

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1038/2013

ATAS/872/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} novembre 2016

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÂTELAINÉ, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHEIDT

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1968, originaire d'Iran, a vécu jusqu'en 1980 en Iran, puis jusqu'en 1994 dans un camp de réfugiés en Irak. Elle s'est mariée en 1988 et a eu trois enfants, nés en 1989, 1991 et 1994.
2. L'assurée est arrivée en Suisse en septembre 1994. Elle est séparée de son époux depuis septembre 2003 et est divorcée depuis septembre 2011. Elle a obtenu la nationalité Suisse en 2009. Elle ne sait ni lire, ni écrire le français et le parle mal.
3. L'assurée a suivi une formation « nettoyage et entretien » durant 5 mois en 1999. Elle a été inscrite au chômage en octobre 1999 et elle a travaillé et/ou réalisé des revenus, en qualité de nettoyeuse à temps partiel de décembre 1999 à octobre 2000, puis du 23 novembre 2000 au 14 février 2001, occupée au tri des textiles dans le cadre de l'entreprise sociale B_____, tout en bénéficiant d'indemnités de chômage. Dans le cadre des mesures cantonales de l'assurance chômage, elle a travaillé dans la brocante C_____ au secteur vaisselle de juin 2001 à juin 2002 et a alors à nouveau perçu des indemnités de chômage, avant d'être réengagée du 1^{er} juin au 30 septembre 2003 dans la même brocante.
4. L'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 8 août 2011 auprès de l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'un état dépressif chronique et de maux de dos.
5. À teneur d'un rapport médical du 8 septembre 2011 du docteur D_____, généraliste, l'assurée souffrait, de façon impactant sa capacité de travail, d'un état dépressif réactionnel aux difficultés existentielles et de fibromyalgie probablement depuis plusieurs années, avec une aggravation depuis 2009, ainsi que, sans effet sur sa capacité de travail, d'un surpoids lié à une hyperphagie épisodique et de palpitations sans motivation physique (à mettre sur le compte de troubles anxieux). Ses symptômes étaient un manque de moral, de la fatigue, des troubles du sommeil, un état douloureux chronique migratoire, des palpitations. Le pronostic était favorable. Elle avait une incapacité de travail difficile à estimer, de l'ordre de 40 à 50 % depuis le 24 juin 2009, avec un rendement réduit. Des mesures de réadaptation professionnelle apparaissaient susceptibles d'améliorer sa capacité de travail, comme des cours de langue française et une orientation professionnelle. Elle ne devait pas exercer d'activités uniquement en position assise ou debout, ni en marchant, en se penchant, avec les bras au-dessus de la tête, accroupie, à genoux, en rotation en position assise ou debout, ni soulever ou porter des poids de plus de 5 kg, ni monter une échelle, un escabeau ou des escaliers ; elle avait des capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et une résistance limitées, depuis 2009.

À ce rapport étaient joints des rapports d'imagerie médicale du docteur E_____, radiologue FMH, des 17 août 2010, 26 avril 2011 et 3 mai 2011, respectivement de la colonne cervicale (évoquant une discrète attitude scoliotique de la colonne

cervicale à convexité droite avec une lordose physiologique légèrement diminuée, une discopathie modérée C5-C6 avec ébauche ostéophytaire antérieure, mais relevant des apophyses unciformes encore conservées, pas de spondylo- ni rétrolisthésis et pas de tassement vertébral), du genou gauche (concluant à un aspect radiologique normal du genou) et de l'épaule droite (notant un espace articulaire gléno-huméral d'épaisseur normale, une sclérose du trochiter sans calcification adjacente, une articulation acromio-claviculaire d'épaisseur normale et une tête humérale à sphéricité conservée), de même qu'un rapport du docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, du 23 décembre 2010 (indiquant que le profil tensionnel ambulatoire ayant été posé sur 24 heures s'était avéré satisfaisant, ne justifiant ni TTT ni anti-haute tension artérielle, et que l'examen clinique, l'ECG et l'échodoppler cardiaque étaient satisfaisants, si bien que la plainte de palpitations était à mettre sur le compte de troubles anxieux).

6. D'après un rapport du 19 septembre 2011 de la doctoresse G_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, l'assurée souffrait, avec répercussion sur sa capacité de travail, d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) depuis huit ans (depuis que son mari avait noué des relations extra-conjugales et quitté le domicile conjugal), ainsi que, sans effet sur sa capacité de travail, de trouble de la personnalité évitante (F60.6) depuis l'adolescence. Son état s'était péjoré (surtout depuis qu'elle avait exigé de son mari qu'il entreprenne les démarches pour divorcer). Elle avait une surcharge pondérale, une thymie dépressive, des troubles du sommeil, faisait fréquemment des cauchemars, avait des troubles de l'appétit (crises de boulimie), et était isolée socialement. Le pronostic était mauvais. Elle suivait une psychothérapie et un traitement antidépresseur. Elle avait dû arrêter son travail de femme de ménage en 2000 en raison de dorsalgies, mais l'état dépressif interférait aussi dans sa capacité de travail. Ses douleurs étaient invalidantes. D'un point de vue médical, son activité de femme de ménage n'était plus exigible. Une activité aux ateliers protégés, adaptée à son état, pourrait être envisagée pour l'aider à sortir de son isolement et à reprendre confiance en elle.
7. Aux termes d'un courrier que le Dr D_____ a adressé le 20 octobre 2011 à l'OAI, en réponse à des questions de cet office, l'assurée n'avait pas été suivie par un rhumatologue, mais le diagnostic de fibromyalgie avait été posé en raison de signes d'irritation des tissus mous de type cellulo myalgiques, d'une palpation des muscles avec points de fibromyalgie positifs, de l'absence de contracture musculaire et d'une exacerbation des douleurs pendant les poussées dépressives.
8. Dans des avis médicaux des 8 novembre et 8 décembre 2011, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a estimé que les éléments médicaux à disposition ne permettaient pas de conclure, si bien qu'un examen bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) serait organisé au SMR.
9. Par communication du 6 février 2012, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible. L'instruction de la

demande de prestations se poursuivait pour déterminer si elle remplissait les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité.

