

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/965/2016

ATAS/1039/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 13 décembre 2016**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1963, d'origine marocaine, est arrivée en Suisse le 4 mars 1989. Elle s'est mariée à un ressortissant suisse, et a obtenu la nationalité dudit pays en juin 1989. Mère de deux enfants, nés en 1990 et 1992, et sans formation professionnelle, elle a été employée en tant que réceptionniste et aide-coiffeuse de février 1998 au 8 novembre 1999 dans le salon de coiffure géré par son époux. L'entreprise était toutefois inscrite au registre de commerce du canton de Genève au nom de l'assurée, avant sa radiation en 2004 par suite de cessation de l'exploitation.
2. Le 8 janvier 2001, l'assurée a déposé une demande tendant à l'octroi d'une rente auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), invoquant une dépression nerveuse grave, un mal de dos et une capsulite aiguë au bras droit. Elle a indiqué qu'elle réalisait en qualité d'indépendante un salaire mensuel de CHF 4'500.-.
3. Dans son rapport du 13 février 2001, la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, a diagnostiqué un état dépressif depuis 1998, des lombalgies chroniques depuis de nombreuses années, des cervico-brachialgies, une capsulite rétractile de l'épaule droite depuis octobre 1999, une tendinite du long chef biceps depuis mars 2000, ainsi que des épigastralgies depuis octobre 1999. Ces atteintes avaient des répercussions sur sa capacité de travail, laquelle était jugée nulle dans toute activité depuis le 8 novembre 1999 pour une durée indéterminée.  
  
Étaient joints divers rapports médicaux, faisant état des comorbidités susmentionnées.
4. Dans son rapport du 26 avril 2001, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé le diagnostic, avec répercussions sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.00). L'incapacité de travail était totale depuis novembre 2000 pour une durée indéterminée. La praticienne a relevé les symptômes suivants : « tristesse, avec anhédonie, perte d'intérêt, sentiment de culpabilité, avec ruminations sous formes d'auto reproches, sentiment d'incapacité, d'inutilité. Anxiété très importante de type multiple (phobies, anxiété d'anticipation). Irritabilité avec agressivité verbale. Troubles du sommeil, symptomatologie évoluant de façon chronique depuis environ un an et demi ». Le pronostic paraissait peu favorable.
5. Dans son rapport du 3 juin 2002, la Dre B\_\_\_\_\_ a mentionné que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. L'incapacité de travail était évaluée à 100% dans l'activité habituelle d'aide-coiffeuse, et à 30% dans une activité adaptée, telle que téléphoniste.
6. Invitée par l'OAI à lui faire parvenir un descriptif complet de son activité actuelle et de celles déjà effectuées, l'assurée a répondu le 28 juin 2002 qu'après la naissance de ses enfants, elle s'était occupée de leur éducation. Elle avait travaillé

« quelques temps dans le salon de coiffure comme réceptionniste ». Dorénavant, elle n'exerçait plus d'activité pour soigner sa dépression.

7. Lors d'un entretien avec l'OAI le 27 février 2003, l'assurée a déclaré qu'elle n'était pas en mesure d'estimer le temps qu'elle consacrait dans le salon de coiffure, celui-ci fluctuant en fonction de la clientèle et du besoin de ses enfants. Elle pensait néanmoins avoir travaillé à plein temps.

Bien que l'assurée fût inscrite en tant que titulaire dudit salon selon les données du registre de commerce, l'enquêtrice a conclu que l'époux semblait être le « moteur » du salon, l'assurée ne pouvant répondre aux questions relatives à son fonctionnement (note du 27 février 2003).

8. Mandaté par l'OAI, le centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) a rendu un rapport d'expertise le 28 avril 2004, signé par les docteurs D\_\_\_\_\_, et E\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes FMH en médecine interne, ainsi que par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Ledit rapport est basé sur le dossier médical, l'anamnèse (familiale, personnelle, systématique, psychosociale, professionnelle), les plaintes de l'assurée, et deux examens cliniques.

Dans l'anamnèse professionnelle, les experts ont rapporté, en particulier, que l'assurée avait travaillé en tant qu'aide-coiffeuse à temps partiel, environ de « 10h à 16h ». Elle recevait un revenu régulier, mais ne se souvenait plus du montant.

