

GE_GERICHTE A/560/2018 vom 28. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_560_2018

FR: GE_GERICHTE A/560/2018 du 28 janvier 2019

IT: GE_GERICHTE A/560/2018 del 28 gennaio 2019

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 28.01.2019
A/560/2018

A/560/2018 ATAS/61/2019 du 28.01.2019 (AI) , REJETE En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/560/2018 ATAS/61/2019 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 28 janvier 2019 10 ème Chambre En la cause FONDATION COLLECTIVE LPP D'ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SUR LA VIE, Richtiplatz 1, WALLISELLEN recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née _____ 1977, a travaillé en qualité d'employée de bureau auprès de B_____ SA - entreprise familiale - à Confignon/Genève jusqu'au 27 janvier 2013; elle était à ce titre affiliée en matière de prévoyance professionnelle auprès de la Fondation collective LPP d'Allianz suisse société d'assurances sur la vie (ci-après : la fondation, la demanderesse, ou la recourante).! [endif]>! [if> 2. En date du 17 juillet 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en vue de l'octroi de mesures professionnelles/rente. L'atteinte à la santé, - conséquence de violences conjugales et burnout -, existait depuis le 28 janvier 2013.! [endif]>! [if> 3. Au terme de l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a rendu un projet d'acceptation de rente en date du 28 octobre 2014, concluant à l'octroi d'une rente entière dès le 1 er janvier 2014, confirmé par décision du 27 janvier 2015, l'assurée étant ainsi mise au bénéfice d'une rente entière dès le 1 er janvier 2014. ! [endif]>! [if> 4. Par communication du 10 juillet 2015, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il avait examiné son degré d'invalidité et constaté qu'il n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Elle continuait donc à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour (degré d'invalidité : 100 %), étant précisé que si elle n'était pas d'accord avec la présente, elle pouvait demander par écrit une décision sujette à recours, dans un délai de 30 jours auprès de l'OAI, en motivant brièvement sa demande.! [endif]>! [if> 5. Cette communication a été adressée à la fondation.! [endif]>! [if> 6. Par courrier du 2 septembre 2015, la fondation s'est adressée à l'OAI : en référence à sa communication du 10 juillet 2015 - reçue le 15 juillet - elle sollicitait la remise de toutes les pièces du dossier de l'OAI. ! [endif]>! [if> 7. Par courrier recommandé du 11 septembre 2015, se référant à l'examen du dossier AI reçu entre-temps, ainsi qu'à la communication du 10 juillet 2015, elle sollicitait dans le délai imparti une décision sujette à recours.! [endif]>! [if> 8. Par décision du 15 septembre 2015, l'OAI a confirmé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité à 100 %.! [endif]>! [if> 9. Le 16 octobre 2015 la fondation a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision, concluant principalement à l'annulation de la décision de l'OAI du 15 septembre 2015 et à la suppression de la rente, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément

d'instruction et établissement des faits déterminants. ![/endif]>[/if]> 10. Dans sa réponse du 13 novembre 2015 l'intimé a indiqué que compte tenu des arguments soulevés par la recourante et suite à un examen de son dossier, il concluait au renvoi du dossier pour instruction médicale complémentaire. ![/endif]>[/if]> 11. Par arrêt du 18 janvier 2016 (ATAS/22/2016) la chambre de céans, considérant qu'au vu du dossier de l'intimé et de l'argumentation de la recourante, dont l'intimé a d'ailleurs admis la pertinence, l'intimé n'avait pas établi les faits de manière complète et suffisante avant de rendre la décision entreprise, son dossier étant largement insuffisant sur le plan des renseignements médicaux recueillis, de sorte qu'un complément d'instruction apparaissait indispensable, a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. ![/endif]>[/if]> 12. Par courrier du 20 avril 2016, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'en relation avec une demande de certificat médical initial par ses médecins, elle confirmait que son médecin-traitant était la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine générale (ci-après: la Dresse C_____ ou le médecin traitant); elle était également suivie par le docteur D_____ (recte: E_____), spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie ; en revanche elle ne connaissait pas la doctoresse F_____ (psychiatre) – (ndr. mentionnée dans le rapport du médecin traitant du 10.02.2015). Elle ne l'avait jamais vue. ![/endif]>[/if]> 13. Le 2 mai 2016, l'OAI a reçu un rapport médical de la Dresse C_____, laquelle a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail (ci-après : CT) d'état dépressivo-anxieux réactionnel (début janvier 2013), asthénie +++, hypothyroïdie, victime de violences conjugales le 27 janvier 2013, cervicalgies, dorsolombalgies, migraines post-traumatiques, accouchement le 26 août 2013 ; et sans effet sur la CT: insuffisance périnéale post-partum nécessitant de la physiothérapie périnéale. L'évolution de l'état de santé depuis l'octroi de la rente était stationnaire, « abandonnée » par sa famille ; surcharge physique et psychique ; troubles du sommeil; asthénie persistante. Les symptômes étaient asthénie, labilité psychique, angoisses, crises de panique. Le traitement ambulatoire était en cours depuis janvier 2001. Le dernier contrôle remontait au 22 avril 2016 (consultation en prévision de l'avis médical sollicité par l'OAI). Le traitement actuel consistait en de la physiothérapie et psychothérapie, méditation, Valdoxan 25-50 mg le soir, et Relaxane 1 à 3 fois par jour. L'incapacité de travail (ci-après: IT) dans la dernière activité exercée, en tant que diplômée en droit, était de 50 % de 80 % du 11 janvier 2013 au 6 février 2013, puis de 100 % dès le 7 février 2013. Pour l'heure, la CT dans l'activité habituelle était de 0 %, tout comme dans une activité adaptée. Les restrictions physiques, mentales ou psychiques étaient: activité limitée par les douleurs diffuses du rachis, état dépressif, asthénie, aboulie, perte d'énergie et de motivation incapacitante pour quelque activité que ce soit. Les restrictions ne pouvaient être atténuées par des mesures médicales (psychothérapie et physiothérapie en cours). Le pronostic était incertain. Dans l'immédiat il n'était pas possible d'envisager une amélioration de la CT, ni une reprise de l'activité professionnelle. ![/endif]>[/if]> 14. Dans un avis médical du 13 juillet 2016, le SMR rappelant que l'assurée, 39 ans, employée de bureau, et mère de deux enfants en bas âge, bénéficie d'une rente entière depuis le 1 er janvier 2014 en raison d'une dépression évoluant dans un contexte de violences conjugales et de la naissance de son deuxième enfant. L'instruction initiale avait comporté un examen rhumato-psychiatrique du SMR qui avait conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. Les comorbidités ostéoarticulaires du rachis cervical et lombaire retenues étaient sans répercussion sur la CT. Le 9 juin 2015, l'assurée avait déposé une demande de révision en annonçant qu'elle se sentait mieux et qu'elle était prête à reprendre une activité à temps partiel (ndr. courrier de la recourante du 2 juin 2015 pièce 36 dossier intimé). Cette

