

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4540/2017

ATAS/750/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 août 2019

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée rue Rothschild 42, GENÈVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael
RUDERMANN

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Georges ZUFFEREY et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, mariée, mère de deux enfants, nés le _____ 1995 (fille), respectivement le _____ 1999 (fils), a exercé divers emplois avant d'exploiter un bureau de tabac de 2000 à 2005. Hormis quelques activités ponctuelles pour une société de nettoyage en 2007 et 2008 (corroborées par l'extrait du compte individuel AVS), elle n'a plus exercé d'activité lucrative depuis 2005.
2. L'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), le 27 septembre 2011. Elle invoquait une dépression existant depuis 2000. Dans le cadre de l'instruction de cette affaire, elle s'était soumise à un examen auprès du docteur B_____, médecin spécialiste du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), lequel avait posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) et de dysthymie (F34.1), sans répercussion sur la capacité de travail (ci-après: CT). Selon l'examineur, la CT était entière dans toute activité depuis le 11 mai 2010.

Ainsi, par décision du 18 juin 2013, l'OAI a nié le droit de l'assurée aux prestations AI, décision confirmée sur recours par arrêt de la chambre de céans du 9 décembre 2013 (ATAS/1207/2013). Cet arrêt n'a pas fait l'objet d'un recours au niveau fédéral.

3. Dans un rapport spontané adressé à l'OAI le 12 février 2016, le nouveau psychiatre traitant, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a fait état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente. Il a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3). La CT était nulle depuis le 12 janvier 2015, date à laquelle le suivi avait débuté, en raison d'hallucinations visuelles et auditives, un délire de persécution, symptôme dépressif sévère avec des idées noires et parfois suicidaires. L'assurée s'isolait dans sa chambre et ne communiquait qu'avec grande difficulté. Elle n'avait aucune résistance, sa capacité d'adaptation était nulle et elle ne sortait de chez elle qu'avec l'aide de tiers.
4. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, le 7 mars 2016, par l'intermédiaire de son nouveau psychiatre traitant.
5. Dans un avis du 7 septembre 2016, le SMR (Dresse D_____) a considéré que l'aggravation était rendue plausible. Dans la suite d'un entretien téléphonique que le médecin SMR avait eu le 1^{er} septembre 2016 avec le psychiatre traitant, l'OAI était invité à adresser un courrier au Dr C_____ afin de répondre aux questions ou demandes de renseignements suivants: décrire de manière détaillée l'évolution de la maladie depuis le mois de janvier 2015; décrire le status psychiatrique actuel, avec toutes les limitations fonctionnelles; détailler le traitement prescrit depuis 2015 et la réponse clinique au traitement; indiquer le projet thérapeutique actuel; indiquer si la

compliance est satisfaisante; estimer la CT dans l'activité respectant les limitations fonctionnelles, et si une CT existe, déterminer la date de la réadaptation exigible.

6. Le psychiatre traitant a donné suite à cette demande dans un rapport complémentaire du 7 octobre 2016. Pour l'essentiel, il a indiqué que le suivi médical était compliqué en raison des symptômes psychotiques de la patiente qui l'empêchaient souvent de consulter ou de sortir de chez elle. Le psychiatre traitant s'était dès lors rendu au domicile de l'assurée à de nombreuses reprises et avait pu constater que son état psychique était responsable de son incapacité de sortir ou même de téléphoner. Plusieurs traitements avaient été tentés, sans résultats probants. Des infirmières à domicile spécialisées en psychiatrie s'étaient rendues chez elle pour la distribution de médicaments, mais aucune amélioration n'avait pu être constatée. En début d'été (juillet 2016), la mère de la patiente était décédée; la mère ayant été d'un grand soutien pour sa fille, le médecin a constaté, suite à son décès, une nouvelle aggravation de l'état de la patiente, surtout des symptômes psychotiques. Décrivant le status psychiatrique actuel, le médecin a relevé une humeur triste, des pleurs, insomnie, apathie, perte de l'élan vital, fatigue, pessimisme, désespoir, idéation de culpabilité et de dévalorisation, perte de poids, libido inexistante, capacité de concentration, d'adaptation et de compréhension limitée, et idées noires. Les limitations fonctionnelles (psychiques) étaient les suivantes: résistance fortement diminuée, difficultés de concentration et de raisonnement, apathie, fatigue, et adaptation limitée. En raison d'hallucinations visuelles et auditives, la patiente se sentait très persécutée et n'arrivait quasiment pas à sortir de chez elle. Au sujet du projet thérapeutique, le médecin a retenu que plusieurs consultations aux urgences psychiatriques avaient eu lieu ces derniers mois. Le projet était d'éviter une longue hospitalisation et de garder quelques liens sociaux. Le pronostic était sombre. La compliance était satisfaisante. Il a décrit la nature du traitement (hospitalisation à domicile depuis trois mois une à deux fois par semaine ainsi que prise de médicaments) et spécifié que son état était sévère; il n'y avait que peu d'amélioration possible. La CT était nulle dans toute activité.
7. Le SMR a avalisé la position du psychiatre traitant dans un avis médical final du 16 mai 2017. Le SMR concluait à une incapacité de travail totale dès janvier 2015, encore en cours.
8. Sur cette base, l'intimé a fait procéder à une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée, en sa présence, celle de sa fille et partiellement celle de son époux. Dans son rapport du 29 août 2017, l'enquêtrice (infirmière) a mentionné le diagnostic d'état dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Elle a indiqué que, sans handicap, l'assurée n'exercerait pas d'activité lucrative à ce jour. Lors de la visite à domicile la veille, celle-ci avait reconnu avoir cessé toute activité lucrative depuis 2005 et n'avoir effectué aucune recherche d'emplois depuis lors. Elle vivait de la rente AI (entière) et des prestations complémentaires de son époux. Sous la rubrique n° 3 du rapport, l'enquêtrice a noté que les personnes vivant dans le ménage étaient l'époux, présent pour les repas à la maison, et ses deux enfants, en

apprentissage, présents pour les repas du soir (sous la rubrique n°3, les renseignements requis étaient, entre autres, le point de savoir si les personnes vivant dans le ménage prenaient leur repas à l'extérieur).

En ce qui concernait la conduite du ménage (planification, organisation, répartition du travail, contrôle), l'assurée avait affirmé ne plus pouvoir réaliser les tâches ménagères comme auparavant, car elle se sentait souvent fatiguée. Sa fille l'aidait pour une partie du ménage. L'assurée avait engagé une femme de ménage depuis huit mois. Elle lui donnait des consignes, sollicitait sa fille pour qu'elle exécute certaines tâches et disait être obligée de se montrer moins exigeante qu'avant sur la propreté. La fille avait confirmé les propos de sa mère. Celle-là prenait également des initiatives dans l'organisation des tâches sans que sa mère ne lui donne toujours des consignes. Ce champ d'activité était pondéré à 4 %, l'empêchement à 60 % et l'exigibilité à 30 %.

L'enquêtrice a spécifié que, dans le poste susmentionné et les suivants, les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport du Dr C_____ (résistance fortement diminuée, difficultés de concentration et de raisonnement, apathie, fatigue, adaptation limitée, insomnies, perte de l'élan vital) avaient été prises en compte.

En ce qui concernait l'alimentation (préparation, cuisson, service, travaux de nettoyage de la cuisine, provisions), avant son atteinte à la santé, l'assurée préparait les repas du soir avec l'aide de sa mère si cette dernière était présente à la maison. À midi, ses enfants et son époux ne rentraient pas manger. L'assurée faisait le nettoyage courant de la cuisine. Depuis janvier 2015, celle-ci préparait elle-même deux à trois repas (simples) par semaine. Elle mangeait parfois des repas prêts à l'emploi qu'elle n'avait plus qu'à réchauffer. La sœur de l'assurée confectionnait des repas qu'elle lui apportait trois à quatre fois par semaine. La fille de l'assurée cuisinait également parfois. Les enfants faisaient la vaisselle à tour de rôle. Ce champ d'activité était pondéré à 50 %, l'empêchement à 60 % et l'exigibilité à 30 %.