Sur le plan rhumatologique, les experts ont retenu le diagnostic de syndrome polyalgique idiopathie diffus d'étiologie indéterminée, en l'absence de lésion organique. L'étude des documents radiologiques, tant de la colonne cervicale que lombaire, ne mettait pas en évidence de lésion ostéo-articulaire significative susceptible d'expliquer l'importance des douleurs. Aucun élément anamnestique ou clinique ne relevait d'ailleurs une origine neurocompressive, inflammatoire, tumorale ou infectieuse pouvant provoquer la symptomatologie algique. La capacité de travail était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes, compte tenu d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs : mouvements d'élévation antérieure au-dessus de 90° de manière répétée de l'épaule droite, et mouvements de rotation extrême de cette articulation. En raison de la limitation de cette épaule, la capacité de travail dans la sphère ménagère était de 80%.

Sur le plan psychiatrique, les experts ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F 33.2), et d'un trouble de la personnalité (F 60.8). La capacité de travail était nulle dans toute activité. L'atteinte à la santé psychique était grave, au vu de sa personnalité prémorbide, de son peu d'énergie, de l'importante perte d'intégration sociale, et de la chronicité sans rémission durable des problèmes psychiques depuis 1998. Les plaintes de l'assurée concordaient avec son comportement, ainsi qu'avec les informations ressortant de son dossier médical. Les experts ont souligné que la souffrance de celle-ci paraissait authentique. Le pronostic était très réservé. Un traitement semblait difficile ; son trouble de la

---

personnalité limitait ses capacités d'introspection. La capacité de travail était limitée à 30% dans les activités ménagères.

9. Dans un avis du 2 décembre 2004, le service médical régional AI (SMR) a estimé que l'empêchement ménager devrait être de 20% au plus ; les enfants âgés de 12 et 14 ans devraient être largement autonomes.
10. L'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage, réalisée au domicile de l'assurée le 6 décembre 2004. Cette dernière a affirmé qu'en bonne santé, elle travaillerait, sans toutefois indiquer le nombre d'heures, ajoutant qu'elle ne « compte pas ses heures lorsqu'elle aime un travail ». Après que l'enquêtrice ait évoqué la tenue du ménage et l'éducation des enfants, l'assurée a répondu qu'elle pourrait exercer une activité si une personne s'occupait du ménage. Dans le cas contraire, elle aurait besoin d'avoir congé le mercredi. Elle travaillait au salon de coiffure pour « donner de l'aide quand il y avait beaucoup de travail, parfois les enfants allaient prendre un repas chez la marraine ». Même si la situation financière paraissait nettement moins bonne qu'auparavant, à aucun moment l'assurée n'évoquait son regret de ne pas pouvoir exercer une activité lucrative pour sortir de l'impasse (rapport d'enquête du 8 décembre 2004).

L'enquêtrice a relevé que l'assurée était capable d'organiser son travail pour la conduite du ménage. S'agissant du poste « alimentation », depuis son atteinte, elle optait souvent pour des produits congelés, par souci de simplification. Les enfants l'aidaient pour remplir et vider le lave-vaisselle, tâche qu'elle était également capable d'effectuer. Elle négligeait parfois le lavage du sol, se contentant de donner un coup de balai. Pour l'entretien du logement, elle ne passait l'aspirateur plus qu'une fois par mois, au lieu d'une fois par semaine avant son atteinte. Son époux nettoyait la salle de bain et la douche, et l'aidait, ainsi que les enfants, pour changer les draps. Elle avait eu recours aux aides ménagères du Centre d'action sociale des Eaux-Vives de janvier 2001 à mai 2002. Pour les emplettes et les courses, l'époux assurait toujours les paiements à la Poste et les démarches administratives. La famille se rendait en France voisine pour les achats groupés, l'assurée ne faisant plus que les courses d'appoint dans le quartier, prenant à cet effet son caddie. Hormis les grosses pièces, telles que les couvertures, qui étaient l'affaire de l'époux, le poste « lessive et entretien des vêtements » était pris en charge par l'assurée, disposant d'une bonne installation dans son appartement. En raison de ses douleurs, elle multipliait par trois le temps de repassage, des arrêts fréquents étant indispensables. L'époux repassait ses chemises, ou les donnait au pressing. Les enfants l'aidaient à ranger le linge plié. En ce qui concernait les soins aux enfants, ces derniers étaient autonomes. L'assurée assumait leur éducation, et les accompagnait si nécessaire. Pour le poste « divers », depuis un an, pourvu qu'elle se sentît bien, l'assurée exerçait une activité bénévole à raison de six heures par semaine, elle tenait compagnie à une jeune femme tétraplégique et lui donnait à manger. Elle ne s'occupait plus des plantes vertes, pour épargner son dos.