demande était appuyée par un certificat médical de son médecin traitant qui attestait une CT de +/-50 % chez une assurée encore fragile, à la condition qu'elle bénéficie de mesures de réinsertion. Toutefois, le 18 juin 2015, l'assurée avait informé l'OAI que son état s'était à nouveau péjoré et (selon ce courrier) ses médecin et thérapeute lui conseillaient de repousser cette reprise, afin qu'elle soit pleinement réussie. En accord avec ces derniers elle estimait qu'il serait judicieux d'attendre que son état se soit stabilisé avant d'envisager une reprise professionnelle. Dans ce contexte, et sans que le médecin traitant n'ait été réinterrogé, la rente avait été maintenue sans modification (décision du 15 septembre 2015). Suite au recours de l'institution LPP, il avait été admis que l'instruction médicale n'avait pas été suffisante. Le dossier était donc renvoyé pour instruction complémentaire. Dans un rapport médical du 27 avril 2016, la Dresse C_____ rapporte la persistance d'un état dépressivo-anxieux depuis janvier 2013, hypothyroïdie, cervicalgies, dorsolombalgies, migraines post-traumatiques, etc. Elle atteste la persistance d'une IT de 100 % depuis le 7 février 2013. Il convenait d'interroger le Dr E_____, psychiatre traitant, avant de se prononcer sur la suite de l'instruction. 15. En date du 16 décembre 2016, l'OAI a reçu le rapport médical du Dr E_____ : la CT exigible était de 0 %, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, le début de l'aptitude à la réadaptation devant être réévalué dans une année. Les diagnostics avec effet sur la CT étaient: trouble dépressif récurrent (F33. 11) et troubles mixtes de la personnalité (F61.0). Il a encore retenu un diagnostic sans effet sur la CT: anxiété généralisée (F41.1). Le traitement ambulatoire était en cours, depuis le 27 juin 2014. Avant lui, la patiente était suivie par Madame G_____, psychologue, depuis 2002. L'IT dans la dernière activité exercée en tant que directrice adjointe chez B_____ SA était de 100 % dès le 28 janvier 2013, toujours en cours. Le rendement était réduit (incapacité totale). Il notait que bien que l'état psychique actuel de la patiente ne permette pas (au médecin) d'envisager une CT, il espérait toutefois qu'un travail thérapeutique et de coaching puisse favoriser de manière plus optimiste un pronostic plus favorable d'ici un an. Dans le questionnaire annexe, au sujet des travaux pouvant encore être exigés dans une activité adaptée à son handicap, le médecin a répondu négativement pour tout type d'activité, et relevé, hormis une capacité de compréhension non limitée, que les capacités de concentration, d'adaptation, de résistance étaient toutes limitées. 16. Par courrier du 14 mars 2017, la Fondation collective LPP d'Allianz suisse a relancé l'OAI: par courrier du 25 juillet 2016 elle avait interrogé l'OAI sur la question de savoir à quel stade en était l'instruction. S'agissant d'un renvoi de la chambre des assurances sociales, elle ne comprenait pas la réponse de l'OAI du 26 juillet 2016, selon laquelle aucune prestation AI n'avait encore été versée, le dossier étant encore en instruction. Des prestations AI avaient été ou étaient encore versées, tout comme des prestations de prévoyance professionnelle, en attendant la nouvelle décision de l'OAI (sans reconnaissance d'un droit). Elle réitérait sa demande relative aux démarches d'instruction entreprises et sur l'état de la procédure. 17. Par courrier du 16 mars 2017, l'OAI a informé la fondation que le dossier de l'assurée était en étude auprès du SMR. 18. Dans un avis du 14 juillet 2017, le SMR (Dresse H_____) a rappelé que l'assurée, âgée de 40 ans, séparée, deux enfants nés respectivement en _____ 2012 et _____ 2013, avait accompli des études universitaires en gestion, et avait travaillé en qualité de directrice adjointe marketing dans l'entreprise familiale. Une première demande AI de 2013, pour trouble dépressif et douleurs du rachis avaient abouti à l'octroi d'une rente entière dès le 1 er janvier 2014 (décision du 28/10/2014), en raison d'une IT totale dans toute activité. Une expertise psychiatrique mise en place par l'assureur perte de

gain (AXA-Winthertur) avait été effectuée par le Dr I _____, psychiatre, en date du 7 avril 2014, qui retenait un trouble dépressif moyen, en rémission partielle, à réévaluer à trois mois. Un examen bidisciplinaire SMR, en date du 7/05/2014 ne retenait pas d'atteinte incapacitante sur le plan rhumatologique (douleurs du rachis aspécifiques sur discrets troubles de la statique). Sur le plan psychiatrique, il avait été retenu aussi un trouble dépressif moyen, et la situation médicale devait être revue à fin 2014. A noter que l'assurée n'avait alors pas de thérapie médicamenteuse antidépressive, car elle allaitait encore son dernier enfant. Le trouble dépressif était survenu dans un contexte de violences conjugales en janvier 2013. A noter aussi que l'anamnèse psychiatrique relevait un antécédent dépressif avec prise en charge psychiatrique en 2003, dans les suites d'un viol collectif sous GHB. Il était ensuite rappelé les errements de la procédure jusqu'au renvoi du dossier pour instruction complémentaire, puis les conclusions récentes du médecin traitant. S'y ajoutaient les conclusions du psychiatre traitant du 12 décembre 2016. L'assurée n'arrivait pas à prendre des antidépresseurs en raison des effets secondaires. Le SMR rappelait la proposition du psychiatre traitant de réévaluer la situation à une année. >![endif]>![if> Pour le SMR cette assurée présente un trouble dépressif probablement récurrent, dans un contexte de difficultés sociales (conflit avec le père des enfants, ses parents, et avec deux enfants en bas âge à élever seule, ainsi que l'intervention du service de protection de la jeunesse). En 2014, le SMR avait retenu que l'assurée ne prenait pas de médication antidépressive en raison de l'allaitement encore présent; il proposait de réévaluer la situation médicale à fin 2014. A l'heure actuelle, l'assurée n'était pas sous antidépresseurs, et le SMR ne connaissait pas le détail ni l'intensité du trouble dépressif, et donc si l'assurée présentait une amélioration ou non de son état de santé, depuis la décision du 28 octobre 2014. Elle préconisait donc la tenue d'une expertise psychiatrique, afin de préciser l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis le dernier examen psychiatrique du 7/05/2014, et afin de connaître le diagnostic actuel, et l'exigibilité d'un traitement médicamenteux antidépresseur, si ce dernier était indiqué. 19. L'experte, la doctoresse J _____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, désignée par l'OAI après que l'assurée avait été invitée à exercer son droit d'être entendue sur le choix de l'expert et sur les questions composant la mission d'expertise, a adressé son rapport à l'OAI le 19 octobre 2017. L'expertise se base sur l'étude du dossier de l'OAI, deux entretiens avec l'expertisée les 28 septembre et 19 octobre 2017 (d'une durée totale de 220 minutes), un entretien téléphonique avec le médecin traitant généraliste, deux entretiens téléphoniques, respectivement avec le psychologue traitant actuel, et avec l'ancien psychologue traitant, et un entretien avec le frère de l'expertisée. >![endif]>![if> Le rapport décrit les questions cliniques, la première partie étant consacrée au contexte social (anamnèse personnelle et familiale), la seconde à l'atteinte à la santé (anamnèse médicale et psychiatrique); cette deuxième partie comprend la description historique des atteintes somatiques, et de manière très détaillée les atteintes psychiatriques depuis l'adolescence, les circonstances ayant conduit l'assurée à être prise en charge psychiatriquement; s'ensuit la description du contexte assécurologique (demandes de prestations et instruction par les assureurs concernés – AI et APG). Ce rapport inventorie ensuite les données obtenues auprès des tiers (généraliste traitant, psychologues et frère de l'expertisée). L'experte a ensuite enregistré les plaintes et données subjectives de l'assurée (cette dernière exprime son épuisement par rapport au conflit permanent avec son ex-compagnon pour la garde des enfants, une angoisse de fond sans objet précis, si ce n'est la persistance d'une situation affective instable depuis son adolescence, associée à des crises aiguës avec palpitations et dyspnée tous les jours, sauf depuis début octobre 2017. Tristesse avec des épisodes