En ce qui concernait l'entretien du logement (épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, faire les lits), depuis huit mois, l'assurée avait engagé une femme de ménage qui venait tous les quinze jours. Cette dernière passait l'aspirateur et la serpillière, changeait les draps et effectuait les gros nettoyages. Les enfants entretenaient leur chambre. La fille de l'assurée passait l'aspirateur et faisait le nettoyage courant de la salle de bains et des WC, entre les passages de la femme de ménage. Lors de la visite à domicile, l'appartement était propre et ordonné. Ce champ d'activité était pondéré à 20 %, l'empêchement à 60 % et l'exigibilité à 30 %.

En ce qui concernait les emplettes et les courses diverses (poste, assurances, services officiels), l'assurée, comme avant son atteinte à la santé, se déplaçait pour les commissions en France avec une amie qui possédait une voiture. Elle faisait

quelques courses légères dans le quartier tous les quinze jours, accompagnée de sa fille, car elle n'aimait pas sortir seule (alors qu'autrefois, elle faisait les courses dans le quartier plusieurs fois par semaine pour acheter des produits frais). Après son atteinte, sa fille achetait au quotidien des produits frais (surtout du pain). L'époux s'occupait des tâches administratives, comme auparavant. Une fiduciaire aidait la famille pour les impôts et la rédaction de certains courriers. Ce champ d'activité était pondéré à 10 %, l'empêchement à 30 % et l'exigibilité à 30 %.

En ce qui concernait la lessive et l'entretien des vêtements (laver, suspendre, ramasser, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures), avant son atteinte à la santé, l'assurée faisait la lessive à la buanderie de l'immeuble. Elle était aidée par sa fille pour transporter les sacs de linge et pour étendre le linge. La mère de l'assurée lui apportait de l'aide pour le repassage lorsqu'elle était présente à la maison. Après son atteinte, l'assurée descendait à la buanderie de l'immeuble avec l'aide de sa femme de ménage pour y mettre la lessive. Sa fille étendait le linge dans l'appartement pour le faire sécher. Le repassage était fait par l'IMAD (Institution genevoise de maintien à domicile) pour l'assurée et son époux. Les enfants se chargeaient de leur propre repassage. Ce champ d'activité était pondéré à 20 %, l'empêchement à 50 % et l'exigibilité à 30 %.

En ce qui concernait les soins aux enfants ou autres membres de la famille, les enfants étaient totalement autonomes.

Enfin, s'agissant du poste « divers », l'assurée ne participait à aucune activité d'utilité publique, n'avait pas d'animaux domestiques ni de plantes.

L'empêchement pondéré dans l'activité ménagère sans exigibilité était de 55 % alors qu'il était de 25 % avec exigibilité. L'exigibilité retenue de 30 % était motivée par le fait que l'assurée vivait sous le même toit que son époux et ses deux enfants en âge adulte (18 et 22 ans). Les enfants pouvaient participer à la réalisation des tâches ménagères. La fille était actuellement présente à la maison car sans emploi et dans l'attente de terminer quelques cours théoriques pour la certification de son apprentissage.

La feuille récapitulative des calculs de l'enquête ménagère mentionnait les chiffres suivants :

Champ d'activités	Exigibilité	Pondération champ d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
Conduite du ménage	30 %	3 %	60 % 30 %	1,8 % 0,9 %
Alimentation	30 %	47 %	60 % 30 %	28,2 % 14,1 %

Entretien du logement	30 %	20 %	60 % 30 %	12 % 6 %
Emplettes et courses diverses	30 %	10%	30 % 0 %	3 % 0 %
Lessive/entretien des vêtements	30%	20%	50% 20 %	10 % 4 %
Soins aux enfants et aux autres membres de la famille	0 %	0 %	0 % 0 %	0 % 0 %
Divers	0 %	0%	0 % 0 %	0 % 0%
Total du champ d'activité				100 %
Total de l'exigibilité retenue				30 %
Total-empêchement pondéré sans exigibilité				55%
Total – empêchement pondéré avec exigibilité				25%

9. Dans une note interne du 31 août 2017, l'OAI a retenu pour l'assurée un statut ménager. Arrivée en Suisse à l'âge de 24 ans, elle avait été employée en tant qu'aide cuisinière, danseuse, hôtesse de cabaret, employée de massage pendant environ trois ans. Elle n'avait pas eu d'emploi pendant deux ans avant de reprendre une activité comme barmaid et caissière. Elle avait ensuite exercé jusqu'en 2005 une activité indépendante puis avait été femme au foyer. Sans atteinte à la santé, elle aurait continué son activité de ménagère.
10. Le même jour, l'OAI a rendu un projet de décision refusant la rente d'invalidité. Le statut d'assurée retenu était celui d'une personne non active, consacrant tout son temps à ses travaux habituels. Le SMR reconnaissait que cette dernière présentait une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité depuis le mois de janvier 2015, début du délai d'attente d'un an. Se référant à l'enquête ménagère effectuée, dont il ressortait que les empêchements rencontrés s'élevaient à 25 %, l'OAI a conclu qu'un taux inférieur à 40 % n'ouvrait pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, sous forme de rente.
11. Par courrier du 22 septembre 2017, le psychiatre traitant s'est déclaré stupéfait de l'estimation des empêchements de sa patiente dans ses travaux habituels. Lors de ses nombreuses visites à domicile, il avait pu constater qu'elle se trouvait à chaque fois dans l'incapacité d'effectuer quelques travaux habituels que ce soit. Il estimait l'empêchement à 90 %. Il relevait en outre que l'assurée avait travaillé en Suisse durant plus de quinze ans et avait arrêté d'exercer une activité en 2008, suite à la maladie qui l'affectait encore à l'heure actuelle. Si elle n'était pas malade, elle souhaiterait travailler à 75 %.

12. Par courrier du 11 octobre 2017 de son mandataire, l'assurée a, de son côté, contesté ce projet de décision. Le statut d'assurée devait être un statut mixte, active à 75 % (taux résultant du courrier de son psychiatre traitant du 22 septembre 2017 au terme duquel la patiente souhaiterait travailler à ce taux-là) et non active à 25 %. Or, comme le SMR admettait une incapacité totale de travailler depuis janvier 2015, dans toute activité pour des raisons psychiques, cette incapacité de travail se confondait avec le degré d'invalidité (en l'occurrence 100 % de 75 %), auquel s'ajoutait le taux de l'incapacité à exécuter les tâches ménagères, de sorte qu'une rente entière lui était due. Elle contestait de toute manière la moindre valeur probante à l'enquête ménagère, dès lors que les taux retenus par l'enquêtrice n'étaient pas motivés. Le rapport d'enquête comportait également des éléments contradictoires (différences de chiffres entre le corps du rapport et les chiffres mentionnés dans le tableau récapitulatif - ainsi à titre d'exemple : taux de pondération du champ d'activités concernant la conduite du ménage [4 % dans le texte contre 3 % dans le tableau], et pour l'alimentation [50 % dans le texte contre 47 % dans le tableau]). En outre, le psychiatre traitant qui s'était rendu à plusieurs reprises au domicile, et qui s'y rendait encore deux fois par semaine pour des visites à domicile en raison de son état de santé, estimait l'empêchement dans la sphère ménagère à 90 %. Enfin, le psychiatre traitant avait attesté que sa patiente n'arrivait pas à sortir de chez elle en raison de ses symptômes psychotiques, ni à téléphoner, et qu'elle s'isolait dans sa chambre. Ces éléments étaient peu compatibles avec les conclusions du rapport de l'enquête économique.
13. Dans un rapport de l'enquête économique sur le ménage du 16 octobre 2017, qui annulait et remplaçait celui du 29 août 2017, pour tenir compte des remarques faites par le Dr C_____, l'enquêtrice a retenu un empêchement de 90 % en ce qui concernait l'entretien du logement. Elle a établi un nouveau tableau, comprenant les données suivantes :

Champ d'activités	Exigibilité	Pondération champ d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
Conduite du ménage	30 %	3 %	60 % 30 %	1,8 % 0,9 %
Alimentation	30 %	47 %	60 % 30 %	28,2 % 14,1 %
Entretien du logement	30 %	20 %	90 % 60 %	18 % 12 %
Emplettes et courses diverses	30 %	10 %	30 % 0 %	3 % 0 %
Lessive/entretien des vêtements	30 %	20 %	50 % 20 %	10 % 4 %