Sur cette base, l'enquêtrice a établi le tableau suivant :

<b>Travaux</b>	<b>Pondération</b>	<b>Empêchement</b>	<b>Invalidité</b>
<b>Conduite du ménage</b>	3%	0%	0%
<b>Alimentation</b>	40%	20%	8%
<b>Entretien du logement</b>	20%	30%	6%
<b>Emplettes et courses diverses</b>	5%	0%	0%
<b>Lessive et entretien des vêtements</b>	15%	30%	4.5%
<b>Soins aux enfants</b>	7%	0%	0%
<b>Divers</b>	10%	20%	2%
<b>Total</b>			20.5%

L'enquêtrice avait des difficultés à déterminer le statut de l'assurée, celle-ci lui ayant fourni des informations vagues quant à son horaire de travail avant son atteinte, lequel serait plutôt variable. Le statut d'indépendant mentionné dans la demande de rente était peu probable, l'assurée n'ayant aucune notion sur le plan financier ou administratif.

11. À la demande de l'OAI, l'assurée lui a transmis les bilans et comptes de pertes et profits du salon de coiffure (années 1999 à 2003), ainsi que les décomptes de salaire soumis à cotisations AVS (années 1998 et 2002), selon lesquels elle ne faisait pas partie de la masse salariale.
12. Afin d'éclaircir la situation professionnelle des époux, ces derniers ont été entendus par l'OAI le 9 février 2005. À cette occasion, il a été impossible de déterminer précisément le temps de travail réalisé par chacun d'eux dans le salon de coiffure. Il n'était pas non plus possible de s'appuyer sur les données comptables de l'entreprise pour évaluer le taux d'invalidité de l'assurée, celle-ci n'assurant pas le « risque de l'entrepreneur » quand bien même le salon fût à son nom. L'incapacité de travail étant totale dans toute activité depuis novembre 1999, la perte de gain était de 100%. Compte tenu du fait qu'elle travaillait en moyenne de dix à seize heures par semaine sur une moyenne usuelle dans les entreprises en 2000 de 41.8h, la part active pouvait être estimée à 31% (note de l'OAI du 12 juillet 2005).

13. Par décision du 6 novembre 2007, reprenant les termes de son projet, l'OAI a accordé à l'assurée un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2000. Le statut retenu était celui d'une ménagère mixte. Le degré d'invalidité dans l'activité professionnelle (pondérée à 31%) était de 31% (l'incapacité de travail étant totale) et dans les travaux habituels (pondérés à 69%), il s'élevait à 15% (69% × 21%). Le degré d'invalidité total était donc de 46%.
14. Par décision du 6 novembre 2009, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une demi-rente pour cas pénible à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2000.
15. Dans le cadre de la première révision de la rente, initiée par l'OAI en 2010, l'assurée a complété un questionnaire le 18 décembre 2010, et signalé que son état de santé s'était amélioré depuis six mois environ, ayant suivi de nouveaux traitements. Après avoir pris des cours de maman de jour auprès de Pro Juventute, elle gardait un bébé depuis un mois et demi et touchait CHF 600.- par mois.
16. Dans son rapport du 28 décembre 2010, la doctoresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a fait état de douleurs musculaires et cervico-dorsales, ainsi que d'insomnies. Le pronostic était peu, voire pas favorable. Le traitement consistait en de l'acupuncture, des anti-inflammatoires non-stéroïdiens, des tranquillisants et des antidépresseurs. Pour évaluer l'incapacité de travail, la praticienne invitait l'OAI à s'enquérir auprès du médecin traitant.
17. Dans son rapport du 22 février 2011, la doctoresse H\_\_\_\_\_, laquelle avait examiné l'assurée en dernier lieu le 28 janvier 2010, a relevé une lombalgie chronique récidivante « sur la base d'une disparition de la lordose lombaire, qui est remplacée par une cyphose entourant et accompagnant des discopathies ».  
Était joint un rapport du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, du 29 octobre 2007, constatant ladite atteinte.
18. Dans son rapport du 10 août 2011, la doctoresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, de la fondation Phénix, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F 33.3), d'anxiété généralisée (F 41.1), et de phobie spécifique isolée (F 40.2). L'assurée souffrait d'un état anxio-dépressif avec des éléments psychotiques, probablement avec un délire bien enkysté de longue date. La symptomatologie neurovégétative était assez intense et les crises d'angoisse avaient lieu plusieurs fois au quotidien. Malgré une médication assez lourde (anti-inflammatoire, antidouleurs), elle avait une limitation des mouvements de ses bras, de sa nuque et de ses hanches. « Tout lui tombait des mains lors des inflammations de capsulite qui étaient assez fréquentes ». Le pronostic restait réservé, compte tenu de ses problèmes somatiques et psychiques. Périodiquement, elle pouvait faire du babysitting de petits nourrissons pendant quelques heures. La capacité de travail était nulle depuis le 20 octobre 2008 pour une durée indéterminée.