récurrents depuis l'adolescence; la patiente estime que celle-ci est moins forte depuis début 2017 avec une lente reprise de confiance en soi, même s'il persiste une importante baisse de l'estime de soi (ne pas être à la hauteur des attentes d'autrui). Elle rapporte un fort sentiment de honte de son inactivité professionnelle qui entraîne un retrait social, s'étant progressivement retirée de ses cercles d'amis, de peur de leur regard vis-à-vis d'elle ou ne supportant pas certaines remarques de leur part; sentiment d'impuissance à répondre à la demande de ses enfants de ne plus aller chez leur père, devant exécuter le jugement du tribunal; troubles de la mémoire et difficultés de concentration. L'assurée rapportait également une fatigue chronique avec un sommeil non réparateur malgré l'absence de troubles du sommeil. Elle mentionne un appétit conservé, une prise de poids de 5 kg l'été précédent et des crises de boulimie récurrentes à but anxiolytique pour remplir un vide intérieur. Anhédonie partielle, mais conservation de ses envies (salsa, kitesurf). L'expert a ensuite relevé les constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé, dans le cadre du status clinique. Elle relève notamment l'objectivation, lors des deux entretiens, de la difficulté de concentration, alors que l'attention est conservée. La patiente ne présente pas d'autres troubles cognitifs marqués, l'orientation aux quatre modes et la vigilance étant préservées; seuls quelques troubles mnésiques (mémoire à court terme) et une imprécision dans les dates de son anamnèse sont objectivables (résultats des tests psychométriques). Pas de troubles du cours ou du contenu de la pensée unique, ni d'éléments de la lignée psychotique (hallucinations, délire). Thymie déprimée et labile avec des pleurs récurrents tout au long des entretiens, mais sans ostentation, notamment quand elle prend conscience, suite à une question de l'expert, de la pauvreté de son réseau social. Anxiété permanente exacerbée lors de l'évocation des moments difficiles de son histoire de vie, notamment les violences subies et l'absence de soutien familial. Elle évoque des symptômes associés à l'angoisse sous forme de crises quotidiennes (sauf depuis 2 semaines) avec tachycardie et tachypnée, mais sans autres symptômes associés; crises non objectivées au cours des deux entretiens. Un certain ralentissement, une baisse de l'élan vital et une importante baisse de l'estime de soi sont observés. Elle mentionne une anhédonie partielle, une sensation de vide intérieur, une forte culpabilité face à sa situation, mais l'absence d'idéations suicidaires ou de scarification. Fatigue chronique avec une fatigabilité et une sensation de sommeil non réparateur sont rapportés malgré l'absence de réels troubles du sommeil. Appétit conservé avec une prise de poids de 5 kg l'été dernier. Crises de boulimie actuellement sans vomissements, depuis l'adolescence, utilisant l'ingestion de nourriture à but anxiolytique et pour remplir un vide intérieur. Au niveau personnalité, on note un fort vécu d'abandon, sentiment d'impuissance et d'incompétence, difficultés à prendre des décisions et tendance à déléguer à autrui, si elle avait quelqu'un pour le faire (ce qui n'est en fait pas le cas); tendance à la subordination de ses propres besoins à ceux d'autrui, crainte de faire faux avec une tendance au perfectionnisme; crainte de ne pas être à la hauteur des attentes d'autrui, préoccupation excessive du cadre et des règles; souci de productivité au détriment du plaisir et des relations personnelles, associé par moment à des mécanismes de défense archaïque de type projectif (principalement à l'égard de sa famille et de son ex-compagnon). On note dans son discours, une alternance entre une attitude réservée et des affirmations pseudo-surmoïques quand elle évoque ses responsabilités de mère. Les représentations de ses proches sont investies d'agressivité prégénitale; les investissements objectaux sont ambivalents, malgré une réelle chaleur dans le contact au premier plan. Les échecs relationnels sont rapidement projetés sur les conjoints ou la famille, de même que ceux professionnels qui sont aussi rationalisés en lien avec sa dépression et ses angoisses, de