Soins aux enfants et aux autres membres de la famille	0 %	0 %	0 %	0 %
Divers	0 %	0%	0 %	0 %
Total du champ d'activité				100 %
Total de l'exigibilité retenue				30 %
Total-empêchement pondéré sans exigibilité				61%
Total – empêchement pondéré avec exigibilité				31%

14. Par décision du 20 octobre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations du 8 mars 2016. Il avait pris note des objections de l'assurée en ce qui concernait son statut et l'évaluation des empêchements retenus dans le cadre de l'enquête ménagère du 29 août 2017. Il avait également pris note de ce que l'assurée avait vendu son commerce pour des raisons de santé, constatant toutefois qu'elle ne produisait aucun document probant permettant de remettre en question le statut retenu. L'assurée affirmait être devenue mère au foyer et n'avoir fait aucune recherche d'emploi depuis la vente de son commerce en 2005. Il convenait également de relever que le SMR retenait une incapacité de travail totale à compter de janvier 2015, soit dix ans après la vente du commerce. L'OAI avait également soumis une nouvelle fois le dossier à l'enquêtrice ayant effectué l'enquête ménagère. Il ressortait de ce nouvel examen du dossier que les chiffres qui avaient été effectivement retenus dans les conclusions de l'enquête avaient mal été reportés, de sorte que les chiffres concernés avaient été rectifiés. S'agissant de l'entretien du logement, il avait également été tenu compte des remarques du psychiatre traitant, de sorte que les chiffres concernés avaient été réévalués à la hausse. Les autres explications figurant dans le rapport du 29 août 2017, correspondant aux dires de l'assurée, confirmées par sa fille, n'avaient pas lieu d'être modifiées. À l'issue de l'instruction médicale, le SMR reconnaissait que l'assurée présentait une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité depuis le mois de janvier 2015 (début du délai d'attente d'un an). Celle-ci entraînait des limitations fonctionnelles dans l'exercice de ses travaux habituels. Quant à l'évaluation de ses empêchements, l'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assurée avait abouti au constat que les empêchements rencontrés s'élevaient à 31 %. Un taux inférieur à 40 % excluait le droit à une rente.
15. Le 24 octobre 2017, l'OAI a reçu, par l'intermédiaire du conseil de l'assurée, le courrier du 20 octobre 2017 du Dr C_____, aux termes duquel la sévérité de l'état de santé de sa patiente obligeait cette dernière à prendre un traitement psychotrope lourd et régulier qui contribuait à diminuer les symptômes de sa maladie, mais entraînait également des effets indésirables qui la handicapaient encore davantage

quant à la résistance et aux fonctions cognitives et motivationnelles. La maladie et les effets indésirables des médicaments occasionnaient une apathie très importante, une démotivation et un manque complet de résistance à toute activité ménagère. Plus particulièrement, dans son état, elle était incapable de faire la lessive, les emplettes ou cuisiner. Lors de l'enquête l'assurée avait pu aussi se montrer trop optimiste, pour des raisons culturelles, ayant de la peine à admettre sa triste réalité devant une dame (l'enquêtrice) qu'elle ne connaissait pas. La patiente était partiellement anosognosique de son état, ce qui pouvait entraîner une différence notable entre son ressenti et la réalité. Ainsi, le médecin était d'avis que l'exigibilité à retenir se situait entre 0 et 10 % au maximum et pour certaines activités seulement.

16. Par mémoire du 14 novembre 2017, l'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours contre la décision susmentionnée, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à l'octroi d'une rente entière, à tout le moins un trois-quarts de rente à compter du 1^{er} septembre 2016, et au renvoi du dossier à l'intimé pour calcul de la rente; subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire.

S'agissant du statut d'assurée, la recourante a fait valoir qu'il y avait lieu de lui reconnaître un statut mixte. Il ressortait du dossier qu'avant 2005, la recourante exerçait une activité à temps complet. En 2005, elle avait remis son commerce en expliquant cette démarche par ses problèmes de santé, lesquels ressortaient du dossier, même si l'évaluation de la CT elle-même avait fait l'objet de divergences entre le psychiatre traitant et l'examineur (Dr B_____, en novembre 2012). À l'époque, ce dernier avait confirmé que le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline diagnostiqué alors chez la recourante n'avait pas été une cause d'incapacité de travail durable jusqu'en 2005. A contrario cela l'avait donc été à partir de cette date. Par ailleurs, après cette date, le dossier montrait que la recourante n'avait plus repris d'activité professionnelle, hormis quelques activités ponctuelles pour une société de nettoyage en 2007 et 2008. De surcroît, il ressortait du rapport de la psychiatre traitante de l'époque (Dresse E_____, 15 février 2012) qu'en raison du trouble de la personnalité diagnostiqué, l'incapacité de travail de la patiente était totale depuis novembre 2005. Enfin, dans son rapport du 22 septembre 2017, le psychiatre traitant actuel indiquait que sa patiente avait arrêté de travailler en 2008, suite à la maladie qui l'affectait encore aujourd'hui. Comme le relevait l'intimé dans sa décision, lors de l'enquête ménagère, la recourante avait affirmé être devenue mère au foyer après avoir cessé toute activité lucrative en 2005, et n'avoir fait aucune recherche d'emploi depuis lors. Ces dires n'étaient toutefois pas déterminants, dès lors que d'une part ils étaient faux (travail épisodique en 2007 et 2008), et qu'il ressortait d'autre part dudit rapport que le suivi serait fait chez le Dr C_____, alors que ce dernier affirmait le contraire et qu'il résultait de son dernier rapport que la

recourante était partiellement anosognosique de son trouble et que, pour des raisons culturelles, elle minimisait la réalité de son état. Par ailleurs, le fait de devenir « mère au foyer » résultait d'une simple logique: celle de ne plus exercer d'activité lucrative, sans toutefois que cela ne découle d'une décision délibérée en l'occurrence. En effet, le passé médical de la patiente rendait vraisemblable que la cessation de toute activité lucrative tenait à son état de santé. Dès lors, compte tenu de l'avis du SMR, il fallait reconnaître une invalidité totale à la recourante dans l'activité professionnelle qu'elle aurait certainement continué à exercer si elle n'avait pas été invalide.

S'agissant du taux de cette activité professionnelle, le psychiatre traitant, dans son rapport du 22 septembre 2017, avait attesté que sa patiente aurait repris une activité à 75 % si elle n'avait pas été malade. Ce taux était parfaitement plausible au vu de l'activité lucrative passée de la patiente et de sa structure familiale. C'était donc ce taux de 75 % dans l'activité professionnelle qu'il convenait de retenir; ce qui donnait déjà le droit à la recourante à une rente entière d'invalidité.

S'agissant de l'empêchement dans les activités ménagères selon le rapport de l'enquête diligentée à son domicile, les conclusions de l'enquêtrice devaient manifestement céder le pas aux constatations médicales du psychiatre traitant, non pas seulement parce que la jurisprudence indique qu'en présence de troubles d'ordre psychique et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relative à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont en règle générale plus de poids que l'enquête à domicile; mais aussi en raison d'une part du fait que les rapports du psychiatre traitant étaient particulièrement détaillés, qu'il expliquait de manière convaincante pour quelles raisons l'évaluation de l'enquêtrice n'était pas réaliste, et d'autre part, en raison du fait que les constatations de l'enquêtrice n'avaient été faites qu'à l'occasion d'une seule visite, à la différence du psychiatre traitant qui les avait faites à de multiples reprises sur place. Le psychiatre expliquait en outre pour quelle raison certaines réponses données par la recourante à l'enquêtrice ne correspondaient pas à la réalité (anosognosie partielle et culture l'empêchant de reconnaître la sévérité de son état). Quant au fait que la fille de la recourante aurait confirmé ses dires, il ne pouvait s'agir d'une confirmation fiable, compte tenu du fait qu'il ressortait du rapport d'enquête qu'elle n'était présente avec sa mère que pour les repas du soir, ce qui était assurément insuffisant pour se faire une idée de l'étendue de l'empêchement de la recourante dans ses activités ménagères. À relever encore qu'à la suite des observations du psychiatre traitant, l'enquêtrice avait partiellement revu son évaluation, s'agissant de l'entretien du logement, en admettant un empêchement sans exigibilité de 90 % (contre 60 % auparavant). On ignorait cependant pour quelle raison ce taux n'avait pas été appliqué aux autres champs d'activité, alors que les motifs d'empêchement quasi-total de la recourante dans tous les domaines d'activités ménagères n'étaient pas différents.