10. En date du 23 mars 2012, l'assurée a été soumise à un examen médical bi-disciplinaire au SMR effectué par les docteurs H_____, spécialiste en médecine physique et de la réadaptation, et I_____, psychiatre, en présence d'un traducteur en langue kurde.
11. Lesdits spécialistes ont rendu leur rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique le 21 mai 2012.

Après avoir exposé les motifs de l'examen et fait mention des avis des Drs D_____ et G_____ (½ page), ils ont relaté l'anamnèse familiale et professionnelle de l'assurée et cité ses antécédents médicaux généraux (¾ page), ont relaté son anamnèse actuelle et ostéoarticulaire (¾ page), son anamnèse psychosociale et psychiatrique (½ page), son anamnèse par système (dermatologique, neurologique, cardiovasculaire, pneumologique, gastro-entérologique, génito-urinaire, allergies) (½ page) et mentionné ses habitudes et son quotidien (¾ page), avec mention des plaintes de l'assurée. Ils ont décrit les status général, neurologique, ostéoarticulaire et psychiatrique de l'assurée (2 pages) et fait le compte-rendu des rapports radiologiques figurant dans le dossier.

Au titre des diagnostics, les examinateurs n'en ont retenu aucun avec répercussion durable sur la capacité de travail, mais, sans répercussion sur la capacité de travail, des plaintes algiques diffuses compatibles avec une fibromyalgie (M79.0), des dorsolombalgies communes (M54.5), une surcharge pondérale avec obésité de classe 1 et un épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01).

Selon leur appréciation du cas (1 page), l'assurée (alors de 44 ans) présentait une symptomatologie douloureuse diffuse évoluant depuis de nombreuses années dans un contexte de dorsolombalgies communes évoluant depuis 1994. Les différents examens pratiqués n'avaient pas mis en évidence de troubles ostéoarticulaires significatifs pouvant expliquer l'ensemble des symptômes revendiqués ni leur chronicité. L'examen clinique effectué au SMR avait mis en évidence des éléments de non-organicité selon Wadell et Kummel, de même que la présence de 15 points sur 18 selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie, raison pour laquelle un diagnostic formel de fibromyalgie était retenu, mais la fibromyalgie en tant que telle n'était pas une atteinte à la santé à caractère incapacitant de longue durée au sens de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en l'absence de pathologie psychiatrique préexistante incapacitante, de comorbidité psychiatrique incapacitante ou de signe de gravité. Selon son propre médecin traitant, l'assurée présentait un état dépressif réactionnel à des difficultés existentielles. Les incapacités de travail attestées par son médecin traitant n'étaient pas justifiées, le trouble douloureux ne devant en l'espèce pas être pris en compte pour l'évaluation de sa capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, l'assurée avait connu un effondrement dépressif un an avant l'examen au SMR, avec des idées suicidaires

concrètes, mais elle avait bénéficié d'un traitement antidépresseur ayant permis une amélioration, constatée par l'examinateur psychiatre ; l'intensité de la symptomatologie dépressive était légère, avec symptôme somatique (contrairement à l'avis de la Dre G_____); il n'y avait pas de trouble de la personnalité décompensée. Il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa durée, ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ; il n'y avait pas résistance à un traitement conforme aux règles de l'art. Les critères jurisprudentiels d'un caractère invalidant d'une fibromyalgie (assimilée à un trouble somatoforme douloureux) n'étaient pas réalisés. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles, mais en présence d'un trouble douloureux chronique pour lequel le diagnostic de fibromyalgie était retenu, il était préconisé de privilégier les activités à faibles charges physiques permettant des variations de positions.

En conclusion, l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail d'ordre ostéoarticulaire, et la symptomatologie douloureuse chronique qu'elle revendiquait à l'origine de son incapacité de travail s'inscrivait dans un processus de fibromyalgie non constitutive d'atteinte à la santé à caractère incapacitant. Sur le plan psychiatrique, il y avait eu incapacité de travail de 20 % au moins depuis début 2011, mais amélioration à partir de mars 2012. La capacité de travail exigible de l'assurée était de 100 % dans toute activité à partir de mars 2012.

12. D'après un rapport médical établi le 11 mai 2012 par la doctoresse J_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, communiqué le 6 juin 2012 à l'OAI, l'assurée présentait des lombalgies de longue date, fluctuantes, irradiant parfois dans le membre inférieur gauche, ainsi que des douleurs de l'épaule droite depuis mi-2011 (soit, d'après ce qu'évoquait l'examen clinique, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, que des médicaments et de la physiothérapie diminuaient un peu). Des radiographies d'avril 2012 montraient des troubles statiques sous forme d'une scoliose dorsolombaire et un spondylolisthésis L5-S1 avec une discopathie importante L5-S1 ; les anti-inflammatoires diminuaient légèrement les douleurs. L'assurée était limitée dans les travaux lourds, les ports de charges, les positions assise ou debout prolongées et les mouvements répétés avec l'épaule droite principalement en élévation de l'épaule.
13. Par avis médical du 3 décembre 2012, la docteure K_____, médecin du SMR, a résumé, en s'y ralliant, l'appréciation des examinateurs précités du SMR ; l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans toute activité, vu l'absence d'atteinte à la santé à caractère incapacitant de longue durée au sens de l'AI. Le rapport médical précité de la Dre J_____ n'apportait pas de nouveaux éléments par rapport à ceux qui avaient été examinés lors de l'expertise.
14. Le 16 janvier 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant toute prestation de l'AI, se référant à l'examen effectué par le SMR, qui concluait que son atteinte à la santé n'était pas considérée comme invalidante au sens de l'AI. Elle avait une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle.