même que ceux d'apprentissage. Il prédomine un sentiment de représentation existentielle avec peu d'amélioration possible, enlisée dans les conflits familiaux, peinant à imaginer un réel droit à prendre soin d'elle (ce qui se joue dans sa réticence à prendre un traitement psychotrope malgré des symptômes de longue date), et une absence de vision apaisante dans ses relations interpersonnelles. La compulsion de répétition domine la trajectoire de vie avec des attitudes de mises en échec qui sont rarement perçues et difficilement élaborées. Après avoir consigné les résultats des tests psychométriques, l'expert a retenu les diagnostics suivants: - avec répercussion sur la CT: troubles mixtes de personnalité, borderline, dépendante et anankastique (F61) depuis le début de l'âge adulte ; trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré (F33.1) depuis l'adolescence, épisode actuel depuis 2013; anxiété généralisée (F41.1) depuis l'adolescence. - sans répercussion sur la CT: boulimie (F50.2) depuis l'adolescence. Quant à l'interaction des diagnostics, le trouble de l'humeur et les symptômes anxieux péjorent davantage les limitations fonctionnelles dues au trouble de la personnalité. S'agissant du traitement et de la réadaptation, l'experte indique qu'un suivi psychothérapeutique est en cours depuis 2006, avec son thérapeute actuel depuis 2016. Il est décrit comme régulier par les médecins de l'expertisée. Les rares traitements médicamenteux essayés semblent avoir été conduits tels qu'attendus tant au niveau des dosages que des molécules proposées. S'agissant de la coopération de l'assurée au cours des thérapies effectuées, les changements assez fréquents de thérapeutes et le manque d'adhésion à un traitement psychotrope, outre les effets secondaires qui ont pu être objectivés lors des quelques tentatives de traitement médicamenteux, sont à mettre en lien avec son trouble de personnalité mixte, la part borderline notamment, plutôt qu'avec une nonchalance de sa part. L'expertisée est décrite comme compliant et investie dans sa thérapie actuelle par son thérapeute. La poursuite de la psychothérapie est indiquée, à la fréquence hebdomadaire actuelle. Le lien thérapeutique décrit par l'expertisée et par son thérapeute semble excellent, l'assurée rapportant une légère amélioration de son état clinique alors que ce suivi est encore récent (depuis novembre 2016). Il semble donc important qu'elle puisse poursuivre cette prise en charge avec ce thérapeute qu'elle investit et qu'elle vit comme le premier capable de l'entendre et la prendre là où elle est, et comme elle est; et ce bien que M. K_____, psychologue, ne soit pas en thérapie déléguée par un psychiatre. En effet, malgré une comorbidité psychiatrique importante (trouble anxieux, dépressif et de personnalité), c'est plus la régularité du suivi qui semble actuellement une évidence, en vue d'obtenir l'amélioration clinique espérée par l'expertisée, que la nécessité d'un suivi conjoint par un psychiatre. Un nouvel essai d'introduction d'un traitement psychotrope devrait être discuté avec elle au vu de de la persistance de symptômes anxieux et dépressifs de longue date, et encore d'intensité modérée à l'heure actuelle. Ce dernier pourrait être géré par son médecin traitant qui la connaît bien. Pour les éléments anxieux, il est recommandé qu'elle poursuive sa pratique des approches de type relaxation (yoga notamment) car ils peuvent lui apporter un bénéfice et un soulagement dans son quotidien. S'agissant des indications détaillées relatives à la coopération de l'assurée, si ses propres efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès, l'experte retient que la coopération de l'expertisée au cours du suivi est décrite comme bonne par ses thérapeutes actuels, ce qui n'est pas le cas par son ancien psychologue qui décrit à l'époque (2014- 2016) une intolérance à la frustration et un arrêt de la thérapie dans ce contexte-là. C'est attitude passée est en lien direct avec son trouble de personnalité (problématique d'abandon, de place dans un quelconque système relationnel, de baisse de l'image de soi avec une impossibilité de se projeter dans une relation interpersonnelle bienveillante et rassurante

envers elle). La coopération de l'expertisée a été très bonne. Sa difficulté à suivre un programme de réinsertion est clairement en lien avec sa personnalité, et péjorée par son trouble de l'humeur, d'intensité modérée actuellement et l'anxiété généralisée. L'experte confirme que les problèmes rencontrés sont en lien avec le trouble de la personnalité, le trouble dépressif récurrent et l'anxiété généralisée. La mauvaise image de soi, secondaire tant aux éléments dépressifs actuels qu'au trouble de la personnalité décrit précédemment, l'empêche actuellement de se projeter dans un projet professionnel, que ce soit la recherche ou le maintien d'un emploi ou dans une mesure de réinsertion. La difficulté à faire des projets à long terme en lien avec le flou de son identité et le vide ressenti, de même que sa difficulté à gérer son perfectionnisme interne avec la réalité de sa situation actuelle rendent difficile l'élaboration et le suivi d'un projet de réinsertion. Cela se voit directement dans la difficulté qu'a présentée l'expertisée à investir une prise en charge avec régularité, alors même qu'elle en exprime le besoin, bien que la situation semble différente depuis quelques mois, avec son investissement clair de sa thérapie actuelle. À l'heure actuelle, des mesures de réadaptation ne sont pas exigibles, même en milieu protégé. L'experte s'est ensuite prononcée sur la cohérence: la trajectoire personnelle et professionnelle de l'assurée, avec une absence d'activité depuis 2014, est typique d'une personnalité mixte borderline, dépendante et anankastique avec une difficulté à s'investir dans une relation, même de type thérapeutique, au long cours. Si la part anankastique de sa personnalité lui a permis de faire face au manque d'étayage affectif parental et au traumatisme du viol subi en 2006, même si difficilement puisqu'elle n'a pas pu reprendre et terminer ses études de droit alors qu'elle avait pu obtenir sa licence HEC en 2003, elle a pu rebondir (résilience) et avoir une activité professionnelle régulière à temps plein durant plusieurs années (jusqu'en 2013), malgré un milieu peu soutenant et rassurant. Si dans certaines situations le fait de travailler avec sa famille peut être un gage d'une plus grande tolérance, cela ne semble pas être le cas dans la situation précise de l'assurée, qui décrit au contraire un cadre familial peu étayant et aucunement tolérant face à d'éventuelles difficultés. Les parts borderline et dépendante de sa personnalité ont sans doute contribué à sa poursuite d'une activité professionnelle malgré un milieu pouvant être à la limite du mobbing, selon ses dires, de crainte de l'abandon et de perdre l'amour parental et sa place dans le système familial (ce qui semble s'être vérifié plus tard après sa démission); c'est probablement ce même mode de fonctionnement qui a fait qu'elle est restée avec un homme maltraitant psychologiquement pendant de nombreuses années. Toutefois les actes violents de 2013 de la part de son ex-compagnon semblent avoir été un déclencheur pour elle. Si elle a pu prendre conscience des limites de l'acceptable pour elle et le quitter, ce traumatisme a probablement réactivé les traumatismes passés (manque d'étayage affectif parental, abus sexuels) qui, en soi, n'avaient pas été si sidérants à leur époque, et a entraîné un débordement de ses émotions qu'elle ne parvient plus à canaliser; c'est la réactivation pratique qui est devenue invalidante, bloquant l'expertisée dans un excès d'émotions ingérables qui s'expriment au travers d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble anxieux (anxiété généralisée) décompensés dès 2013, alors qu'elle arrivait à gérer ses émotions avant cette date, puisqu'ayant pu faire des études et travailler alors que l'anamnèse fait remonter le début de ces troubles à l'adolescence. Une seconde hypothèse de crise est l'échec de son couple en 2013 qui aurait représenté la perte de trop, de toute structure externe nécessaire à son équilibre interne dans un contexte de vide intérieur et de manque d'étayage passé et l'absence d'une famille soutenant pouvant pallier au manque d'étayage interne. Dans ce contexte, elle s'écroule littéralement et ne parvient plus à faire face à son quotidien professionnel, ne parvenant qu'à assumer le rôle central de sa vie, celui