Quant à l'exigibilité retenue, l'enquêtrice n'avait pas tenu compte de l'invalidité complète du mari. L'enquêtrice n'avait en effet pas analysé concrètement quelle aide il pourrait bien apporter dans sa situation (dépression et alcoolisme), hormis les quelques tâches administratives dont il s'occupait apparemment. Le rapport relevait en outre que le repassage était exécuté par l'IMAD. Ainsi, le rapport d'enquête ménagère ne pouvait se voir reconnaître une valeur probante. Il y avait dès lors lieu de retenir au mieux une capacité résiduelle de la recourante à s'occuper de ses tâches ménagères à hauteur de 10 %.

Sur cette base, l'invalidité dans l'activité ménagère serait de 22,5 % (90 % de 25 %), s'ajoutant à l'invalidité complète dans l'activité professionnelle (75 %), ce qui reviendrait à fixer le taux d'invalidité globale à 97,5 %, donnant droit à une rente entière. À défaut, avec le statut spécial d'une assurée consacrant complètement son temps aux tâches ménagères, alors le taux d'invalidité à retenir serait de 90 %, donnant toujours droit à une rente entière. Enfin, s'il fallait néanmoins retenir une exigibilité de 30 % dans l'exécution des tâches ménagères, le taux d'invalidité serait alors au minimum de 60 % ouvrant donc le droit à un trois-quarts de rente. Le début du droit serait fixé au 1^{er} septembre 2016 compte tenu du dépôt de la nouvelle demande en date du 7 mars 2016.

17. L'intimé a répondu au recours par courrier du 4 décembre 2017, concluant à son rejet. Il a rappelé tout d'abord qu'à l'issue de la première demande de prestations de septembre 2011, il avait refusé à la recourante le droit à toute prestation, décision confirmée par la chambre de céans dans son arrêt du 9 décembre 2013 qui retenait notamment qu'hormis quelques activités ponctuelles pour une société de nettoiyages en 2007 et 2008, elle n'avait plus exercé d'activité lucrative depuis 2005, qu'il n'y avait en particulier pas trace dans son dossier de document attestant d'une aggravation de ses troubles en 2005, et démontrant qu'ils étaient à l'origine de la cessation d'exploitation du bureau de tabac; et qu'il fallait souligner que la recourante était femme au foyer lors du dépôt de sa demande (notamment p. 2, 12 et 13 de l'ATAS considéré). En 2016, le psychiatre traitant alléguait une nette aggravation de son état de santé psychique, entraînant une procédure de révision. Le SMR (avis du 16 mai 2017) avait conclu que l'incapacité de travail de la recourante était totale depuis janvier 2015. Tout comme pour la première demande de prestations, l'intimé a considéré que la recourante devait se voir reconnaître un statut de ménagère, pour les motifs évoqués tant dans la note de statut que dans la décision litigieuse. Une simple déclaration d'intention de la recourante, et encore moins de son médecin, ne saurait suffire pour admettre son statut. Cela reviendrait à devoir fonder une décision sur un revenu hypothétique: quel que soit le taux, la preuve de la vraisemblance est dès lors réputée avoir été apportée si au regard du dossier, l'administration aboutit à la certitude que, selon toute vraisemblance, l'assuré(e) aurait repris l'activité lucrative indiquée, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Il n'existait dans le cas particulier aucun élément permettant d'admettre un

changement dans le statut, déjà retenu en 2013, notamment par la chambre de céans, comme étant celui d'une ménagère à 100 %.

Les principes invoqués par la recourante pour que soit admise la prise en considération de l'évaluation des empêchements pour les activités habituelles en donnant la préférence aux constatations d'ordre médical relative à la capacité d'accomplir les travaux habituels plutôt qu'aux résultats de l'enquête diligentée sur place ne sauraient être retenus en l'espèce, dès lors que les conditions posées par la jurisprudence pour qu'il en soit ainsi à titre exceptionnel n'étaient pas données. Du reste, les contestations du psychiatre traitant du 20 novembre 2017 avaient été prises en considération lors de la fixation des empêchements dans le ménage quant aux limitations fonctionnelles. Il convenait toutefois de rappeler que le médecin ignorait les principes juridiques à la base de l'évaluation de l'invalidité, y compris pour les assurés ayant un statut ménager. Il convenait également de tenir compte du rapport de confiance particulier existant entre le médecin traitant et son patient, dans le cadre du mandat thérapeutique. Il apparaissait ainsi qu'il n'existait pas de divergence objective permettant de remettre en cause la valeur probante du rapport d'enquête à domicile qui devait être considéré comme pleine.

S'agissant enfin de l'exigibilité, l'enquête à domicile avait pris en compte l'aide des enfants, encore présents au domicile des parents, âgés de 18 et 22 ans, et notamment de la fille qui vivait actuellement au domicile familial, car sans emploi et dans l'attente de terminer quelques cours théoriques pour la certification de son apprentissage. Par ailleurs, la surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre.

18. La recourante a brièvement répliqué par courrier du 19 décembre 2017. S'agissant du statut d'invalidé, contrairement à ce qu'affirmait l'intimé, les motifs devant conduire à retenir le statut d'active ne résultaient pas que des dires de la recourante et de son médecin traitant, mais ressortaient également du dossier comme expliqué précédemment. Au demeurant, rien n'empêchait la chambre de céans d'avoir, sur ce point, une appréciation différente de celle émise dans la composition précédente, si elle était motivée.

S'agissant de l'enquête économique sur le ménage, l'intimé prétendait que le rapport de l'infirmière qui avait rédigé cette enquête constituerait une base fiable de décision et l'emporterait sur l'avis du médecin traitant. Il ne soufflait toutefois pas un mot sur les constatations faites par le médecin traitant à domicile divergeant diamétralement de l'appréciation de l'enquêtrice, qui avait déjà dû admettre de revoir son appréciation initiale sur la base des éléments invoqués par le psychiatre traitant, ce qui rendait la crédibilité de son rapport peu évidente. L'intimé ne se déterminait pas non plus sur le fait que la recourante était partiellement anosognosique, ce qui pouvait entraîner une différence notable entre son ressenti et

la réalité. Il ne se prononçait pas davantage sur les raisons culturelles évoquées par le psychiatre traitant, qui avaient probablement poussé la recourante à minimiser la gravité de son état de santé lors de l'enquête. La recourante voyait également une contradiction dans l'attitude de l'intimé qui d'un côté acceptait les conclusions du médecin traitant lorsqu'il s'agissait d'évaluer l'incapacité totale de travail, mais qui de l'autre, marginalisait les observations et conclusions de ce même médecin, lorsqu'il s'agissait de l'évaluation de l'empêchement économique dans le ménage. L'intimé ne s'expliquait pas non plus sur l'absence de motivation évidente de la correction partielle de l'évaluation des empêchements dans le ménage telle que préconisée par le médecin traitant, et encore sur un point seulement de l'évaluation et non pas sur les autres. Enfin, l'intimé ne se déterminait pas sur le grief invoqué selon lequel l'invalidité complète du mari l'empêchait de participer aux activités ménagères, ce qui avait une influence sur l'aide des proches à prendre en considération.

En définitive, la recourante persistait à considérer que le rapport de l'enquête ménagère ne saurait avoir la moindre valeur probante. Elle sollicitait préalablement l'audition de son psychiatre traitant et la mise en œuvre d'une expertise si la chambre de céans ne devait pas être convaincue des empêchements évoqués par le médecin traitant.