15. L'assurée a contesté ce projet de décision, par courrier du 7 février 2013. Elle présentait depuis de nombreuses années un sévère état dépressif chronique, doublé de troubles de la personnalité. À cette situation déjà invalidante s'ajoutaient d'importants problèmes somatiques, affectant encore plus sa capacité de travail. Outre ces divers symptômes, elle était constamment affectée par des douleurs qui empêchaient toute activité professionnelle et même la tenue du ménage (qu'elle ne parvenait à faire qu'avec l'aide de sa fille cohabitant encore avec elle).
16. Par décision du 28 février 2013, libellé comme le projet de décision précité, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée. Cette dernière avait une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle. Son courrier du 7 février 2013 n'apportait aucun élément médical nouveau susceptible de modifier les conclusions de l'OAI.
17. Par acte du 26 mars 2013, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle présentait de nombreuses atteintes rhumatismales, qui lui interdisaient certaines postures professionnelles et lui occasionnaient des douleurs constantes l'empêchant de travailler. Elle présentait aussi des épisodes dépressifs sévères invalidants. Elle sollicitait un nouvel examen de son état de santé et de sa capacité de gain et était prête à se soumettre à une expertise approfondie ; ses médecins pouvaient répondre à toute sollicitation concernant son état de santé.
18. Par mémoire du 24 avril 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Sa décision était fondée sur le rapport circonstancié des deux médecins du SMR du 21 mai 2012, ayant pleine valeur probante. L'assurée ne faisait valoir aucun élément permettant de remettre ce rapport en question et de faire une appréciation différente de son cas.
19. L'assurée a constitué un avocat pour la défense de ses intérêts et a été admise au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 30 mai 2013. L'avocat commis a sollicité plusieurs prolongations de délais pour présenter une écriture.
20. Le 19 juillet 2013, en réponse à un questionnaire que lui avait adressé l'avocat de l'assurée, la Dre G _____ a indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis le 27 septembre 2010 à raison d'une à deux fois par mois, pour un épisode dépressif sévère, d'intensité actuellement moyenne. Le traitement était médicamenteux. Les limitations fonctionnelles consistaient à éviter le port de charges lourdes. La capacité de travail était de 0 % au début du suivi et au vu d'une modification de son état dépressif, elle pourrait bénéficier d'activités en atelier protégé. Le pronostic était mitigé en raison du manque de ressources personnelles de l'assurée et du fait que cette dernière considérait le refus de la rente comme une injustice. S'agissant des conclusions du Dr I _____, il était exact qu'il y avait une diminution de l'intensité des symptômes. S'agissant des tâches ménagères, l'assurée estimait que ses douleurs étaient invalidantes ; il faudrait faire une évaluation in situ pour corroborer ses dires.
21. Le 8 août 2013, en réponse à un questionnaire que lui avait adressé l'avocat de l'assurée, la Dre J _____ a indiqué qu'elle avait vu cette dernière quatre fois entre

novembre 2011 et avril 2012 et trois fois entre février 2013 et avril 2013, en raison de lombosciatalgies gauches (en novembre 2011) et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs fluctuante à droite (depuis mi 2011). Le traitement consistait en de la physiothérapie et la prise de médicaments. Les limitations fonctionnelles consistaient à ne pas devoir porter de charges, ni effectuer de travaux lourds, ni faire de mouvements répétés avec le membre supérieur droit, ni être dans une position debout prolongée. L'évolution de sa capacité de travail était fluctuante ; elle disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité légère respectant les limitations précitées. Ledit médecin était d'accord avec les conclusions du Dr H_____ sur le plan rhumatologique. L'assurée était capable d'effectuer ses tâches ménagères à son rythme. L'expertise psychiatrique n'apparaissait pas très détaillée.

22. Désormais représentée par un avocat, l'assurée a présenté, le 4 septembre 2013, une écriture valant réplique. L'instruction du dossier avait été insuffisante ; les Drs H_____ et I_____ n'expliquaient pour quelle(s) raison(s) l'avis de la Dre G_____ serait erroné ; ils étaient des médecins internes à l'OAI, manquant d'impartialité, et leur rapport, établi à la suite d'un seul entretien avec l'assurée, était très peu développé. Au vu de son état de santé et conformément à l'avis de la Dre G_____, l'assurée ne pouvait qu'exercer en ateliers protégés ; elle avait droit à une rente d'invalidité, au moins partielle. Il convenait d'ordonner une expertise judiciaire, d'annuler la décision et de lui octroyer une rente entière dès le 1^{er} juillet 2011, subsidiairement un trois quarts de rente, ou une demi-rente, avec suite de dépens.
23. D'après la duplique de l'OAI du 10 octobre 2013, la Dre J_____ émettait, sur le volet psychiatrique, un avis qui n'était pas déterminant, dès lors qu'elle n'était pas psychiatre mais spécialiste en médecine interne et rhumatologie était au surplus médecin traitant de l'assurée et ne précisait pas les prétendues lacunes du rapport. Elle retenait, sur le plan somatique, sensiblement les mêmes diagnostics et limitations fonctionnelles que les examinateurs ; elle disait d'ailleurs partager les conclusions du Dr H_____ sur le plan rhumatologique. Le fait que le rapport du 21 mai 2012 ait été établi par les médecins du SMR ne permettait pas de conclure à un manque d'impartialité. L'assurée n'apportait aucun élément amenant à remettre en doute la valeur probante de ce rapport.
24. En réponse à des questions que la chambre des assurances sociales lui a posées par courrier du 26 novembre 2013, la Dre J_____ a indiqué, par courrier du 10 décembre 2013, ne pas partager le diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr H_____, l'assurée se plaignant depuis 2011 uniquement de douleurs de l'épaule droite et de lombalgies fluctuantes (et ne remplissant ainsi pas les critères d'une fibromyalgie). À l'examen clinique, il existait des signes de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (dont il n'y avait pas eu d'échographie ni d'IRM), et s'agissant des lombalgies, les examens radiologiques montraient un spondylolisthésis L5-S1 sur probable lyse isthmique bilatérales et discopathie L5-