19. Dans une note du 12 septembre 2011, le SMR a indiqué, sur la base de ces éléments médicaux, que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. La capacité de travail était nulle dans toute activité.
20. Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait examiné son degré d'invalidité et constaté que celui-ci n'avait pas changé au point d'influencer le droit à la rente. Elle continuait donc à bénéficier de la même rente, fondée sur un degré d'invalidité de 46%.
21. Le 30 juin 2014, l'assurée a requis une révision de sa rente d'invalidité, signalant une aggravation de son état de santé. En annexe à son courrier figurait un rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_ du 23 juin 2014, laquelle écrivait que l'assurée poursuivait son traitement médicamenteux et psychothérapeutique pour sa maladie psychiatrique, ainsi que pour ses douleurs articulaires, dorsales et musculaires. Malgré une équipe pluridisciplinaire, son état de santé psychique s'était péjoré. Elle avait régulièrement des inflammations à plusieurs articulations.
22. Dans son rapport du 23 septembre 2014, la Dresse J\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée souffrait d'un trouble psychiatrique chronique, d'une anxiété généralisée, d'une dépression récurrente sévère, et d'un délire enkysté qui devenait de plus en plus incontrôlable. Son état de santé s'était péjoré depuis ces trois dernières années, impactant de manière importante son état physique, notamment les douleurs du dos et des épaules. Les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient les suivantes : troubles du sommeil important, peur de s'endormir, crises de paniques caractérisées par des symptômes neurovégétatifs, tels que tachycardie, tachypnée, boule à l'estomac, gorge serrée, bouche sèche, mains moites, mains tremblantes, tension énorme au niveau de la nuque et du dos. Elle présentait un dysfonctionnement social, et n'était plus en mesure d'effectuer ses tâches quotidiennes (ménage, repas, commissions, budget).
23. Dans son rapport du 8 octobre 2014, la doctoresse K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a noté que l'assurée s'était plainte de lombalgies chroniques en juin 2014, lesquelles s'étaient améliorées lors de la consultation du 23 septembre 2014 grâce à la physiothérapie. La praticienne avait constaté un syndrome cervical avec une nette diminution de la mobilité cervicale dans tous les plans. L'épaule droite était diffusément douloureuse, sans signe inflammatoire. La mobilité active, à l'inverse de la mobilité passive, était limitée dans tous les plans en raison des douleurs. Elle a conclu à l'absence de signe de capsulite rétractile, mais à une tendinopathie aiguë, peut-être sur calcifications de la coiffe des rotateurs versus cervicobrachialgies. L'évolution devait être évaluée lors de la consultation de mi-octobre.
24. Dans son rapport du 27 octobre 2014, la doctoresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des troubles anxieux sévères chroniques, et des lombagos récidivants, pour lesquels elle avait adressée l'assurée à la Dresse K\_\_\_\_\_. Afin d'évaluer

l'incapacité de travail, la praticienne invitait l'OAI à se renseigner auprès du psychiatre traitant. S'agissant des limitations fonctionnelles dans une activité adaptée, la praticienne invitait l'OAI à s'informer auprès de la Dresse K\_\_\_\_\_ et du psychiatre traitant.

