait de maladie psychique (dépression majeure, voire psychose).

- 30) Le 13 octobre 2017, la Dre C_____ du SMR a rendu un avis médical selon lequel il n'était pas possible de suivre la position de la Dre D_____ quant au début de l'incapacité de travail, en 1986, après son mariage ; au vu de l'importance de traumatismes sévères, vécus à répétition (depuis l'enfance), il existait bel et bien une modification précoce de la personnalité après une expérience de catastrophe, comme l'expert l'admettait (pages 25 et 26 du rapport d'expertise). Le trouble anorexique-boulimique s'inscrivait au sein de cette problématique, de même que le trouble dépressif récurrent, atteintes à la santé qui justifiaient une incapacité de travail totale depuis l'adolescence.
- 31) Le 18 octobre 2017, l'OAI a maintenu ses conclusions en se référant à l'avis du SMR.
- 32) Le 19 octobre 2017, l'assurée a observé qu'elle avait développé un trouble de personnalité limite depuis le début de l'âge adulte mais que son état s'était péjoré dès son mariage, en mai 1986, par la décompensation de son trouble de personnalité initial, suite aux sévices subis, entraînant une incapacité de travail totale et durable ; l'affirmation du Dr F_____ quant à une incapacité de travail totale présente dès l'adolescence ne pouvait ainsi être suivie ; elle sollicitait une nouvelle expertise psychiatrique et, éventuellement, une mesure de reclassement professionnel.
33. Le 30 novembre 2017, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au docteur H_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, et

leur a imparti un délai pour se prononcer sur une éventuelle récusation de l'expert ainsi que sur les questions libellées dans la mission d'expertise.

34. Le 11 décembre 2017, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de questions complémentaires à poser, ni de motif de récusation à l'encontre de l'expert.
35. Le même jour, l'intimé s'est opposé à la mise en place d'une expertise au motif qu'elle n'avait pas été justifiée tout en relevant qu'il n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert.
36. A la demande de la chambre de céans, l'OAI a indiqué le 18 décembre 2017 que le Dr F_____, suite à sa remarque figurant à la fin de son expertise et concernant l'ex-mari de l'assurée, avait été contacté par le SMR avant que le dossier ne parvienne dans sa phase contentieuse.
37. Par ordonnance du 4 janvier 2018, la chambre de céans a confié une expertise au Dr H_____.
38. Le 27 février 2018, le Dr H_____ a rendu son rapport d'expertise.

L'assurée se plaignait d'agoraphobie avec peur des grands espaces et des centres commerciaux, malaise en bus, labilité de l'humeur avec des épisodes brefs de tristesse intense ; il a posé les diagnostics d'anorexie mentale (F50.0), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10), de traits de personnalité émotionnellement labile type borderline (60.31T).

S'agissant des limitations fonctionnelles, il a relevé que la planification et la structuration des tâches étaient limitées en raison des troubles de la concentration et de l'anxiété. L'assurée vivait en retrait ; ses capacités d'adaptation et sa flexibilité s'étaient probablement affaiblies avec le temps. L'assurée aimait certaines tâches domestiques comme la cuisine et la couture, mais elle n'avait pas pu développer des compétences professionnelles spécifiques. La capacité de jugement et de prise de décision étaient limitées en raison des symptômes anxieux, dépressifs et des troubles de l'attention ; la capacité d'endurance était extrêmement réduite en raison des symptômes psychiatriques. Bien qu'il ne lui appartenait pas de les examiner, il pouvait raisonnablement faire l'hypothèse que les troubles physiques (problèmes nutritionnels, hypertension artérielle, céphalées, cancer gynécologique) contribuaient à diminuer encore plus l'endurance. L'aptitude à s'affirmer était limitée ; elle pouvait établir des relations superficielles, mais se sentait rapidement jugée et menacée lorsque les relations devenaient plus personnelles ; l'aptitude à évoluer au sein d'un groupe était très limitée ; elle était rapidement débordée par l'anxiété au sein du groupe. L'aptitude à se déplacer était limitée par l'agoraphobie.