- S1. Lors des consultations, l'assurée apparaissait déprimée, avec des épisodes de malaises, des angoisses et une fatigue importante ; une réévaluation psychiatrique serait souhaitable.
25. Par courrier du 13 décembre 2013 répondant à des questions du 26 novembre 2013 de la chambre des assurances sociales, la Dre G_____ a indiqué retenir un diagnostic d'état dépressif, alors moyen, sur la base des plaintes subjectives de l'assurée (tristesse, troubles du sommeil et de l'appétit, incapacité à assumer les tâches de la vie quotidienne) et de constatations objectives (surcharge pondérale, faciès triste, ralentissement psychomoteur). L'assurée n'avait bénéficié d'aucun suivi psychiatrique avant le 28 septembre 2010. Sa compliance n'avait pas été vérifiée par une prise de sang, l'assurée informant sa psychiatre spontanément des interruptions de son traitement. Son état s'était nettement amélioré après une hospitalisation à la Clinique de Montana du 13 septembre au 1^{er} octobre 2013. Les symptômes dépressifs étaient en l'état provoqués par la situation de détresse grave dans laquelle se trouvait l'une de ses filles, victime de violences physiques et psychologiques de la part de son ancien petit ami. La capacité de travail de l'assurée était diminuée, voire nulle, en raison de sa pathologie somatique (fibromyalgie). Elle était limitée à travailler dans un atelier protégé ; elle serait incapable d'assumer des tâches dont un rendement serait attendu ; elle était analphabète, gérait mal les situations de stress ; les efforts physiques devaient être évités du fait de sa fibromyalgie.
26. Dans un avis médical du 14 février 2014, transmis par l'OAI le 4 mars 2014, établi à la demande de la chambre des assurances de savoir si, au vu de la position précitée de la Dre J_____ niant une fibromyalgie, le SMR maintenait le diagnostic de fibromyalgie, le docteur L_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et en rhumatologie auprès du SMR, a relevé que le Dr H_____ avait fait une revue des documents figurant au dossier, dont les rapports médicaux des 13 septembre et 20 octobre 2011 du Dr D_____, expliquant les critères ayant amené ce dernier à poser le diagnostic de fibromyalgie. Lors de l'examen du SMR du 23 mars 2012, l'assurée avait annoncé des douleurs touchant l'ensemble du rachis, les épaules, les membres supérieurs et les membres inférieurs, et décrit ses douleurs comme migrantes, en exacerbation dans un contexte de conflit conjugal à l'origine d'une séparation en 2009. L'examen clinique, le déshabillage et l'habillage s'étaient effectués de façon fluide mais ralentie, avec exacerbation des douleurs, de même que la réalisation de la position accroupie. La palpation de 15 points sur 18 avait été douloureuse. il n'y avait pas de synovite ; la mobilité des épaules était complète ; il n'y avait pas d'insuffisance musculaire ; l'indice de Schroeder était normal, la distance doigts/orteils de 0 cm, et l'assurée bloquait l'extension du rachis avec une contre-pulsion entre 5 et 10° ; la palpation du rachis était sensible au niveau interscapulaire, de la transition dorsolombaire, du rachis lombaire terminal ; il n'était pas mentionné de contracture, ni de sciatalgies irritatives, ni de déficits neurologiques. Les radiographies de l'épaule droite étaient

dans la limite de la norme hormis une légère sclérose du trochiter sans mise en évidence de calcification ; celles de la colonne lombaire (postérieures à l'examen du SMR) montraient un spondylolisthésis de grade I en L5-S1 sur probable lyse isthmique bilatérale avec discopathie L5-S1. D'après le Dr H_____, il n'y avait pas de diagnostic ostéo-articulaire avec répercussion sur la capacité de travail, les plaintes algiques diffuses étaient compatibles avec une fibromyalgie, et les dorsolombalgies étaient sans étiologie spécifique. Le Dr L_____ a encore résumé les avis respectivement de la Dre J_____ du 11 mai 2012, de la Dre K_____ du SMR du 3 décembre 2012 et de la Dre J_____ du 10 décembre 2013. Il a ensuite estimé qu'il ressortait des éléments du dossier que l'assurée avait des douleurs diffuses dépassant largement le territoire de l'épaule droite et de la région lombaire basse. Un test de Jobe positif (douleur de l'épaule lors de la mise sous tension du muscle supra-épineux) ne permettait pas d'affirmer à lui seul que l'assurée avait une tendinopathie du supra-épineux dans le contexte du ressenti douloureux marqué mis en évidence lors de l'examen clinique du SMR. Il maintenait le diagnostic de fibromyalgie.

27. Dans l'intervalle, soit le 11 février 2014, la chambre des assurances sociales avait fait part aux parties de son intention d'ordonner une expertise psychiatrique de l'assurée, à confier au docteur M_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, et tant l'OAI que l'assurée ont indiqué n'avoir pas de motif de récuser ledit expert et n'ont pas émis d'objection ni de demande de complément aux questions prévues à soumettre audit expert (ne comportant pas de questions spécifiques sur le caractère invalidant ou non d'une fibromyalgie au regard de la jurisprudence d'alors). La chambre des assurances sociales a rendu son ordonnance d'expertise le 7 mars 2014.
28. Le Dr M_____ a rendu son rapport d'expertise le 17 novembre 2015, après plusieurs rappels.