de mère, rôle réparateur de sa propre enfance douloureuse, pouvant offrir à ses enfants ce qu'elle a tant espéré recevoir de la part de ses parents, mais n'a jamais vu venir, ceux-ci ne semblant pas non plus investir leur rôle de grands-parents. Elle met toute son énergie dans ce rôle (celui de mère) si renarcissant pour elle; mais elle n'est actuellement pas apte à assumer un autre rôle (celui de travailleuse), car encore trop débordée par ses émotions, même si une légère amélioration depuis début 2017 semble apparaître. Au vu de la persistance de symptômes au long cours tant dépressifs qu'anxieux, sur un terrain fragilisé par un trouble de personnalité mixte sévère, l'adjonction d'une thérapeutique médicamenteuse à la prise en charge psychothérapeutique doit être discutée et est exigible. Ce n'est qu'en cas de nouvel échec (effets secondaires comme par le passé ou non efficacité) qu'on pourrait considérer sa situation comme non améliorable par ce biais-là et ne miser les soins qu'au travers de la psychothérapie, même si celle-ci est clairement l'axe de soin principal à privilégier dans cette situation spécifique avec un trouble de la personnalité complexe. Au vu de ce qui a été évoqué précédemment, il n'est pas exigible qu'elle soit suivie par un psychiatre, le traitement médicamenteux pouvant être géré par son médecin-traitant. Le trouble de l'humeur (trouble dépressif récurrent) présent décompensé depuis 2013, de même que l'anxiété généralisée péjorent ses capacités fonctionnelles et adaptatives potentielles, aggravant encore son instabilité dans la relation et sa non-régularité dans les tâches quelles qu'elles soient, y compris la projection dans une mesure de réinsertion en vue d'une activité professionnelle exigeante, au long cours. Les limitations fonctionnelles sont: son instabilité affective en lien avec son trouble de personnalité, une tristesse, une labilité émotionnelle, une hypersensibilité à toutes situations de stress, une baisse de l'élan vital, un ralentissement psychomoteur, des troubles cognitifs et une fatigue chronique. Si l'assurée fait mention d'une lente amélioration de son état depuis la dernière expertise de 2014, celle-ci reste fragile et encore trop récente (début 2017 pour ce qui est des symptômes dépressifs et anxieux), en tenant compte du terrain très fragilisé par son trouble de personnalité complexe, pour qu'elle puisse se projeter dans une mesure de réinsertion, l'idée seule en soi la paralyse actuellement, de crainte de ne pas être à la hauteur de son rôle de mère et des attentes d'autrui, ses enfants mais aussi un employeur potentiel. Dans ce contexte précis, la CT dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée, même sans exigences de rendement, est actuellement nulle. Elle devrait être réévaluée après amélioration de l'humeur et de l'anxiété, et en fonction du trouble de la personnalité de l'expertisée. 20. Le SMR (Dr L. _____) a rendu son rapport final subséquent, soit après expertise, le 22 novembre 2017. Selon le rapport médical de l'AI, l'expertise de la Dresse J. _____ est convaincante, prenant en compte les plaintes de l'assurée et s'appuyant sur un examen clinique approfondi et complété par des examens paracliniques adéquats. De plus, l'appréciation de la situation médicale et les conclusions sont claires, motivées et cohérentes; il n'y a pas lieu de s'écarter de ces conclusions. L'interaction entre le trouble de l'humeur modéré et les symptômes anxieux péjorent davantage les limitations fonctionnelles dues aux troubles de la personnalité. Dans sa globalité, l'assurée est en incapacité de travail totale pour toute activité. La poursuite de la psychothérapie est indiquée. En conclusion, le SMR retient au titre d'atteintes à la santé incapacitantes au sens de l'assurance-invalidité: anxiété généralisée (F41.1), trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré depuis 2013, trouble de la personnalité, borderline, dépendante et anankastique (F61). Le début de longue maladie est fixé à 2013, la CT exigible est de 0 % tant dans l'activité habituelle que l'activité adaptée. Les limitations fonctionnelles sont: une grande fragilité psychologique, difficulté à gérer le stress, effondrement des ressources

d'adaptation, difficulté à organiser le temps. Exigibilité du traitement. Non.![endif]>![if> 21. Par courrier du 23 novembre 2017, l'OAI a indiqué à l'assurée que suite à l'arrêt de la CJCAS du 18 janvier 2016, il avait réexaminé son degré d'invalidité et constaté qu'il n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Elle continuait donc à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour (degré d'invalidité: 100 %). Si elle n'était pas d'accord avec la présente, il lui était possible de demander par écrit une décision sujette à recours, dans un délai de 30 jours. La demande devait être brièvement motivée. Copie de cette décision a été adressée à la caisse de compensation et à la fondation LPP Allianz.![endif]>![if> 22. Par courrier du 5 janvier 2018, la fondation a sollicité de l'OAI une décision sujette à recours. Suite à l'arrêt de renvoi de la CJCAS, la fondation ne voyait pas ce qui aurait été entrepris par l'office entre-temps. Elle sollicitait outre une décision formelle, la communication de toutes les pièces du dossier.![endif]>![if> 23. L'OAI y a donné suite, en rendant une décision formelle datée du 9 janvier 2018, communiquée à l'assurée et à la fondation: se référant à son courrier du 23 novembre 2017 ainsi qu'au courrier du 5 janvier 2018 de la fondation, l'OAI a confirmé avoir examiné le degré d'invalidité de l'assurée, et constaté qu'il n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Elle continuait donc à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour (degré d'invalidité : 100 %).![endif]>![if> Par courrier recommandé du 13 février 2018, la fondation LPP a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Elle conclut avec suite de frais à l'annulation de la décision entreprise et à la suppression de la rente de l'assurance-invalidité ; subsidiairement à l'annulation de la rente et à son remplacement par l'octroi d'indemnités journalières pendant la durée des mesures médicales et/ou professionnelles ; plus subsidiairement au renvoi de l'affaire à l'OAI pour un plus ample examen du dossier afin d'établir les faits et la base juridique déterminante (en particulier afin d'écarter les motifs étrangers à l'assurance-invalidité et/ou de déterminer la méthode adéquate d'évaluation du taux d'invalidité). En substance, la recourante considère que le rapport d'expertise de la Dresse J _____ n'a pas valeur probante. Les diagnostics qu'elle retient ne sont pas d'emblée invalidants, et en particulier celui de trouble dépressif décrit comme épisode actuel modéré persistant depuis 2013 ne le serait pas. Elle reproche ainsi à l'expert, et à l'OAI de persister, après des années, à retenir une pleine incapacité de travail de l'assurée, sur la seule base des explications subjectives de cette dernière, et sur la base de motifs d'ordres familiaux, relationnels, et tenant aux difficultés de l'assurée à trouver une solution pour la garde de ses enfants, motifs totalement étrangers au droit de l'assurance-invalidité. Elle voit ainsi dans l'incapacité de travail de l'assurée un manque d'organisation pour faire garder ses enfants par des tiers ; elle estime légitime de se poser la question de savoir si l'assurée n'a pas décidé de se consacrer à plein temps à ses enfants, en refusant de les faire garder par des tiers, et de garder son énergie pour ses loisirs physiques. Elle reproche à l'OAI de ne pas s'être distancé des conclusions de l'expertise, en ne prescrivant pas des mesures médicales (exigibilité d'un traitement médicamenteux) et des mesures de réinsertion qui permettraient d'améliorer l'état de santé de l'assurée, et par conséquent de réduire le dommage. Elle considère en outre que les conclusions de l'expert ne sont pas cohérentes, dès lors que si l'assurée était réellement dans l'incapacité totale de travailler dans quelque activité que ce soit (à plein temps ou à temps partiel), elle le serait également pour l'accomplissement de ses tâches ménagères et l'éducation de ses enfants, et par rapport à ces derniers, elle serait ainsi source de danger pour les enfants, de sorte qu'il incomberait aux autorités cantonales d'intervenir pour que soient ordonnées les mesures de protection des enfants voire l'instauration d'une curatelle. Elle reproche ainsi à l'intimé de ne