25. Dans son avis du 15 juillet 2015, le SMR, se référant aux données médicales précitées, a considéré que les diagnostics psychiatriques demeuraient inchangés. Les limitations fonctionnelles liées à ces atteintes-ci étaient par contre majorées. En définitive, il a retenu que l'état de santé psychique, lequel avait un impact négatif sur les douleurs du dos et des épaules, s'était aggravé depuis la dernière décision de septembre 2011. En l'absence d'éléments médicaux suffisants pour pouvoir déterminer les répercussions fonctionnelles de cette aggravation dans la sphère ménagère, le SMR proposait, en particulier, de mandater une nouvelle enquête ménagère.
26. Dans son rapport du 14 septembre 2015, la Dresse J\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation de l'état de santé depuis l'hiver 2014. Les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome psychotique (F 33.3), de troubles paniques, anxietés épisodique paroxystique (F 41.0), et de dorsalgies et douleurs des épaules avaient une influence sur la capacité de travail, jugée nulle. Les limitations fonctionnelles retenues étaient quasi identiques à celles listées dans son rapport précédent.
27. Dans une note du 27 novembre 2015, le SMR a indiqué que les diagnostics et les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient identiques à ceux relevés par la Dresse J\_\_\_\_\_ en 2011, ce qui justifiait toujours une incapacité de travail totale dans toute activité. Sur le plan rhumatologique, la situation était stable ; la Dresse - K\_\_\_\_\_ avait exposé que le syndrome lombovertébral s'était amélioré, et la tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, sans signe de capsulite rétractile, existait de longue date et avait déjà été prise en compte lors de la décision d'octroi de rente. La situation médicale demeurait inchangée depuis la communication du 12 septembre 2011.
28. Par décision du 1<sup>er</sup> mars 2016, l'OAI a confirmé les termes de son projet, et rejeté la demande de révision ; les nouveaux éléments médicaux ne modifiaient pas le degré d'invalidité.
29. Par acte du 30 mars 2016, l'assurée a indiqué former « opposition » à cette décision par devant la chambre de céans, expliquant que son état de santé s'était aggravé depuis juillet 2014, en dépit de consultations auprès de divers médecins, dont la liste était mentionnée dans son écriture. Elle ne sortait plus, hormis pour se rendre à ses rendez-vous. Elle n'était plus en mesure d'exercer une activité, ni professionnelle, ni domestique. Elle n'assumait plus les tâches, même les plus simples, de la vie quotidienne. Son époux s'occupait de l'intendance, des repas et du courrier. Elle remerciait de prendre sa requête en considération, et restait à



---

disposition « pour tout renseignement complémentaire. Ainsi que la Dresse J\_\_\_\_\_ pour un rapport médical ».

30. Dans sa réponse du 17 mai 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant à la motivation contenue dans la décision querellée.
31. Copie de cette écriture a été transmise à l'assurée, et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 1<sup>er</sup> mars 2016 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives à la révision 6a de ladite loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322).

4. Le recours, déposé dans le délai, compte tenu de la suspension des délais de recours du 7<sup>e</sup> jour avant Pâques au 7<sup>e</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 89C let. a de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA – RS/GE E 5 10]), est recevable. On relèvera, par ailleurs, que, nonobstant la qualification inexacte de son recours en tant qu'opposition, on comprend que l'assurée conteste la décision du 1<sup>er</sup> mars 2016, de sorte qu'il y a lieu de considérer que les exigences de forme et de contenu légales sont satisfaites (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA).
5. Le litige consiste à déterminer s'il existe une aggravation de l'état de santé de l'assurée modifiant son degré d'invalidité depuis la décision du 6 novembre 2009 lui allouant un quart de rente.
6. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).
7. 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 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3; 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 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 I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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). Une communication de prolongation de la rente (art. 74ter let. f du Règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]) peut être assimilée à la dernière décision entrée en force, à condition qu'elle repose sur un examen matériel du droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1). Une communication rendue par l'administration, lorsqu'elle s'est contentée de recueillir l'avis du médecin traitant, ne peut se voir conférer la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.1 et 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2). En revanche, une communication reposant sur une expertise et une constatation des faits pertinents d'ordre médical et leur incidence sur la capacité de gain de l'assuré a été considérée comme une base de comparaison déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_123/2011 du 7 novembre 2011 consid. 4).

8. 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<sup>er</sup> janvier 2008).

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

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

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8 ; arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I. 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

10. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), 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. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que 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 étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss

---

consid. 2b). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

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

11. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27<sup>bis</sup> RAI, ainsi que les art. 16 LPGa et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps

devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

12. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

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

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

13. a. 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).

b. 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que

les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

c. 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).

14. 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).
15. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
16. a. En l'espèce, il convient en principe de comparer la situation existant au moment de la communication de prolongation de la rente du 12 septembre 2011 (art. 74ter let. f RAI), laquelle peut être assimilée à la dernière décision entrée en force, à condition qu'elle repose sur un examen matériel du droit, avec l'état de fait existant lors de la décision du 1<sup>er</sup> mars 2016 refusant la demande de révision.