Ce rapport relate l'anamnèse familiale, personnelle, professionnelle et sociale de l'assurée (1 page), ainsi que son anamnèse médicale et psychiatrique, résume les éléments d'anamnèse psychiatrique extraits du dossier (1½ pages), décrit les plaintes de l'assurée (2/3 page) et consigne les constatations objectives faites par l'expert (2/3 page). Il fait ensuite mention des diagnostics retenus par l'expert, à savoir celui d'épisode dépressif moyen (chronique) (F32.1) et celui, probable, de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Après une discussion et une appréciation du cas (½ page), l'expert a répondu aux questions posées (3 pages) : les principales limitations fonctionnelles dues à son état dépressif étaient de la fatigue, une diminution marquée de l'énergie, la tristesse de l'humeur et l'abattement moral, le ralentissement psychomoteur, la perte de motivation, le repli sur soi, un sentiment d'incompétence et d'inutilité, l'apathie et l'apragmatisme ; les troubles anxieux ajoutaient d'autres limitations, en particulier des réactions de peur et un sentiment d'insécurité participant au confinement de l'assurée à son domicile. Ces limitations fonctionnelles liées à l'état

dépressif et à l'anxiété pathologique réduisaient sa capacité de travail, qui ne dépassait pas 50 %, avec un rendement sans doute insuffisant. Une incapacité de travail était vraisemblablement présente depuis septembre 2011, et, en l'absence d'éléments anamnestiques suffisamment fiables à propos de l'évolution, il apparaissait qu'une amélioration s'était vraisemblablement produite entre la première appréciation par la Dre G_____ (en septembre 2011) et l'évaluation faite par le Dr I_____S (en mars 2012), mais l'état clinique s'était aggravé depuis mars 2012, car la symptomatologie dépressive était actuellement plus sévère qu'à l'époque de l'examen bi-disciplinaire du SMR. L'assurée n'était capable d'exercer qu'une activité légère, ne réclamant ni formation ni compétence particulière, à un taux ne dépassant pas 50 % (comparable à celle qu'elle exerçait au Centre D_____). L'expert M_____ n'avait pas de motif de s'opposer au diagnostic d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique posé en mai 2012 par le Dr I_____, compatible avec la symptomatologie alors décrite, mais il était en désaccord avec ledit examinateur concernant les troubles anxieux, qui n'avaient alors pas été suffisamment investigués, l'anamnèse passant en outre sous silence les traumatismes vécus par l'assurée (la mort de sa sœur sous ses yeux, les scènes de guerre, les années de captivité avec la perte d'un enfant faute de soins, etc.), qui avaient joué un rôle crucial dans le développement de ses troubles ; or, l'assurée souffrait (probablement depuis longtemps) d'une symptomatologie anxieuse liée aux traumatismes (cauchemars récurrents, sentiment d'insécurité, émoussement émotionnel, peur d'être agressée, etc.), étroitement intriquée à l'état dépressif. Faute d'éléments suffisants à ce sujet rapportés par la Dre G_____, l'expert ne confirmait pas le diagnostic posé par cette dernière d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Les chances de succès d'une réadaptation professionnelle seraient nulles. Les troubles dépressifs et anxieux s'étaient installés depuis de longues années et s'étaient chronicisés en dépit de la prise en charge psychiatrique ; on ne pouvait attendre d'amélioration sensible d'une adaptation du traitement pharmacologique ; les ressources psychiques de l'assurée étaient réduites et difficiles à mobiliser par de la psychothérapie. Le pronostic était réservé ; il était à craindre que l'état dépressif ne s'aggrave à l'avenir, notamment au moment où la fille cadette quitterait le foyer, laissant l'assurée seule et très démunie, avec un risque d'effondrement thymique et de repli sur soi. L'assurée n'était pas capable d'accomplir les démarches nécessaires à la recherche d'un emploi, en raison des facteurs caractérisant son état psychique, de ses faibles compétences sociales et de sa méconnaissance de la langue française ; une période de réentraînement au travail et des mesures d'accompagnement seraient indispensables pour que sa capacité de travail théorique d'au plus 50 % ait la moindre chance de se concrétiser dans une activité adaptée.

29. Par courrier du 27 janvier 2016, réservant la présentation d'un mémoire après enquêtes, l'assurée a demandé que l'expert M_____ soit invité à chiffrer, en pourcent, la baisse de rendement que l'assurée aurait dans une activité résiduelle de 50 %.

30. Par détermination du 22 février 2016, se référant à un avis médical du 15 février 2016 de la docteure N____ du SMR, l'OAI a contesté pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr M____, estimant que les conclusions de ce dernier ne pouvaient être suivies quant aux diagnostics et à l'incapacité de travail retenus. Ce rapport était lacunaire et incompréhensible, notamment ne discutait pas le diagnostic de fibromyalgie retenu par l'OAI et ne permettait pas de comprendre comment le diagnostic de modification durable de la personnalité était fondé et quels seraient ses effets sur la capacité de travail, ne discutait pas les critères du diagnostic de dépression moyenne, ni l'évolution de la capacité de travail. Un complément d'expertise auprès de l'expert ne permettrait pas de remédier aux incohérences de son rapport d'expertise.
31. Le 15 mars 2016, l'assurée a résumé le rapport du Dr M____, en estimant que ce rapport abordait tous les points déterminants d'un rapport d'expertise. Il fallait ajouter que d'un point de vue somatique – ainsi que l'avaient retenu les médecins du SMR, la Dre J____ et la chambre des assurances sociales dans son ordonnance d'expertise du 7 mars 2014 –, les troubles rhumatologiques dont elle souffrait n'avaient certes pas de répercussion sur sa capacité de travail dans une activité légère, à la condition toutefois de respecter les limitations suivantes : limitation de port de charges, pas de travaux lourds, pas de mouvements répétés avec le membre supérieur droit, pas de position debout prolongée. L'assurée concluait à ce qu'elle soit reconnue invalide à 100 % et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité : il serait irréaliste et insupportable d'exiger d'elle qu'elle utilise sa capacité de travail résiduelle.
32. Le 18 mars 2016, la chambre des assurances sociales a communiqué au Dr M____ les prises de position de l'assurée ainsi que du SMR et de l'OAI sur son rapport d'expertise, et l'a prié de se déterminer sur les différents points soulevés ainsi par les parties. Il l'a invité à préciser si les limitations fonctionnelles, la répercussion sur la capacité de travail (50 % au maximum dans une activité légère) et sur le rendement de l'assurée dans cette capacité résiduelle tenaient bien au trouble dépressif d'un degré moyen diagnostiqué, si le diagnostic posé comme probable de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe était ou non incapacitant ou si les effets de ce diagnostic étaient absorbés par ceux de l'épisode de dépression moyen chronique retenu, si les facteurs psychosociaux et culturels contribuaient, le cas échéant dans quelle mesure, l'atteinte à la capacité de travail et à la baisse de rendement retenues, et si les troubles psychiques retenus étaient antérieurs aux douleurs invoquées par l'assurée sur le plan rhumatologique.
33. Par courrier daté du 21 août 2016, après plusieurs rappels, le Dr M____ a expliqué qu'il avait diagnostiqué un épisode dépressif moyen chronique et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe au vu des perturbations psychopathologiques qu'il avait constatées chez l'assurée, étant précisé que ces deux diagnostics ne constituaient pas des entités indépendantes