pas avoir identifié cette incohérence, et de même, de ne pas avoir remis en cause le statut d'assurée, et donc la méthode de calcul de l'invalidité, qui selon la recourante devrait se faire sur la base d'une assurée ayant le statut d'une personne se consacrant uniquement à ses activités ménagères. Le détail de l'argumentation de la recourante sera repris, dans la mesure utile, dans les considérants qui vont suivre. 24. L'intimé a conclu au rejet du recours, par courrier du 21 mars 2018. Les motifs conduisant à proposer le rejet du recours tiennent au fait que les éléments apportés par la recourante ne permettent pas de faire une appréciation différente du cas. 25. La recourante, invitée à formuler d'éventuelles observations dans le cadre d'une réplique ne s'est pas manifestée, de sorte que 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 de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 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). 4. Le litige porte sur le maintien du droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement de son droit à une rente entière ou à des mesures professionnelles. 5. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. a. L'art. 17 al. 1 LPGA vise la situation dans laquelle une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur. Dans ce cas, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de cette disposition (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b). b. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I

406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). Un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail estimé par le médecin ne peut être admis qu'à titre exceptionnel. Cela peut être le cas lors d'une incapacité de travail totale de l'assuré (Arrêt I 45/06 du 5 mars 2007 consid. 4.2.2).

De même, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique. [Arrêt I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5. 2] (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) Schulthess Editions romandes 2011 p. 539 ch. 2035).

8. 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.

9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas

comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

!> Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

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

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

a. 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).

b. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet

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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). c. 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). 11. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on

puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).!

12. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).!

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

14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 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).!

15. 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; 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 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable

(ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).!endif]>![if> 16. En l'espèce, pour déterminer s'il y a eu une modification notable du degré d'invalidité de la recourante, il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait au moment de la décision litigieuse, soit au 7 novembre 2017, avec les circonstances qui prévalaient au moment de la décision du 27 janvier 2015. !endif]>![if> a. Il ressort de l'instruction menée par l'intimé en amont de la décision du 27 janvier 2015 que tant l'expertise du Dr I_____ du 7 avril 2014, que l'examen bidisciplinaire du SMR du 7 mai 2014, concluaient à une IT totale dans toute activité en raison d'un épisode dépressif moyen en rémission partielle (F33.1) pour le Dr I_____, respectivement un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) pour le Dr M_____ (SMR), les examinateurs du SMR considérant que les troubles rhumatologiques (cervico-brachialgies bilatérales et d'un status après agression physique (M54.2) et lombalgies chroniques persistantes (M54.5) dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis, de même que les difficultés dans les rapports avec le partenaire, respectivement avec les parents (Z63.0 et Z63.1) étaient sans répercussion sur la capacité de travail, conclusions de la permanence du SMR du 7 août 2014 confirmant les conclusions de l'examen bidisciplinaire du SMR, base de la décision de l'OAI du 27 janvier 2015, laquelle reconnaît par ailleurs un statut mixte (80 % active/20 % ménagère) correspondant à la situation professionnelle antérieure à l'atteinte à la santé, l'assuré ayant confirmé n'avoir pas modifié son taux d'activité après la naissance de ses deux enfants.!endif]>![if> b. Dans le cadre de la procédure de révision initiée en 2015 dans un premier temps, le médecin traitant considérait, le 10 février 2015, que la situation de l'état dépressif s'était péjoré depuis l'octroi de la rente la CT étant toujours nulle dans toute activité; elle signalait toutefois que sa patiente pensait qu'elle serait apte à reprendre une activité à temps partiel d'ici à quelques semaines. Cette vision trop optimiste qui avait conduit l'assurée à écrire à l'OAI en date du 2 juin 2015, pour indiquer qu'elle se sentait mieux et qu'elle avait envie de reprendre une activité professionnelle, étant à la recherche d'un emploi entre 50 et 70 pour cent. Elle précisait dans son courrier : « il semblerait que l'AI peut parfois trouver un stage pour une réinsertion professionnelle et/ou un coach. Je serais ravie de bénéficier de ceux-ci ou sinon d'aide pour trouver un emploi. » Elle indiquait en outre que : « la crèche du Lignon ne m'octroie pas de place pour mes enfants si je ne suis pas en emploi. Cela fait maintenant trois ans que je suis sur la liste d'attente pour avoir enfin ces places. Or, si je n'ai pas de place en crèche, je ne peux pas aller travailler. C'est le serpent qui se mord par la queue. Ce serait fabuleux si votre office pouvait appuyer par un courrier le fait que je vais travailler bientôt. » Malheureusement cette perspective ne s'est pas avérée réaliste, dès lors que quelques semaines plus tard, elle était atteinte d'une lourde rechute et ses médecins traitants lui recommandaient de repousser cette tentative de reprise. L'OAI avait donc rendu une décision de maintien de la rente entière, sans changement, décision ayant fait l'objet du premier recours de la fondation et la reprise de l'instruction par l'OAI suite à l'arrêt de la chambre de céans du 18 janvier 2016 retournant le dossier à l'intimé, sur sa proposition, pour instruction complémentaire. !endif]>![if> C'est à l'issue du complément d'instruction ayant en particulier conduit l'OAI à mettre en place l'expertise psychiatrique confiée à la Dresse J_____ (après avoir recueilli des avis des médecins traitants [actualisés de la Dresse C_____ et du psychiatre traitant (Dr E_____)]), qu'a été rendue la décision entreprise (9.1.2018), l'OAI confirmant avoir examiné le degré d'invalidité de l'assurée, et constaté qu'il n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Elle continuait donc à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour (degré d'invalidité 100 %). 17. La recourante conteste la décision entreprise, en tant qu'elle s'est