Toutefois, la communication du 12 septembre 2011, aux termes de laquelle l'assurée continuait à bénéficier d'une rente entière d'invalidité, ne repose pas sur un examen matériel du droit. En effet, cette communication a été émise par l'OAI sans instruction approfondie ; elle s'appuie notamment sur le rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, du 10 août 2011, laquelle relevait de nouveaux diagnostics psychiques, soit des symptômes psychotiques, une anxiété généralisée, et une phobie spécifique isolée. La praticienne avait en outre mis en évidence que l'assurée présentait une limitation de ses bras, de sa nuque et de ses hanches, les objets tombaient de ses mains lors d'inflammations de capsulite qui étaient assez fréquentes. Dans ces circonstances, l'administration aurait dû recourir à une expertise médicale, ainsi qu'à une nouvelle enquête ménagère pour vérifier si l'empêchement fixé le 6 décembre 2004 était modifié.

Par conséquent, c'est en comparant la situation à celle qui a donné lieu à la décision initiale du 6 novembre 2007, laquelle comprend un véritable examen du droit à la rente, qu'il y a lieu de déterminer si une aggravation s'est produite.

b. À l'appui de sa décision du 6 novembre 2007, l'OAI s'est fondé sur l'expertise COMAI du 28 avril 2004, dans laquelle les diagnostics posés étaient, sur le plan rhumatologique, un syndrome polyalgique idiopathie diffus d'étiologie indéterminée, sans conséquence sur la capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles retenues eu égard à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, soit éviter les mouvements d'élévation antérieure au-dessus de 90° de manière répétée de l'épaule droite, et les mouvements de rotation extrême de cette articulation. Sur le plan psychiatrique, l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et un trouble de la personnalité, entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité. L'OAI s'est également basé sur l'enquête ménagère du 6 décembre 2004, dont il ressort que l'assurée est invalide à 20.5% dans le ménage.

L'expertise COMAI revêt une pleine valeur probante ; elle se fonde sur l'analyse du dossier médical, les examens cliniques et l'anamnèse. Les plaintes de l'assurée sont relatées, l'appréciation de la situation médicale est claire, et les conclusions sont convaincantes.

Il en va de même s'agissant de l'enquête ménagère susvisée, dont le contenu est détaillé et fiable. Cela dit, l'enquêtrice avait relevé que le statut de l'assurée était peu clair. Devant cette incertitude, lors d'un entretien de celle-ci et de son époux le 9 février 2005, l'OAI a tenté d'élucider le temps de travail respectif effectué dans le salon de coiffure entre février 1998 et novembre 1999, sans succès. L'OAI s'est alors référé, pour connaître la part de l'activité professionnelle, au rapport d'expertise COMAI, lequel indique que l'assurée travaillait à temps partiel de « 10h à 16h ». Alors que ledit rapport ne précise pas s'il s'agit d'un horaire quotidien (de 10h du matin à 16h de l'après-midi, soit six heures par jour) ou hebdomadaire, l'OAI a estimé, devant l'impossibilité de déterminer le temps de travail exact, que l'assurée travaillait, avant son atteinte, en moyenne treize heures par semaine, soit

---

une part active de 31%. Vu que l'instruction menée par l'OAI n'a pas permis de clarifier ce point, et que l'audition des époux n'apportera pas une réponse significative (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a), il y a lieu de retenir, à l'instar de l'OAI, que l'assurée a un statut mixte, c'est-à-dire qu'avant son atteinte, elle pratiquait une activité lucrative à temps partiel, et consacrait le reste de son temps à son ménage. C'est d'ailleurs ainsi qu'on comprend le courrier de l'assurée du 28 juin 2002, dans lequel elle avait affirmé avoir travaillé « quelque temps dans le salon de coiffure comme réceptionniste ». Elle avait également déclaré à l'enquêtrice qu'elle travaillait dans ce salon pour « donner de l'aide quand il y avait beaucoup de travail » (rapport d'enquête sur le ménage du 6 décembre 2004), ce qui semble être corroboré par les décomptes de salaire soumis à cotisations AVS de l'année 1998, dont il ressort que l'assurée ne faisait pas partie de la masse salariale. De toute manière, à supposer même qu'elle travaillât à raison de six heures par jour, force est de constater que ce temps de travail est inférieur à la moyenne usuelle dans les entreprises de 41.8h.