l'une de l'autre (comme le seraient deux « maladies » distinctes fortuitement associées chez une même personne), mais qu'ils résultaient de la structure des classifications de référence et d'une nécessité de décrire au mieux les troubles constatés et les symptômes rapportés qu'il fallait les poser les deux ; les limitations fonctionnelles étaient le fait de l'ensemble des perturbations psychopathologiques présentées, liées aux traumatismes psychiques vécus par l'assurée, ayant conditionné le développement psycho-affectif de cette dernière et l'ayant durablement fragilisée. Tous les critères du diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe étaient présents (attitude méfiante envers le monde, retrait social, sentiment de perte d'espoir, impression d'être constamment menacée, détachement émotionnel), et il s'y ajoutait une restriction des affects, symptôme typique des séquelles de traumatisme psychiques, de même que la présence de troubles de l'humeur. Dans le cas de l'assurée, les symptômes dépressifs étaient assez marqués pour justifier un diagnostic indépendant. Les facteurs psychosociaux et culturels contribuaient à la pérennisation de l'état dépressif, mais n'intervenaient pas directement dans la réduction de la capacité de travail ou dans la baisse de rendement. L'assurée n'avait pas évoqué des lombalgies spontanément mais sur question de l'expert et elle n'avait pas signalé d'autres douleurs, localisées ou diffuses, lors des entretiens ; il n'y avait pas lieu de suspecter l'existence d'un syndrome somatoforme persistant (F45.4) et, partant, de passer en revue les critères jurisprudentiels de ce trouble ; les limitations fonctionnelles retenues n'étaient pas liées à des troubles physiques. Le rendement de l'assurée dans une activité de manutention légère exercée à 50 % serait au minimum de 25 % par rapport au rendement attendu dans une activité lucrative ; cette baisse de rendement était due avant tout au ralentissement psychomoteur et à la fatigabilité.

34. Le 26 septembre 2016, l'OAI s'est déterminé sur ce complément d'expertise du Dr M_____ par référence à un avis médical du 12 septembre 2016 de la Dre N_____ du SMR. Cette dernière déduisait du complément d'expertise que la modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe était présente à l'arrivée en Suisse, donc que l'assurée était entrée en Suisse malade et invalide, que le trouble dépressif, même s'il était décrit depuis 2011 par l'expert M_____ (depuis 2003 selon la Dre G_____), faisait partie de la même maladie, et que les éléments culturels défavorables, non médicaux, jouaient un rôle non négligeable dans l'incapacité de travail de l'assurée. Il n'était pas compréhensible que l'expert M_____ n'analyse pas les critères jurisprudentiels d'une fibromyalgie diagnostiquée clairement. L'expertise du Dr M_____ restait ainsi lacunaire, tout en apportant un éclairage différent sur la situation médicale de l'assurée, par rapport à l'examen du SMR du 23 mars 2012, en ce sens que cette dernière était entrée en Suisse malade et invalide et que la modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe s'accompagnait de limitations incapacitantes de longue date, associées à des facteurs socio-culturels défavorables n'étant pas du ressort de l'AI.

35. Le 10 octobre 2016, l'assurée a indiqué que l'expert M_____ avait répondu avec précision aux questions lui ayant été posées. Les troubles constatés et leurs effets tenaient aux deux diagnostics posés, à considérer conjointement, sans que les facteurs culturels et psychosociaux n'interviennent directement dans la diminution de la capacité de travail ou la baisse de rendement de l'assurée. Il n'y avait pas de syndrome douloureux somatoforme à suspecter, et les limitations fonctionnelles retenues n'étaient pas en lien avec des douleurs physiques. La baisse de rendement était de 25 %. L'assurée persistait dans ses conclusions, tendant au constat d'une invalidité de 100 % et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
36. Ces écritures ont été transmises respectivement à l'assurée et à l'OAI le 11 octobre 2016.
37. Aucune des parties n'a demandé à pouvoir compléter sa prise de position dans cette affaire.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI.
- b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI).
- Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. art. 60 LPGA) et il satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).
- Touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir contre cette décision (art. 59 LPGA).
- c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.
2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

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

c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 4d). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

3. 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 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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 ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]).

La LAI a subi plusieurs modifications depuis que la assurante s'est installée en Suisse en septembre 1994, alors que ladite loi avait pour teneur celle issue de sa 3^{ème} révision, du 22 mars 1991, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1993. La 4^{ème} révision a été adoptée le 21 mars 2003 et est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, la 5^{ème} révision respectivement les 6 octobre 2006 et 1^{er} janvier 2008, et la révision dite 6a respectivement les 18 mars 2011 et 1^{er} janvier 2012. Les questions touchant à l'évaluation de l'invalidité n'ont cependant pas connu de modifications substantielles au fil de ces différentes révisions (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Concernant le droit à une rente d'invalidité en tant qu'il est lié à un nombre d'années de cotisation lors de la survenance de l'invalidité (cf. art. 6 al. 2 et 36 al. 1 LAI) – condition que l'intimé paraît remettre en question dans sa dernière écriture –, il sied d'indiquer que dans la version de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, il appartenait aux assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptaient une année entière au moins de cotisations, mais que dès le 1^{er} janvier 2008, date d'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de la LAI (RO 2007 5129; FF 2005 4215), cette durée a été portée à trois ans (ATAS/786/2016 du 4 octobre 2016 consid. 2 ; ATAS/311/2013 du 26 mars 2013 consid. 6 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Commentaire thématique, 2011, n. 1231).