19. L'intimé a brièvement dupliqué par courrier du 11 janvier 2018. Les observations de la recourante dans sa réplique n'appelaient aucune nouvelle considération de sa part. À toutes fins utiles, il a rappelé que le statut avait été retenu sur l'ensemble des éléments du dossier et ne saurait être modifié en l'absence d'éléments suffisants, que l'enquêtrice avait tenu compte de l'appréciation du psychiatre traitant et ainsi réévalué la situation telle que cela ressortait de la décision litigieuse et du rapport du 16 octobre 2017, et qu'enfin, il n'avait pas été tenu compte de l'aide du mari dans le cadre de l'aide exigible des proches, mais uniquement de celle des enfants.
20. Le 27 juin 2018, la chambre de céans a convoqué le Dr C_____ et les parties à une audience d'enquêtes et de comparution personnelle des parties, agendée le 9 octobre 2018. L'audience d'enquêtes a été annulée en raison de l'absence justifiée du médecin. Par contre, l'audience de comparution personnelle des parties a été maintenue.
21. Par courrier du 5 octobre 2018, le Dr C_____ a fait savoir à la chambre de céans que l'état de santé de sa patiente était actuellement incompatible avec une audience au tribunal. Il serait grandement favorable qu'il puisse l'accompagner au tribunal, principalement pour l'aider à surmonter son anxiété. Il a ainsi invité la chambre de céans à reporter l'audience d'un mois.
22. La chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle, et procédé à l'audition du Dr C_____ le 17 décembre 2018.

À cette occasion, le Dr C_____, entendu comme témoin, a déclaré qu'il avait rencontré sa patiente pour la première fois début janvier 2015 lorsqu'elle avait fait

appel à son cabinet, sur conseil, en particulier, de son médecin traitant pour qu'elle puisse bénéficier d'un suivi psychiatrique régulier, car à l'époque elle était suivie par les instances des HUG, et le médecin traitant en charge de son cas changeait trop fréquemment.

Au début de son intervention, la recourante, en traitement au CTB (Centre de thérapies brèves du département de psychiatrie des HUG), était sous médicaments, soit un antidépresseur (voire deux), un neuroleptique et des benzodiazépines. Au vu de ce cocktail de médicaments, il en avait déduit qu'elle était non seulement dépressive, mais avait également des symptômes psychotiques, vu les neuroleptiques prescrits. Son état était suffisamment sévère pour qu'après quelques semaines, il envisage un séjour à la clinique de Montana. Elle supportait assez mal la médication prescrite, car elle discernait des effets secondaires : elle était apathique, sans élan vital, ce qui pouvait être un symptôme de la dépression, mais également un effet secondaire des traitements neuroleptiques.

Son cabinet, agréé comme formateur par l'ISFM (Institut suisse pour la formation médicale), comprenait diverses spécificités, notamment celle de former des internes en psychiatrie ou des psychologues. L'approche du centre, relativement nouvelle en psychiatrie, consistait en des visites à domicile, et dans la pratique d'hospitalisation à domicile. Plusieurs personnes différentes pouvaient être amenées à intervenir chez le patient.

S'agissant des commentaires et remarques que le médecin avait pu faire au sujet de l'enquête ménagère à laquelle il avait été procédé au domicile de sa patiente, il a précisé le cadre dans lequel ils intervenaient à domicile. À cet égard, il a indiqué qu'il n'était pas question dans leur démarche de procéder à des questionnements de la nature de ceux posés par les enquêtrices spécialisées, mais pour comprendre la situation du patient, ils étaient amenés à évaluer l'environnement, l'encadrement, et plus généralement le cadre de vie du patient, ce qui était utile pour affiner l'évaluation des limitations fonctionnelles, voire la sévérité du diagnostic qu'ils retenaient. À titre d'exemple, observer le contenu du frigo pouvait renseigner avec beaucoup plus de pertinence sur la personne qu'en procédant à un examen clinique. Des personnes de l'entourage pouvaient également leur fournir des indications précieuses par rapport au rythme de vie et aux facultés du patient. Les visites à domicile devaient préalablement répondre à une indication médicale qu'ils posaient. C'était au même titre que des prescriptions d'hospitalisation, dont la patiente, en l'espèce, avait dû connaître à plusieurs reprises, l'objectif étant naturellement de « ramener le patient au cabinet ». Par rapport à ce dossier, le médecin avait en tête l'intervention à domicile, voire à nouveau au cabinet de la psychologue F_____.

Lorsque le Dr C_____ s'était rendu à domicile, il avait trouvé un appartement en état normal de propreté, ce qui était rassurant; la patiente était entourée de personnes qui se souciaient d'elle et l'aidaient dans le quotidien. Il y avait en tout

cas sa fille. Il a ajouté que la situation avait pu connaître des hauts et des bas, notamment suite à des querelles familiales.

Au sujet de la fréquence et des périodes où ils avaient été amenés à intervenir à domicile, le médecin a affirmé que leurs interventions avaient été nombreuses en particulier en été 2015. En 2016, la situation avait pu tendre à nouveau vers la normale, avec la possibilité pour la patiente de revenir au cabinet, de sorte que les interventions à domicile avaient été moins nombreuses cette année-là. Elles étaient à nouveau un peu plus fréquentes depuis quelques mois, soit en 2018, avec également des hospitalisations, la dernière il y avait deux semaines environ, avec des complications au moment de sortir, car son entourage familial n'était pas unanime pour la laisser rentrer à la maison. C'était finalement son frère qui était venu la récupérer au cabinet où elle avait « débarqué ». Contrairement aux recommandations du psychiatre traitant, elle n'était pas retournée à Belle-Idée. Le médecin a relevé que dans l'évolution de l'état de sa patiente, et dans le contexte de ces interventions à domicile, à l'époque, elle souffrait d'agoraphobie, ce qui l'empêchait de sortir facilement de son domicile où elle s'isolait. Toutefois, son état avait évolué à l'inverse, recherchant tout au contraire la proximité et le contact avec les gens, de sorte qu'elle sortait de son domicile plus facilement depuis environ une année. Cette évolution était également liée à l'évolution du traitement (augmentation des benzodiazépines et changement des antidépresseurs).

Pour expliquer les sources de ces évolutions, il était nécessaire de mettre le suivi de la patiente en perspective : les patients ne se livraient pas facilement à la description de leurs symptômes psychotiques, de leurs hallucinations, ou plus légèrement des phénomènes d'ombres qu'ils évoquaient, comme des personnes voulant s'en prendre à eux. Dans les constatations qu'ils pouvaient faire, une augmentation apparente de ces symptômes pouvait soit provenir d'une meilleure capacité d'exprimer les choses, soit d'une aggravation de l'état de santé. Ces phénomènes, qui existaient au début de la prise en charge, semblaient s'améliorer avec le temps, pour reprendre d'intensité, depuis environ une année, mais encore une fois tout ceci devait être relativisé.

L'hospitalisation, deux ou trois semaines auparavant, n'était pas nécessairement un signe d'aggravation de son état. Le médecin a précisé que ce n'était pas lui qui prenait l'initiative de ces hospitalisations mais ses collègues de l'extérieur, notamment ceux qui la recevaient aux urgences, comme ce fut le cas il y avait quelques semaines, qui, la voyant arriver dans un état d'agitation psychomotrice orientée hétéro-agressif, avaient décidé de l'hospitaliser d'office, sans prendre la peine de le contacter préalablement. Il aurait pu leur expliquer le contexte et notamment envisager d'autres explications comme une phobie d'impulsion. Il y avait également parfois des idées suicidaires. L'environnement familial, notamment la maladie de son mari (sclérose en plaques) étaient également des facteurs expliquant son état d'agitation actuelle.

Les courriers des 22 septembre et 20 octobre 2017 que le médecin avait adressés à l'intimé lui ont été soumis. Il en confirmait les termes qui correspondaient bien à ce qu'il avait pu constater à l'époque, tout en précisant que la situation actuellement était bien pire, se référant à cet égard au fait que sa patiente était sortie d'hospitalisation il y avait une quinzaine de jours. Le médecin a ajouté que dans leur démarche thérapeutique à l'égard des pathologies les plus sévères, et s'agissant des capacités à accomplir les tâches ménagères, ils s'efforçaient de rechercher des solutions à travers lesquelles ces patients pouvaient développer de petites activités, qui s'apparentaient plus à de l'ergothérapie qu'à de véritables tâches ménagères. Ils s'efforçaient de favoriser l'accomplissement de ces tâches ménagères, dans une démarche de réafférentation du patient. Pour le cas de cette patiente, ces démarches n'avaient malheureusement eu que peu d'effet.