S'agissant de la capacité de travail, celle-ci avait été évaluée comme nulle, tant par le premier expert que par la psychiatre traitante. Compte tenu de l'importance des troubles présentés, il n'y avait pas lieu de remettre en question cette évaluation, ceci d'autant plus que des problèmes somatiques graves s'étaient surajoutés depuis. S'agissant de la date d'apparition de l'incapacité de travail, le plus probable était

que l'assurée n'avait jamais été durablement en état de travailler. Elle présentait des troubles depuis l'enfance, avec une aggravation au moment de l'adolescence et l'installation, à cette période, de troubles anorexiques, dépressifs et de traits dysfonctionnels de la personnalité. Il était également probable que, sur de très courtes périodes allant de quelques semaines à quelques mois au maximum, elle ait pu, grâce à un étayage un peu meilleur que d'habitude, s'investir dans une activité : usine de textiles à deux reprises avant son départ de l'Ile Maurice (mais avec un rendement vraisemblablement faible), sertissage dans une entreprise horlogère à son arrivée en Suisse, activité comme caissière lors de son retour à l'Ile Maurice (mais sans obligations précises, pour aider épisodiquement son compagnon), puis recherches d'emploi non couronnées de succès lorsqu'elle revient en Suisse. Il était certain que le fait d'être mariée à un homme violent n'avait pu qu'aggraver la situation, mais sans qu'il soit possible d'en inférer une relation de cause à effet sur la capacité de travail.

39. Le 20 mars 2018, la Dre C_____ du SMR a observé que l'expertise était probante et qu'elle confirmait la position du SMR, soit une incapacité de travail totale depuis l'adolescence.
40. Le 29 mars 2018, l'OAI a maintenu ses conclusions.
41. Le 9 avril 2018, la recourante a observé qu'elle s'en rapportait à justice quant à l'issue de la procédure, en précisant qu'elle maintenait ses conclusions visant l'allocation d'une demi-rente d'invalidité.
42. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre de céans 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 (art. 58 LPGA).

2. Le recours, interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) est recevable.
3. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la date de survenance de son incapacité de travail totale.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette

diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

5. 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.

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins, mais 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.

6. 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; ATFA non publié 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. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

7. a. Les conditions d'assurance sont définies à l'art. 6 LAI. S'agissant plus précisément des ressortissants étrangers, l'art. 6 al. 2 LAI prévoit qu'ils ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9, al. 3 (ressortissants étrangers de moins de

20 ans), aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGa) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse, étant précisé que le droit à la rente ordinaire nécessite l'accomplissement de trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI).

Le texte des art. 6 et 9 aLAI, dans leur teneur jusqu'au 31 décembre 2003, 2008 et 2011, était identique à celui des dispositions susmentionnées.

b. Selon l'art. 8 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant : a. que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels; b. que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (al. 1). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (al. 1bis). Les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (al. 2). Les assurés ont droit aux prestations prévues à l'art. 16, al. 2, let. c, que les mesures de réadaptation soient nécessaires ou non pour maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (al. 2bis). Les mesures de réadaptation comprennent: a. des mesures médicales; a^{bis} des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle; b. des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital); d. l'octroi de moyens auxiliaires.

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

c. Les conditions d'assurance donnant droit aux prestations doivent être remplies lors de la survenance de l'invalidité, c'est-à-dire au moment où l'atteinte à la santé devient, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI) (RCC 1974 p. 270).

L'office AI détermine avec un soin particulier le moment de la survenance du cas d'assurance. Il accorde à cette enquête une grande importance, la survenance du cas d'assurance étant déterminante pour la réalisation des conditions d'assurance, le début des prestations en général, la détermination du droit à une rente et le calcul de celle-ci (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, no 1037).

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Le texte de l'art. 4 al. 2 aLAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, 2008 et 2011, était identique à celui qui précède.