S'agissant des dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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).

4. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI).
- b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain

représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). 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 de travail 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 (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

c. 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss).

Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

d. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux, qui – tant dans une procédure initiale que dans une procédure de révision – doivent étayer les conclusions à tirer quant à l'existence, la nature, l'intensité et les effets d'atteintes à la santé.

d/aa. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

d/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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, et ils ne sont pas dépourvus de 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine).

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).

d/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

5. a. La décision attaquée en l'espèce se fonde sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique des Drs H_____ et I_____ du 21 mai 2012, qui n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion durable sur la capacité de travail, mais, sans effet sur ladite capacité, d'une part, sur le plan rhumatologique, des dorsolombalgies communes, une surcharge pondérale et une fibromyalgie et, sur le plan psychiatrique, un épisode dépressif léger avec syndrome somatique.

D'un point de vue formel, ledit rapport satisfait aux exigences émises sous cet angle à l'endroit des rapports d'expertise. Il émane en effet de spécialistes des disciplines médicales pertinentes pour juger du cas d'espèce, soit la médecine physique et de réadaptation et la psychiatrie, et son complément du 14 février 2014 confirmant le

diagnostic de fibromyalgie a été établi par un spécialiste en médecine physique et de rééducation et en rhumatologie. Il relate les différentes anamnèses devant être recueillies (personnelle, familiale, professionnelle, antécédents médicaux, ostéo-articulaire, psychosociale, psychiatrique et médicale par système), avec mention des plaintes de la recourante, décrit les status général, neurologique, ostéoarticulaire et psychiatrique de la recourante et fait le compte-rendu des rapports radiologiques figurant dans le dossier. Il pose ensuite des diagnostics et comporte une appréciation motivée du cas et des conclusions.

b. À ce rapport d'examen clinique bi-disciplinaire du SMR s'opposent d'une part les avis des médecins traitants, respectivement la Dre J_____ sur le plan rhumatologique et la Dre G_____ sur le plan psychiatrique, et d'autre part le rapport d'expertise psychiatrique et son complément du Dr M_____.

En plus d'émaner de médecins-traitants, les rapports des Dres J_____ et G_____ figurant au dossier ne sont pas et n'ont d'ailleurs pas vocation à être des rapports d'expertise satisfaisant aux critères formels évoqués ci-dessus. Ils ne peuvent se voir reconnaître une même force probante que des rapports d'expertise, mais cela ne signifie pas qu'ils n'en ont aucune, que ce soit pour les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles retenues ou l'appréciation de la capacité de travail de la recourante. Ils ont cependant une valeur probante atténuée, qui ne suffirait pas à renverser celle des examinateurs précités du SMR, d'autant plus d'ailleurs que, du moins s'agissant d'une fibromyalgie, ils ne se complètent pas mais tendent plutôt à se contredire, la Dre J_____ a indiqué ne pas partager, en l'état de décembre 2013, le diagnostic de fibromyalgie (courrier du 10 décembre 2013), tandis que la Dre G_____ a fait mention d'une capacité de travail diminuée, voire nulle, en raison de la pathologie somatique de la recourante, assimilée à de la fibromyalgie (courrier du 13 décembre 2013).

Quant à lui, le rapport d'expertise du Dr M_____ du 17 novembre 2015, complété le 21 août 2016, satisfait, d'un point de vue formel, aux exigences jurisprudentielles posées à l'égard de tels rapports. Non seulement il émane d'un spécialiste reconnu en psychiatrie et psychothérapie, de surcroît indépendant, mais encore il traite, rubrique par rubrique, les points devant l'être dans un rapport d'expertise, sous cet angle à l'instar du rapport d'examen précité du SMR. Peu importe qu'il soit plus concis que celui-ci, dès lors que, sur le plan matériel, il a une substance faisant autorité, dûment motivée et convaincante.

c. D'un point de vue matériel, le rapport d'expertise judiciaire en question, portant sur le volet psychiatrique, retient, à l'inverse du rapport d'examen du SMR, des diagnostics affectant la capacité de travail de la recourante, à savoir – à teneur des explications fournies dans le complément de rapport du 21 août 2016 (levant une ambiguïté contenue à ce propos dans le rapport d'expertise du 17 novembre 2015) – deux diagnostics distincts au regard de la classification de référence mais intrinsèquement liés, un épisode dépressif moyen chronique et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

c/aa. Force est de retenir comme convaincant que – comme enfant puis jeune femme ayant vécu la guerre dans le Kurdistan iranien, le pilonnage de son village, ayant vu sa jeune sœur de cinq ans être tuée, avoir été déportée avec sa famille dans le sud de l’Irak et y avoir été internée dans un camp de prisonniers kurdes durant quelque quinze ans, y avoir été victime de brutalités, y avoir été mariée à l’âge de dix-huit ans et y avoir connu une hémorragie sévère après un accouchement difficile – la recourante a eu un parcours de vie jalonné non simplement de difficultés, mais bien de traumatismes. À ces derniers se sont ajoutées par la suite, même alors que la recourante se trouvait en sécurité en Suisse, des difficultés d’intégration et des charges de famille avec alors trois jeunes enfants, analphabète, dans un contexte de tensions conjugales, marquées en 2003 par une séparation du couple et en 2011 le divorce, en plus, en 2013, de soucis concernant la détresse d’une de ses filles en proie à une agressivité physique et psychologique de la part de son ancien petit ami. L’expert judiciaire n’a au demeurant pas retenu les diagnostics précités sur la seule base des éléments anamnestiques de son expertise, mais aussi de ses constatations ; tous les critères desdits diagnostics étaient réalisés.