c. Lors de sa décision du 1<sup>er</sup> mars 2016, l'OAI disposait des rapports suivants, d'un avis du SMR du 15 juillet 2015, ainsi que d'une note de celui-ci du 27 novembre 2015 :

- le rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_ du 23 juin 2014 relevant, malgré le traitement suivi, une aggravation de l'état de santé psychique, ainsi que des inflammations régulières à plusieurs articulations ;
- le rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_ du 23 septembre 2014, dans lequel la praticienne a posé les diagnostics de trouble psychiatrique chronique, d'anxiété généralisée, d'une dépression récurrente sévère, et d'un délire enkysté, lequel devenait de plus en plus incontrôlable. L'état de santé de l'assurée, aggravé depuis ces trois dernières années, impactait de manière importante son état physique, notamment les douleurs du dos et des épaules. Les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient les suivantes : troubles du sommeil important, peur de s'endormir, crises de paniques caractérisées par des symptômes neurovégétatifs, tels que tachycardie, tachypnée, boule à l'estomac, gorge serrée, bouche sèche, mains moites, mains tremblantes, tension énorme au niveau de la nuque et du dos. Elle présentait un dysfonctionnement social, et n'était plus en mesure d'effectuer ses tâches quotidiennes (ménage, repas, commissions, budget) ;
- le rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2014, à teneur duquel les lombalgies chroniques dont s'était plainte l'assurée en juin 2014, s'étaient améliorées lors de la consultation du 23 septembre 2014 grâce à la physiothérapie. La praticienne avait constaté un syndrome cervical avec une nette diminution de la mobilité cervicale dans tous les plans. L'épaule était diffusément douloureuse, sans signe inflammatoire. La mobilité active, à l'inverse de la mobilité passive, était limitée dans tous les plans en raison des douleurs. Elle a conclu à l'absence de signe de capsulite rétractile, mais

à une tendinopathie aiguë, peut-être sur calcifications de la coiffe des rotateurs versus cervicobrachialgies ;

- le rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2014, aux termes duquel l'assurée souffrait de troubles anxieux sévères chroniques et de lombagos récidivants pour lesquels elle avait adressé cette dernière à la Dresse K\_\_\_\_\_. La praticienne ne s'est toutefois pas prononcée sur la capacité de travail ni sur les limitations fonctionnelles, invitant l'OAI à s'informer auprès de la Dresse K\_\_\_\_\_ et du psychiatre traitant ;
- le rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_ du 14 septembre 2015 fait état d'une aggravation de l'état de santé depuis l'hiver 2014. Les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec syndrome psychotique, de troubles paniques, anxiétés épisodique paroxystique, et de dorsalgies et douleurs des épaules avaient une influence sur la capacité de travail, jugée nulle. Les limitations fonctionnelles énumérées étaient quasi identiques à celles listées dans son rapport précédent ;
- l'avis du SMR du 15 juillet 2015 retient une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée, au vu des rapports précités, entraînant des répercussions négatives sur les douleurs du dos et des épaules, de sorte que le SMR proposait la mise en œuvre d'une nouvelle enquête ménagère pour déterminer les conséquences fonctionnelles de cette aggravation dans la sphère ménagère ; et
- la note du SMR du 27 novembre 2015 mentionne que les diagnostics et les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient identiques à ceux relevés par la Dresse J\_\_\_\_\_ en 2011, justifiant toujours une incapacité de travail totale dans toute activité. Sur le plan rhumatologique, toutefois, la situation était stable ; la Dresse K\_\_\_\_\_ avait exposé que le syndrome lombovertébral s'était amélioré, et la tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, sans signe de capsulite rétractile, existait de longue date et avait déjà été prise en compte lors de la décision d'octroi de rente. La situation médicale demeurait inchangée, selon le SMR, depuis la communication du 12 septembre 2011.

d. Sur cette base, l'OAI a rejeté la demande de révision, considérant que les éléments médicaux précités ne modifiaient pas le degré d'invalidité de l'assurée. La chambre de céans constate, cependant, que l'administration n'a pas suffisamment instruit le dossier, ce à plusieurs égards.