Concrètement en ce qui concernait la recourante, ils avaient pratiqué non seulement une approche d'inspiration ergothérapeutique via les infirmiers spécialisés, mais également une psychothérapie cognitivo-comportementale, dont l'objectif était de libérer les personnes de leurs blocages, de l'impression de ne pas y arriver, le tout pour illustrer la démarche de réafférentation, mais le médecin avait constaté qu'avec cette patiente, les résultats n'étaient pas satisfaisants.

23. À l'issue de l'audience de comparution personnelle, 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, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, sur le point de savoir si la recourante peut prétendre une rente d'invalidité, singulièrement sur la détermination de son statut.
5. 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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.

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).
7. Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats, ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI; art. 27 RAI).

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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir

les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1; ATAS/502/2017 du 20 juin 2017 consid. 4b).

8. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a).

Selon la jurisprudence, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5), pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. 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 ; 130 V 343 consid. 3.5.2).

Tout changement important des circonstances propres 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 (ou sur l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 526/01 du 6 mai 2002 consid. 1a) ; en outre, un changement survenu dans les travaux habituels de l'intéressé peut également constituer un motif de révision (ATF 105 V 30 consid. 1b et les références).

9. 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. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre

en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

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

Le Tribunal fédéral a confirmé le statut de non active d'une mère qui n'avait travaillé que durant deux mois en 2006, depuis son arrivée en Suisse en 1992, qui n'avait fourni aucune pièce attestant de recherches d'emplois depuis 1992, qui s'était annoncée comme femme au foyer et n'avait recherché aucun emploi avant sa maladie alors qu'elle disait avoir la volonté de travailler (arrêt du Tribunal fédéral 9C_352/2014 du 14 octobre 2014). En revanche, le Tribunal fédéral a admis le statut d'active à 100% d'une assurée, en prenant en compte les modestes revenus de son mari, les enfants désormais adultes et une activité exercée à temps complet pendant huit mois avant d'être atteinte dans sa santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_260/2013 du 9 août 2013).

10. a. En l'espèce, il y a lieu d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est péjoré depuis le rejet de la première demande de prestations par décision du 18 juin 2013, confirmée sur recours par la chambre de céans le 9 décembre 2013.

À l'époque, la recourante, qui souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) et de dysthymie (F34.1), ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'AI. Or, depuis le 12 janvier 2015, le trouble dépressif épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), diagnostiqué par le Dr C_____, entraîne une incapacité de travail totale dans toute activité, appréciation à laquelle le SMR s'est rallié.

Cela étant, l'influence d'une pathologie déterminée n'est pas forcément identique selon le domaine d'activité (professionnel ou ménager) considéré (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_352/2014 du 14 octobre 2014 consid. 3.1).

Dans l'arrêt ATAS/1207/2013 du 9 décembre 2013, la chambre de céans avait constaté que la recourante avait un statut ménager et que sa capacité à s'occuper des

travaux du ménage n'était pas altérée par les éventuelles atteintes psychiques. Aussi ne présentait-elle pas une invalidité (consid. 10). Cet arrêt, qui n'a pas fait l'objet d'un recours au Tribunal fédéral, est définitif.

Dans la décision litigieuse, l'intimé a également retenu un statut ménager et a conclu que la recourante n'était pas invalide, se référant pour cela au rapport de l'enquête économique sur le ménage du 16 octobre 2017, dont il résultait un empêchement pondéré de 31 % avec exigibilité, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

b. La recourante conteste le statut de non active retenu par l'intimé. Elle allègue que, sans atteinte à la santé, elle aurait souhaité travailler à 75 %, de sorte que son statut est mixte à raison de 75 % pour la part professionnelle et 25 % pour les travaux habituels.

La volonté hypothétique de la recourante doit cependant être confortée par des indices extérieurs qui doivent présenter un degré de vraisemblance prépondérante.

Tel n'est pas le cas in casu. S'il est vrai que la recourante a exercé diverses activités avant d'exploiter un bureau de tabac de 2000 à 2005 et qu'elle a également, après avoir vendu son commerce, collaboré au service d'une société de nettoyage en 2007 et 2008, aucune pièce, toutefois, ne corrobore le fait qu'elle aurait recherché un emploi, à tout le moins à temps partiel, à compter du 11 mai 2010, date à partir de laquelle sa capacité de travail était entière dans toute activité, jusqu'au 12 janvier 2015, date de son incapacité de travail totale dans toute activité. Or, pendant cette période relativement longue (cinq ans environ), aucune maladie incapacitante n'a été attestée. De plus, durant cette période, l'âge des enfants oscillait respectivement entre 11/15 ans (fils) et 14/19 ans (fille), soit des âges ne requérant pas que leur mère leur consacre tout son temps. En outre, bien que l'époux de la recourante souffre d'une maladie incapacitante (il est au bénéfice d'une rente d'invalidité entière), celle-ci s'est contentée de vivre de cette rente et des prestations complémentaires qu'il percevait, ne jugeant pas opportun, dans ces conditions, de rechercher un emploi, même partiel, pour éviter une situation financière difficile du ménage, étant relevé que, de toute manière, la recourante n'allègue pas avoir été (et/ou être) confrontée à une telle situation.

En définitive, l'absence de recherches d'emploi (entre 2010 et 2015) avant l'atteinte à la santé (documentée en janvier 2015) – alors que la (quasi-) autonomie des enfants aurait permis à la recourante d'exercer une activité ne serait-ce qu'à temps partiel – doit l'emporter sur la déclaration d'intention de celle-ci. Aussi est-ce à bon droit que l'intimé a retenu un statut ménager.

Il convient dès lors de déterminer si l'atteinte à la santé de la recourante, existant depuis janvier 2015, telle que diagnostiquée par le Dr C_____, pèse sur sa capacité à exercer ses activités ménagères.

11. a. 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).

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

b. Lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité d'un assuré à accomplir des tâches ménagères, un empêchement ne peut être pris en compte que si ledit assuré ne parvient plus à exécuter la tâche en question et si cette tâche doit être confiée à des tiers rétribués ou à des proches qui enregistrent de ce fait une perte de gain ou pour lesquels cela représente une charge disproportionnée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 518/2004 du 25 novembre 2005 consid. 4). Il convient donc d'examiner dans chaque cas si la personne est encore en mesure d'exécuter la tâche en question et, dans la négative, si une tierce personne rétribuée ou un de ses proches s'en occupe.

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 460 consid. 4.2 et ATF 123 V 230 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants et du conjoint) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas

atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

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).

c. Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant. Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux et du rapport d'enquête économique sur le ménage, puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_108/2009 du 29 octobre 2009 consid. 4.1 et les références).

12. 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.

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).

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. a. En l'occurrence, la recourante remet en cause la valeur probante du rapport de l'enquête économique sur le ménage du 16 octobre 2017, pour les motifs qui seront discutés ci-après.

b. Il ressort de ce document que la pondération du champ d'activité est de 3 % pour la conduite du ménage, de 47 % pour l'alimentation, de 20 % pour l'entretien du logement, de 10 % pour les emplettes et les courses diverses, de 20 % pour la lessive et l'entretien des vêtements et de 0 % pour les soins aux enfants et autres membres de la famille ainsi que pour le poste « divers ». L'enquêtrice a procédé à cette répartition en fonction de l'importance respective des différentes activités dans le cas présent. Le total des activités se monte à 100 % conformément au chiffre 3087 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, établie par l'Office fédéral des assurances sociales, dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2017, applicable in casu (CIIAI). La mention, dans le texte du premier rapport du 29 août 2017, remplacé et annulé par celui du 16 octobre 2017, d'une pondération de 4 % pour la conduite du ménage et de 50 % pour l'alimentation contre 3 %, respectivement 47 % dans le tableau, n'était qu'une erreur de plume, et sans incidence, puisqu'au final l'empêchement global avec exigibilité avait été déterminé en fonction de la répartition des activités figurant dans le tableau et du taux d'empêchement fixé dans chaque domaine. Au demeurant, la recourante ne conteste plus la pondération des activités.

c/aa. La recourante, se référant aux rapports du Dr C_____ des 22 septembre et 20 octobre 2017, fait valoir qu'elle présente un empêchement global de 90 %, et que, souffrant de troubles d'ordre psychique, les conclusions de l'enquête économique sur le ménage doivent être écartées au profit de celles du Dr C_____.

c/bb. Il convient au préalable d'examiner la valeur probante du rapport de l'enquête économique sur le ménage. En effet, en présence de troubles psychiques, si le rapport d'enquête constitue une base fiable de décision au regard des exigences jurisprudentielles, ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les résultats de l'enquête économique et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels divergent, qu'il y a lieu d'accorder plus de poids aux rapports médicaux (pour autant qu'ils soient également probants ; cf. consid. 11c ci-dessus).