basée, à tort, selon elle, sur une expertise à laquelle elle estime que l'on ne saurait reconnaître une valeur probante, pour divers motifs qui seront examinés ci-après. Il convient dès lors de déterminer si l'on peut reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise. [endif]>[if> Dans le cas d'espèce, la chambre de céans considère que toutes les conditions posées par la jurisprudence rappelée précédemment pour que puisse être reconnue une pleine valeur probante à un rapport d'expertise administrative sont réunies. En effet, l'expertise psychiatrique litigieuse a été confiée par l'OAI à la Dresse J_____, médecin indépendant de l'intimé et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie reconnue. L'expertise se base sur l'étude du dossier de l'OAI, deux entretiens avec l'expertisée les 28 septembre et 19 octobre 2017 (d'une durée totale de 220 minutes), un entretien téléphonique avec le médecin traitant généraliste, deux entretiens téléphoniques, respectivement avec le psychologue traitant actuel, et avec l'ancien psychologue traitant, et un entretien avec le frère de l'expertisée. L'experte a en outre procédé à des examens complémentaires sous forme de tests psychométriques. L'expertise a ainsi été rendue sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. L'experte aboutit à des résultats convaincants. Elle a tenu compte de l'intégralité des avis exprimés par les médecins traitants et thérapeutes – le psychologue actuel et le précédent - et les experts ayant précédemment eu à connaître du cas de l'assurée, notamment le Dr I_____, expert désigné par l'assureur perte de gain en 2014 et les spécialistes du SMR ayant procédé à un examen bidisciplinaire rhumato-psychiatrique de l'assurée, dont les conclusions avaient conduit l'intimé à reconnaître à l'assurée une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100% dès le 1 er janvier 2014, par décision du 27 janvier 2015. Les observations et conclusions de la Dresse J_____ reposent sur une anamnèse très complète; les plaintes de la patiente ont dûment été prises en compte; l'examen clinique de l'expertisée a été complété par des tests psychométriques, qui ont notamment permis à l'experte d'objectiver les plaintes de la patiente. Elle a posé des diagnostics précis, distinguant ceux qu'elle retenait comme incapacitants au sens de l'assurance-invalidité de ceux qui ne l'étaient pas. L'experte s'est prononcée en toute connaissance de cause, prenant en compte la situation médicale et personnelle de la patiente, dans tous ses aspects, tant physiques que psychiques que par rapport aux facteurs psychosociaux ou socioculturels. Elle a discuté ces diagnostics et les a justifiés par une argumentation solide, et expliqué en quoi les facteurs psychosociaux ou socioculturels interféraient sur l'état de santé de l'assurée (voir ci-dessus en fait ad ch. 19). Elle s'est prononcée sur toutes les questions posées par l'OAI, notamment sur la CT dans la dernière activité exercée et dans une activité adaptée éventuelle, considérant que la CT était actuellement nulle dans toute activité professionnelle, y compris une activité adaptée sans exigence de rendement. 18. La recourante considère que l'expertise pluridisciplinaire serait dépourvue de valeur probante pour les motifs suivants : [endif]>[if> a. que les diagnostics qu'elle retient ne sont pas d'emblée invalidants, et en particulier celui de trouble dépressif décrit comme épisode actuel modéré persistant depuis 2013 (F33.1) ne le serait pas. [endif]>[if> Ce grief n'est pas fondé. L'experte, dont les conclusions sont d'ailleurs concordantes avec celles, non seulement du médecin traitant (Dresse C_____) et du psychiatre traitant (Dr E_____), mais également des experts qui se sont précédemment prononcés sur le cas (tant le Dr I_____ (7 avril 2014), que le Dr Pierre M_____ (SMR), lors de l'examen bidisciplinaire du SMR du 7 mai 2014, concluaient à une IT totale dans toute activité en raison d'un épisode dépressif moyen en rémission partielle (F33.1) pour le Dr I_____, respectivement un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome

somatique (F33.11) pour le Dr Pierre M_____ [SMR]), a en outre retenu d'autres diagnostics psychiatriques incapacitants (troubles mixtes de personnalité, borderline, dépendante et anankastique (F61) depuis le début de l'âge adulte, anxiété généralisée (F41.1) depuis l'adolescence précisant pour le trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré (F33.1) que celui-ci avait son origine dès l'adolescence et que l'épisode actuel durait depuis 2013. Loin de s'en tenir à l'énumération de ces diagnostics, l'experte a soigneusement motivé ses conclusions, et a expliqué de façon convaincante l'interaction des diagnostics, le trouble de l'humeur et les symptômes anxieux péjorant davantage les limitations fonctionnelles dues au trouble de la personnalité. L'experte s'est prononcée sur la cohérence entre les diagnostics, les plaintes de l'expertisée et son comportement en examen, et le mode de fonctionnement induit par les troubles psychiatriques identifiés, expliquant et justifiant les limitations retenues, et expliquant finalement l'IT totale actuelle. Au demeurant, aucun indice ne laisse supposer que l'experte n'aurait pas pris en compte les indicateurs déterminants selon la jurisprudence désormais bien connue, et qu'elle aurait manqué de les apprécier de manière satisfaisante pour conclure à une incapacité entière de travail.

b. La recourante reproche à l'experte d'avoir retenu une totale incapacité de travail actuelle de l'assurée, sur la seule base des explications subjectives de l'assurée, et sur la base de seuls motifs d'ordres familiaux, relationnels, soit pour des motifs étrangers au droit de l'assurance-invalidité. L'experte se trompe. S'il est vrai que pour qu'une invalidité soit reconnue, il est en effet nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé, plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a et les références). Or, dans le cas d'espèce l'experte a certes relevé les éléments relevant du domaine socioculturel ou psychosocial, mais elle a montré de manière convaincante en quoi l'assurée, en raison des troubles mentaux ayant valeur de maladie l'empêchaient de surmonter ses difficultés.