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. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).
- c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait

comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison

de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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. Etant 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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

du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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 Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. 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).
11. En l'occurrence, dans son ordonnance du 4 janvier 2018, la chambre de céans a considéré ce qui suit :

L'intimé a reconnu à la recourante, dans la décision litigieuse et suite à l'arrêt de la chambre de céans du 13 avril 2016 (ATAS/288/2016), un statut mixte 50 % pour la part activité professionnelle et 50 % pour la part travaux habituels, une incapacité de travail totale dans toute activité depuis l'adolescence ainsi qu'un degré d'invalidité de 59 %.

Tant le statut de la recourante que le degré d'invalidité de celle-ci ne peuvent plus faire l'objet d'une contestation, l'arrêt de la chambre de céans précité ayant définitivement tranché ces aspects ; il est ainsi admis que la recourante présente une incapacité de travail totale dans toute activité et un empêchement de 18 % dans la sphère ménagère.

En revanche, reste ouverte la question de la survenance de l'incapacité de travail totale de la recourante, déterminante au regard des conditions d'assurance. En effet, si la recourante est arrivée en Suisse déjà invalide, elle n'aura droit à aucune prestation, alors que si son invalidité est survenue postérieurement à son arrivée en Suisse, et qu'elle a, à cette date, été assurée pendant au moins une année entière, elle aura droit à une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 59 %.

A cet égard, l'intimé, se fondant sur l'expertise du Dr F_____ du 31 juillet 2014, estime que la recourante présente une incapacité de travail complète, probablement depuis l'adolescence, en raison d'un épisode dépressif majeur récurrent de gravité moyenne et d'une personnalité traumato-névrotique (état limite inférieur), décompensée.

En revanche, la recourante, se fondant sur l'avis de la Dre D_____ du 20 septembre 2017, estime qu'elle a présenté une incapacité de travail postérieurement à son mariage du 16 mai 1986, à la suite de la décompensation de son trouble de personnalité initial.

La chambre de céans constate que l'avis de la Dre D_____, étayé et motivé, jette un doute sur les conclusions du Dr F_____ quant à l'existence, depuis l'adolescence, d'une incapacité de travail totale de la recourante, puisqu'elle explique que celle-ci a subi une décompensation du trouble de la personnalité initial, marquée par des épisodes dépressifs majeurs d'intensité moyenne à sévère, à répétition postérieurement à son mariage ; la maltraitance sexuelle du premier mari avait réactivé le traumatisme sexuel initial (viol à l'adolescence), entraîné une grave instabilité psychique avec un vécu de honte, de culpabilité, d'isolement social, et renforcé la mauvaise estime de soi et le sentiment d'incompétence.

La chambre de céans a indiqué qu'au vu de ces deux avis psychiatriques divergents, il convenait d'ordonner une expertise psychiatrique, laquelle aurait une mission limitée à la question de la détermination de la survenance de l'incapacité de travail totale de la recourante, constatée tant par l'expert F_____ que la Dre D_____ et reconnue par l'intimé et la chambre de céans.

12. Fondée sur toutes les pièces du dossier, deux entretiens avec la recourante de deux heures et quinze minutes au total, un entretien téléphonique avec les Drs D_____ et I_____, comprenant une anamnèse complète, les plaintes de la recourante, un status psychiatrique, des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs et une discussion du cas bien motivée, l'expertise judiciaire du Dr H_____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit conféré une pleine valeur probante.

Les parties l'admettent également.

En conséquence, il convient de suivre la conclusion de l'expertise judiciaire, soit que la recourante n'a jamais été capable de travailler durablement et cela au degré de la vraisemblance prépondérante.

Partant, la décision litigieuse, laquelle constate que la recourante était déjà invalide lors de son arrivée en Suisse et qu'elle ne remplit pas les conditions légales précitées pour avoir droit à une rente d'invalidité, ne peut qu'être confirmée et le recours rejeté.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. 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

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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