En premier lieu, sur le plan somatique, quand bien même le rapport d'expertise COMAI du 28 avril 2004, relativement ancien, a retenu des limitations fonctionnelles de l'épaule droite, en raison d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, n'entraînant aucune conséquence sur la capacité de travail dans une activité adaptée, force est de constater que, depuis août 2011, les médecins traitants relèvent une aggravation des atteintes aux articulations : l'assurée présentait une

limitation des mouvements de ses bras, de sa nuque et des hanches. « Tout lui tombait des mains lors des inflammations de capsulite qui étaient assez fréquentes » (rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_ du 10 août 2011) ; elle éprouvait des douleurs articulaires, dorsales et musculaires, et avait régulièrement des inflammations à plusieurs articulations (rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_ du 23 juin 2014) ; bien qu'en septembre 2014, l'assurée eût des douleurs à l'épaule droite, sans signe inflammatoire, ni une capsulite rétractile, elle souffrait d'une tendinopathie aiguë (rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2014), diagnostic dont le caractère « aigu » n'est pas mis en évidence dans l'expertise du 28 avril 2004. La Dresse K\_\_\_\_\_ mentionne dans ce rapport que l'évolution de cette atteinte devait être évaluée lors de la consultation de mi-octobre. Or, le dossier ne contient aucun rapport relatif à cette consultation.

En second lieu, certes l'aggravation de l'état de santé psychique, retenu par le SMR dans son avis du 15 juillet 2015, n'entraîne-t-elle pas une modification du taux d'invalidité dans l'activité lucrative, puisque l'assuré présente, sur le plan psychiatrique, une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 1999 selon les rapports médicaux. Cela étant, pour calculer l'évaluation du taux d'invalidité global de l'assurée ayant un statut mixte, il est indispensable de déterminer tant le taux d'invalidité dans l'activité lucrative que dans la sphère ménagère. Or, alors que la Dresse J\_\_\_\_\_ a mis en exergue, dans son rapport du 23 septembre 2014, que l'assurée n'était plus capable d'effectuer ses tâches quotidiennes (ménage, repas, commissions) – activités dont elle se chargeait à teneur du rapport d'enquête ménagère du 6 décembre 2004, lequel est relativement ancien -, et que le SMR a relevé dans son avis précité la nécessité de diligenter une nouvelle enquête ménagère, eu égard à l'impact négatif de l'état de santé psychique sur les douleurs du dos et des épaules, force est de constater qu'une telle enquête n'a pas été réalisée pour pouvoir juger des empêchements de l'assurée à assumer ses tâches ménagères.

Enfin, il ressort du questionnaire pour la révision de la rente du 18 décembre 2010 que l'assurée a repris une activité professionnelle en 2010 en tant que maman de jour, activité qu'elle poursuivait périodiquement en 2011, à teneur du rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_ du 10 août 2011. Eu égard au fait que les psychiatres ayant examiné l'assurée ont systématiquement retenu une incapacité de travail totale dans toute activité, force est de constater que son état de santé psychique ne l'empêche pas d'exercer une certaine activité professionnelle, de sorte qu'elle semble encore exploiter économiquement une capacité résiduelle de travail, dont il conviendra de tenir compte dans l'appréciation de sa capacité de gain et, partant, de son invalidité.

e. Au vu de ce qui précède, l'instruction de l'OAI s'avère incomplète et la chambre de céans n'est pas en mesure, en l'état du dossier, de déterminer si l'assurée a subi une aggravation de son état de santé sur le plan rhumatologique ; les douleurs aux articulations rendent indispensable l'examen de leurs interactions avec les diagnostics psychiatriques et de leurs répercussions sur la capacité de travail. Partant, la cause est renvoyée à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise

interdisciplinaire, comprenant un volet rhumatologique et psychiatrique. Un renvoi se justifie d'autant plus qu'une telle expertise n'a pas été réalisée dans le cadre de la procédure de révision. Il incombera notamment aux experts de se prononcer sur tous les diagnostics et limitations fonctionnelles, l'influence des différentes atteintes sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, et l'évolution de cette dernière depuis le 6 novembre 2007, date de la première décision d'octroi d'un quart de rente.

Cela fait, il appartient également à l'OAI d'effectuer une nouvelle enquête ménagère.

17. En conséquence, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et le dossier renvoyé à l'OAI afin qu'il procède conformément aux considérants.
18. L'assurée, qui n'est pas représentée, n'a pas droit à des dépens.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 89H al. 4 LPA) depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'OAI 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. L'admet partiellement, et annule la décision du 1<sup>er</sup> mars 2016.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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