La chambre de céans constate en l'occurrence que l'enquête économique sur le ménage a été effectuée par une personne qualifiée au domicile de la recourante, en présence de cette dernière et de sa fille. L'infirmière a rappelé l'atteinte à la santé dont celle-là souffre (soit un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques) et spécifié avoir pris en compte ses limitations fonctionnelles dans l'évaluation des empêchements ménagers. Elle a également relaté les indications de la recourante concernant les tâches qu'elle accomplissait avant son atteinte à la santé, celles qu'elle continue à effectuer depuis lors, seule ou avec l'aide de tiers, et celles qu'elle doit dorénavant déléguer à des proches. Les conclusions du rapport

d'enquête économique reposent donc sur un examen concret des circonstances du cas d'espèce.

En particulier, s'agissant de la conduite du ménage (qui comprend les actes suivants : planification, organisation, répartition du travail, contrôle), la recourante a déclaré à l'enquêtrice qu'elle donne des consignes à sa femme de ménage, et qu'elle sollicite sa fille pour qu'elle exécute certaines tâches. Cette dernière a également affirmé qu'elle prend des initiatives dans l'organisation des tâches sans que sa mère ne lui donne toujours des consignes. Dans ces circonstances, l'empêchement de 60 % et l'exigibilité de 30 % tiennent suffisamment compte de la situation de la recourante qui n'est pas entièrement entravée pour la conduite du ménage.

S'agissant de l'alimentation, la recourante prépare elle-même deux à trois repas (simples) par semaine et mange parfois des repas prêts à l'emploi qu'elle n'a plus qu'à réchauffer. Compte tenu du fait que la sœur de la recourante confectionne également des repas trois à quatre fois par semaine, que la fille de la recourante cuisine également parfois, que ses enfants font la vaisselle à tour de rôle et que, selon la jurisprudence, la préparation des repas peut être allégée par l'achat de produits alimentaires prêts à l'emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.3.2.1), il n'y a pas de raison de s'écarter de l'empêchement de 60 % et de l'exigibilité de 30 % retenus par l'enquêtrice, étant relevé qu'avant l'atteinte déjà, la recourante était de temps à autre aidée par sa mère pour la préparation des repas du soir.

S'agissant de l'entretien du logement, l'enquêtrice a indiqué que la femme de ménage (engagée depuis huit mois) passe l'aspirateur et la serpillière, change les draps de lit et effectue les gros nettoyages tous les quinze jours. Les enfants entretiennent leur chambre et la fille de la recourante fait le ménage entre les passages de la femme de ménage. L'enquêtrice a d'abord retenu un empêchement de 60 %, puis, sur la base du rapport du Dr C_____ du 22 septembre 2017, porté ce taux à 90 %. Toutefois, l'empêchement auquel est parvenu ce médecin ne se rapporte pas seulement à l'entretien du logement, mais plutôt à l'incapacité de la recourante à accomplir la quasi-totalité des travaux habituels (appréciation qui ne tient pas compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de la famille). Cela étant, dans la mesure où la recourante n'effectue plus aucune tâche liée à l'entretien du logement, c'est un taux de 100 % qui aurait dû être retenu, à tout le moins depuis janvier 2017, date à partir de laquelle la femme de ménage intervient.

En ce qui concerne les emplettes et les courses diverses, compte tenu du fait que la recourante, comme avant son atteinte à la santé, se déplace pour les commissions en France avec une amie qui possède une voiture, qu'elle fait également quelques courses légères dans le quartier tous les quinze jours, accompagnée de sa fille, que cette dernière achète au quotidien des produits frais (notamment du pain), que l'époux, bien qu'il soit invalide, s'occupe des tâches administratives, comme avant

la survenance de l'atteinte à la santé de son épouse, l'empêchement de 30 % et l'exigibilité de 30 % n'apparaissent pas critiquables.

Quant à la lessive et à l'entretien des vêtements, la recourante descend à la buanderie de l'immeuble avec l'aide de sa femme de ménage pour y mettre la lessive. Sa fille étend ensuite le linge dans l'appartement pour le faire sécher. L'IMAD effectue le repassage pour les époux et les enfants s'occupent de leur propre repassage. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de revenir sur l'empêchement de 50 % et l'exigibilité de 30 %, étant rappelé qu'avant l'atteinte déjà, la recourante était aidée par sa fille et sa mère pour ces tâches.

En ce qui concerne l'exigibilité globale de 30 %, il sera relevé que les enfants de la recourante, âgés de 18 ans (fils) et 22 ans (fille) au moment de l'enquête, vivent dans le ménage et apportent une aide aux tâches ménagères, de même que le mari, en partie, bien qu'il soit invalide, principalement pour les tâches administratives. Aucun élément ne donne à penser que les enfants soient pénalisés dans leur formation professionnelle ou restreints dans leurs loisirs. Dans ces circonstances, la prise en compte d'une aide de l'entourage de l'ordre de 30 % n'apparaît pas excéder ce qui peut être raisonnablement exigé des membres de la famille dans le cadre de l'obligation de diminuer le dommage. À titre de comparaison, le Tribunal fédéral a confirmé une exigibilité globale de 26,5% à charge d'une fille majeure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_666/2016 du 23 janvier 2017 consid. 5.2.2 ; ATAS/358/2018 du 25 avril 2018 consid. 12).

Il y a par ailleurs lieu de rejeter le grief de la recourante, selon lequel les observations consignées dans le rapport d'enquête économique ne correspondaient pas à la réalité, au motif qu'elle avait surestimé sa capacité pour des « raisons culturelles », qu'elle est anosognosique et que les propos de sa fille n'étaient pas fiables, celle-ci n'étant présente avec elle que pour les repas du soir. Outre le fait que la recourante n'explique pas ce qu'elle entend par « raisons culturelles », contrairement à ses dires, sa fille n'est pas présente avec elle que pour les repas du soir. Si, à la page 3 du rapport, l'enquêtrice a noté que la fille était présente pour les repas du soir, c'était pour fournir les données requises sous la rubrique n°3 du formulaire d'enquête, à savoir, entre autres, le degré de parenté des personnes vivant dans le ménage, leur activité et si celles-ci prennent leur repas à l'extérieur. L'infirmière a précisé à la fin du rapport que la fille était actuellement présente à la maison, car sans emploi et dans l'attente de terminer quelques cours théoriques pour la certification de son apprentissage. Du reste, vu les diverses tâches accomplies par la fille, notamment pour l'entretien du logement et les emplettes (elle accompagne sa mère pour les courses dans le quartier), la chambre de céans n'est pas convaincue par l'allégation de la recourante. Quant à son état qui est partiellement anosognosique selon le rapport du Dr C_____ 20 octobre 2017, le médecin n'indique pas pourquoi l'anosognosie « partielle » de la recourante entraîne une différence « notable » entre son ressenti et sa réalité. De toute manière,

si les déclarations de la recourante n'avaient pas correspondu à la réalité, sa fille, présente lors de l'enquête à domicile, n'aurait pas manqué de le signaler.

Cela étant exposé, même en pondérant à 100 % l'empêchement pour le poste « entretien du logement », le degré d'invalidité de la recourante demeure inférieur au taux minimum de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité selon l'art. 28 al. 2 LAI. En effet, en déduisant le taux d'exigibilité de 30 % du taux d'empêchement brut de la recourante (100 %), on obtient le taux d'empêchement pertinent pour ce poste, soit 70 %. Ce taux doit ensuite être pondéré au regard de l'importance de ce poste prise en considération dans le cas d'espèce (20 %), ce qui donne un empêchement pondéré de 14 % ($70 \% \times 20 \%$; au lieu de 12 % retenu par l'enquêtrice). L'addition du résultat de chacune des autres catégories d'activités ménagères (qui ne prête pas le flanc à la critique) aboutit à un empêchement pondéré avec exigibilité de 33 % (0,9 % pour la conduite du ménage + 14,1 % pour l'alimentation + 14 % pour l'entretien du logement + 4 % pour la lessive et l'entretien des vêtements).