c. La recourante voit au contraire la justification de l'incapacité totale de travail de l'assurée comme tenant aux difficultés de cette dernière de trouver une solution pour la garde de ses enfants, motif lui aussi totalement étranger au droit de l'assurance-invalidité. Elle voit ainsi dans l'incapacité de travail de l'assurée un manque d'organisation pour faire garder ses enfants par des tiers ; la recourante estime légitime de se poser la question de savoir si l'assurée n'a pas décidé de se consacrer à plein temps à ses enfants en refusant de les faire garder par des tiers, et de garder son énergie pour ses loisirs physiques. On ne saurait suivre la recourante dans cette argumentation peu convenante, telle qu'exprimée. Elle trouve pour l'essentiel son origine dans un courrier de la recourante à l'OAI du 2 juin 2015 (ci-dessus en fait ad ch. 14) dont la teneur était la suivante: "Suite à notre conversation téléphonique, je vous écris pour vous indiquer que je me sens mieux et que j'ai envie de reprendre une activité professionnelle. Je joins à ce courrier l'attestation que mon médecin vous a envoyée en

février et qui s'est perdu en route, semblerait-il. Il semblerait que l'AI peut parfois trouver un stage pour une réinsertion professionnelle et/ou coach. Je serais ravie de bénéficier de ceux-ci ou sinon d'aide pour trouver un emploi. De mon côté je regarde si je peux trouver un emploi entre 50 et 70 %. En outre, la crèche du Lignon ne m'octroie pas de place pour mes enfants si je ne suis pas en emploi. Cela fait maintenant 3 ans que je suis sur la liste d'attente pour avoir enfin fait place. Or, si je n'ai pas de place en crèche, je ne peux pas aller travailler. C'est le serpent qui se mord la queue. Ce serait fabuleux si votre office pouvait appuyer par un courrier le fait que je vais travailler bientôt. Dans l'attente de votre courrier pour la crèche,..." Dans son argumentation, la recourante n'a retenu de ce courrier que la phrase : « Or, si je n'ai pas de place en crèche, je ne peux pas aller travailler. » Cet extrait est manifestement sorti de son contexte, et le grief et les déductions qu'en tire la recourante sont totalement inappropriés. La lecture objective de ce courrier montre au contraire la volonté de l'assurée de retrouver rapidement un emploi, ceci de manière progressive, puisque recherchant une place à un taux de 50 à 70 %. Replacée dans son contexte, la phrase litigieuse s'inscrit dans les difficultés que l'assurée explique rencontrer auprès de la crèche où elle est inscrite de longue date, précisément dans la perspective d'une reprise possible d'une activité. Suggérant qu'une démarche de l'OAI, sous forme de courrier, serait un atout vis-à-vis de la crèche, elle explique tout simplement, de façon spontanée, pourquoi elle observe que « c'est le serpent qui se mord par la queue ». Et si malheureusement la démarche de l'assurée auprès de l'OAI, au début juin 2015, s'est révélée par trop optimiste, cette tentative de reprise d'une activité professionnelle n'a pas échoué en raison de l'impossibilité de l'assurée de faire garder ses enfants par des tiers, mais au contraire, au degré de la vraisemblance prépondérante requise en matière d'assurances sociales, à la fragilité de la recourante, sur le plan psychiatrique, ses médecins ayant alors estimé que son état commandait de différer une telle tentative de reprise progressive d'activité. Cette situation est du reste très bien expliquée par l'experte, qui en a développé les mécanismes. À cela s'ajoutent encore des arguments dénigrants, de la part de la recourante, qui suggère une attitude de pur confort de la part de l'assurée, en mettant en exergue, outre cette petite phrase anodine, le fait que d'un autre côté, l'assurée réserverait son énergie à des activités sportives. Là encore, - n'en déplaise à la recourante – l'expertise de la Dresse J_____ est convaincante, montrant que l'assurée est désireuse d'exploiter ses ressources pour tenter de surmonter, comme elle le peut, ses difficultés psychiques. 19. La recourante fait encore grief à l'OAI de ne pas s'être écarté des conclusions de l'expertise, toujours incohérentes à ses yeux, en imputant à l'intimé de ne pas avoir considéré que si l'atteinte à la santé était si importante, au point que l'on doive conclure à une incapacité totale de travail quelle que soit l'activité, on devrait en déduire que l'assurée serait, de même, dans une totale incapacité de s'acquitter de ses tâches ménagères et surtout à gérer ses tâches éducatives à l'égard de ses enfants. La recourante suggère que dans cette situation, les enfants de l'assurée seraient en danger, et qu'il appartiendrait dès lors à l'autorité de signaler le cas aux services compétents (service de protection de l'adulte et de l'enfant, de protection de la jeunesse,...).

!endif]>!if> On ne saurait suivre la recourante, dans une telle argumentation, qui n'est pas exempte d'ironie, et qui ne saurait suppléer à l'absence de motifs convaincants, propres à susciter le moindre doute quant aux constatations pertinentes de l'expert, des médecins du SMR, et finalement des conclusions justifiées auxquelles l'intimée est parvenu. 20. La recourante reproche encore à l'OAI de ne pas avoir diligenté de mesures médicales (suivi par un psychiatre et prescription de médicaments), et de mesures professionnelles qui, selon la recourante devaient conduire au remplacement de la rente par des indemnités

journalières. À cet égard, et s'agissant des mesures médicales, l'expert a, une fois encore, expliqué de manière convaincante, les raisons pour lesquelles le suivi actuel par un psychologue, n'intervenant pas dans le cadre d'une psychothérapie déléguée par un psychiatre, était parfaitement adéquat et devait être poursuivi. S'agissant d'une tentative de réintroduction d'une thérapie médicamenteuse (dont l'absence, à l'époque, tenait à l'allaitement du deuxième enfant de l'assurée, comme le soutient encore la recourante; mais par la suite les tentatives de prescriptions avaient été interrompues en raison des effets secondaires, ce que la recourante semble oublier), l'experte la retient. Elle considère en revanche qu'il est inutile d'instaurer un suivi par un psychiatre, la gestion médicamenteuse pouvant, en l'espèce, être assumée par le médecin-traitant généraliste. ![endif]>![if> Ceci dit, la chambre de céans n'a pas à se prononcer sur les faits et éléments du dossier postérieurs à la décision entreprise. Quoi qu'il en soit, la recourante perd de vue que l'art. 22 al. 5bis LAI prescrit que lorsqu'un assuré reçoit une rente de l'AI, celle-ci continue de lui être versée en lieu et place d'indemnités journalières durant la mise en œuvre des mesures de réinsertion au sens de l'art. 14a et des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a. 21. Enfin, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir remis en cause le statut d'assurée; en l'occurrence en retenant un statut de ménagère à plein temps. ![endif]>![if> Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPG), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATAS/1122/2018). En l'espèce, le statut de l'assurée, mixte (80% active / 20% consacrés aux tâches ménagères), retenu par l'intimé dans sa précédente décision (27 janvier 2015), n'avait pas lieu d'être revu, aucun élément du dossier ne permettant d'avoir le moindre doute sur le fait que l'assurée, sans atteinte à la santé, aurait exercé une activité lucrative, en tout cas à hauteur de 80 % comme c'était le cas au moment où elle a cessé sa dernière activité, dans le courant de l'année 2014, soit au même taux, malgré la naissance de son deuxième enfant, comme elle l'a d'ailleurs confirmé. 22. En tous points mal fondé, le recours sera rejeté. ![endif]>![if> 23. Etant donné que la procédure n'est pas 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 300.-.!

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

1. Déclare le recours recevable!
2. Au fond : Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 300.- 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 Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.