Partant, l'enquête ménagère, hormis la modification précitée qui n'a aucune influence sur le degré d'invalidité de la recourante pour la période courant à partir du 28 aout 2017, date de l'enquête, jusqu'à au prononcé de la décision litigieuse, conserve une pleine valeur probante.

c/cc. Le Dr C_____, quant à lui, indique dans son rapport du 20 octobre 2017 que la recourante ne peut accomplir les tâches liées à l'alimentation, à la lessive et à l'entretien des vêtements, aux emplettes et courses diverses. Selon lui, la capacité de sa patiente à accomplir certaines tâches ménagères est de 10 % au maximum. Dans son précédent rapport du 22 septembre 2017, le médecin a expliqué que, lors de ses nombreuses visites à domicile, il avait pu constater que sa patiente se trouvait à chaque fois dans l'incapacité d'effectuer les travaux habituels. Il estimait son empêchement (global) à 90 %. À l'occasion de son audition par devant la chambre de céans, le médecin a confirmé que, dans le contexte de ses interventions à domicile en 2015 et en 2016, la recourante souffrait d'agoraphobie, ce qui l'empêchait de sortir de chez elle, où elle s'isolait. Le suivi médical de cette dernière était compliqué eu égard aux symptômes psychotiques. En juillet 2016, sa mère était décédée, ce qui avait entraîné une aggravation de son état psychique. En raison d'hallucinations visuelles ou auditives, la patiente se sentait très persécutée et n'arrivait quasiment pas à sortir de la maison (rapport des 12 février et 7 octobre 2016).

Dans ces circonstances, la chambre de céans retient que, pendant les phases d'hospitalisation à domicile, en 2015 et en 2016, durant lesquelles la recourante s'isolait dans sa chambre et était incapable d'effectuer la plupart des tâches ménagères, cette dernière a subi un empêchement de 100 % dans chacune des activités susmentionnées par le Dr C_____. En pondérant en outre à 90 % le poste « conduite du ménage » ainsi que le poste « entretien du logement » – le médecin ayant relevé que sa patiente était apte à s'occuper de certaines activités à hauteur de

10 % (soit celles qu'il n'a pas mentionnées comme étant totalement impossibles à exécuter) –, on aboutit à un empêchement pondéré total de 67,7 %.

En effet, compte tenu de la pondération des champs d'activité, des empêchements rencontrés par la recourante dans les différents champs d'activité ainsi que de l'aide que l'on peut exiger des enfants, et en partie, du mari (30 %), la diminution du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels est de 1,8 % dans la conduite du ménage ($[90 \% - 30 \%] \times 3 \%$), de 32,9 % dans l'alimentation ($[100 \% - 30 \%] \times 47 \%$), de 12 % dans l'entretien du logement ($[90 \% - 30 \%] \times 20 \%$), de 14 % dans la lessive et l'entretien des vêtements ($[100 \% - 30 \%] \times 20 \%$), et de 7 % dans les emplettes et les courses diverses ($[100 \% - 30 \%] \times 10 \%$).

Le taux d'invalidité qui en résulte est de 67,7 % ($1,8 \% + 32,9 \% + 12 \% + 14 \% + 7 \%$), arrondi à 68 % (ATF 130 V 121 consid. 3), ce qui donne le droit à un trois-quarts de rente (art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de souligner que les conclusions du psychiatre traitant et celles de l'enquête économique sur le ménage ne sont pas contradictoires. En effet, le médecin a fait état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante en 2015 et en 2016, périodes durant lesquelles lui-même ainsi que des infirmières spécialisées en psychiatrie avaient dû intervenir au domicile de la recourante. L'appréciation médicale, qui met en évidence les empêchements de cette dernière à accomplir la majeure partie des tâches ménagères au-delà de ceux constatés par l'enquêtrice en août 2017, concerne donc une période antérieure à celle sur laquelle a porté l'enquête économique.

15. a. Reste à déterminer la date à partir de laquelle la recourante percevra la rente de trois-quarts et la date à laquelle celle-ci sera supprimée.

b. 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. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

Ces principes s'appliquent, par analogie, lorsque l'assuré n'exerce pas d'activité lucrative, étant précisé que dans ce contexte l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2014, n° 27 ad Art. 28 et ATF 130 V 97 ; ATAS/34/2016 du 21 janvier 2019 consid. 10a).

c. Lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente reste subordonnée aux

conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5.2 et les références).

d. En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

L'art. 88a RAI fixe le moment à partir duquel une modification de l'invalidité d'un bénéficiaire de rente est réputée suffisamment durable pour déployer ses effets sur le droit aux prestations; son alinéa premier concerne les cas où la capacité de gain de l'assuré s'est améliorée; le deuxième alinéa ceux où elle s'est péjorée. L'art. 88a RAI est ainsi étroitement lié à un cas de révision, de sorte que le délai de trois mois qui y figure ne saurait débiter avant la naissance du droit à une rente, soit avant que la période de carence imposée par l'art. 29 al. 1 let. b LAI ne soit arrivée à échéance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3b).

16. En l'espèce, l'atteinte incapacitante ayant conduit au dépôt de la demande de prestations le 7 mars 2016 existe depuis le 12 janvier 2015, date à compter de laquelle la recourante subit une diminution sensible de son rendement dans ses travaux habituels selon le Dr C_____. Comme ce dernier a fait état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente en 2015 et en 2016, il y a lieu de retenir qu'au 1^{er} janvier 2016, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an, la recourante présentait un degré d'invalidité de 68 % (cf. consid. 14c/cc).

Dans la mesure où cette dernière a déposé sa demande de prestations le 7 mars 2016, le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité ne peut naître au plus tôt que six mois plus tard, soit à compter du 1^{er} septembre 2016 (art. 29 al. 1 LAI). C'est ainsi à cette date au plus tôt qu'un cas de révision peut être réalisé (arrêt précité, ibidem).

À teneur du dossier, il n'est pas possible de déterminer précisément à partir de quel moment la recourante a présenté un taux d'invalidité de 33 % (cf. consid. 14c/bb ci-dessus), justifiant la suppression de son droit à la rente d'invalidité. On peut toutefois admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que tel est le cas dès le 31 décembre 2016. En effet, le Dr C_____ a indiqué être intervenu au domicile de la recourante en raison de l'aggravation de son état de santé à plusieurs reprises en 2015, en 2016, puis à nouveau depuis 2018. On en déduit que, depuis la fin de l'année 2016, le médecin ne s'est pas déplacé au domicile de la recourante avant d'intervenir à nouveau en 2018.

En conséquence, il y a lieu de supprimer le droit à la rente à partir du 31 mars 2017, soit trois mois après la diminution de l'invalidité, conformément à ce que prévoit l'art. 88a al. 1 RAI.

17. Enfin, l'aggravation de l'état de santé depuis 2018, évoquée par le psychiatre traitant lors de l'audience, constitue un fait nouveau, survenu postérieurement à la décision querellée du 20 octobre 2017. Aussi la chambre de céans ne saurait-elle en tenir compte. En effet, 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 (ATF 121 V 366 consid. 1b).
18. Par appréciation anticipée des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 2C_235/2015 du 29 juillet 2015 consid. 5), il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de la recourante de mettre en place une expertise.
19. En conséquence, le recours sera partiellement admis, la décision du 20 octobre 2017 annulée et la recourante mise au bénéfice d'un trois-quarts de rente d'invalidité du 1^{er} septembre 2016 au 31 mars 2017.

La recourante, représentée par un mandataire, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'elle a droit à une indemnité de dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 1'800.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à 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.
3. Annule la décision sur opposition du 20 octobre 2017.
4. Met la recourante au bénéfice d'un trois-quarts de rente d'invalidité du 1^{er} septembre 2016 au 31 mars 2017.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 1'800.- à titre de dépens, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

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