Aussi s’impose-t-il d’admettre comme étant pour le moins hautement vraisemblable que la recourante a développé un état dépressif moyen, d’évolution chronique, présent au moins depuis 2011, et que sa personnalité a été modifiée durablement des suites de ces événements traumatiques. S’il se pouvait que, comme l’avait retenu l’examineur du SMR, le Dr I_____, la recourante avait, en mai 2012, un épisode dépressif léger avec syndrome somatique, elle avait aussi, probablement depuis longtemps, des troubles anxieux, sous-estimés sinon même oubliés par ledit examineur du SMR. Aussi se justifie-t-il de retenir, avec l’expert judiciaire, que la recourante souffre d’atteintes à la santé psychique cataloguées sous les diagnostics conjoints précités d’épisode dépressif moyen chronique et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. De même faut-il accorder du crédit à l’affirmation de l’expert qu’en septembre et octobre 2011, la symptomatologie rapportée par la Dre G_____ (même à la lumière des réponses fournies le 13 décembre 2013 par ladite psychiatre à la chambre de céans) ne justifiait pas de retenir une dépression d’un degré de gravité sévère justifiant de poser le diagnostic d’épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, ainsi que la Dre G_____ l’avait fait.

L’intimé n’émet pas d’objections susceptibles de jeter le doute sur la pertinence des diagnostics posés par l’expert judiciaire.

La chambre des assurances sociales retient donc que le rapport d’expertise et son complément ont pleine valeur probante déjà sur la question des diagnostics posés par l’expert judiciaire.

c/bb. Dès lors qu’il retient, sur le plan psychiatrique, les deux diagnostics intriqués précités plutôt qu’un épisode dépressif léger avec syndrome somatique, et indépendamment de l’effet incapacitant ou non d’une fibromyalgie, il n’est pas surprenant que l’expert judiciaire parvienne à la conclusion, à l’inverse des

examineurs du SMR, que la recourante ne dispose pas d'une pleine capacité de travail, autrement dit que ses atteintes à la santé ont des répercussions sur sa capacité de travail.

Des avis globalement convergents ont été émis par les médecins traitants concernant les limitations fonctionnelles physiques de la recourante. Ainsi, le Dr D_____ estimait en septembre 2011 que cette dernière ne devait pas exercer d'activités uniquement en position assise ou debout, ni en marchant, en se penchant, avec les bras au-dessus de la tête, accroupie, à genoux, en rotation en position assise ou debout, ni soulever ou porter des poids de plus de 5 kg, ni monter une échelle, un escabeau ou des escaliers ; elle avait des capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et une résistance limitées depuis 2009. En mai 2012 (et de même, substantiellement, en août 2013), la Dre J_____ indiquait que la recourante était limitée dans les travaux lourds, les ports de charges, les positions assise ou debout prolongées et les mouvements répétés avec l'épaule droite principalement en élévation de l'épaule. En juillet 2013, pour la Dre G_____, la recourante devait éviter le port de charges lourdes. Dans ce contexte, force est de voir une faiblesse du rapport d'examen clinique des médecins du SMR, en tant que ces derniers y affirment que la recourante ne présente aucune limitation fonctionnelle, tout en préconisant – sans en tirer de conclusion cohérente en termes de capacité de travail – que la recourante privilégie les activités à faibles charges physiques du fait, selon eux, d'un trouble douloureux chronique non incapacitant.

De son côté, l'expert judiciaire, dont l'expertise a porté sur le volet psychiatrique, a retenu des limitations fonctionnelles liées à l'état dépressif et à l'anxiété pathologique de la recourante, à savoir de la fatigue, une diminution marquée de l'énergie, la tristesse de l'humeur et l'abattement moral, le ralentissement psychomoteur, la perte de motivation, le repli sur soi, un sentiment d'incompétence et d'inutilité, l'apathie et l'apragmatisme, ainsi que des réactions de peur et un sentiment d'insécurité participant au confinement de l'assurée à son domicile.

Sans préjudice de la question d'une répercussion de limitations fonctionnelles physiques sur la capacité de travail de la recourante, un crédit certain doit être attribué à l'appréciation que l'expert judiciaire a faite sur le plan psychiatrique, de l'impact des atteintes à la santé psychique de la recourante et de ses limitations fonctionnelles, telles qu'il les a retenues les unes et les autres. L'appréciation divergente à ce propos des examineurs et autres médecins du SMR ne sont pas propres à susciter le doute sur la pertinence des conclusions de l'expert judiciaire.

La chambre de céans retient ainsi que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de la recourante est diminuée de 50 % et que, dans la mise en œuvre de sa capacité de travail résiduelle (donc aussi de 50 %), la recourante connaît une baisse de rendement de l'ordre de 25 %.

d. Il s'ensuit, à ce stade de l'examen du recours, que la décision attaquée ne saurait être jugée bien fondée, mais doit être annulée, dès lors qu'elle retient que la

recourane a une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle et lui refuse en conséquence toute prestation de l'AI.

6. a. Il faut cependant encore aborder la question d'une fibromyalgie, que l'intimé a en l'espèce retenue à titre de diagnostic mais dont il a nié tout caractère invalidant. Avant d'examiner si ce diagnostic est pertinent et le cas échéant quelles conséquences sont susceptibles de devoir en être déduites, il sied d'exposer brièvement le cadre juridique de cette pathologie.

b. Il a déjà été relevé (cf. consid. 4), à propos de la notion d'invalidité, qu'une atteinte à la santé n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain (ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur la capacité d'accomplir les travaux habituels), effets qu'il y a lieu d'évaluer en intégrant les efforts de volonté raisonnablement exigibles de la part de l'assuré. Les atteintes à la santé pertinentes peuvent être des atteintes à la santé physique, mentale ou psychique, y compris psychosomatique. Cette dernière catégorie d'atteintes comporte les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (autrement appelées « troubles somatoformes douloureux ») et d'autres affections psychosomatiques assimilées, dont précisément la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 3 et 4.1).

Dans un arrêt de principe du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral avait posé la présomption que les affections psychosomatiques pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible, si bien que les personnes concernées n'avaient en règle générale aucun droit à une rente de l'assurance-invalidité. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Au premier plan de ces critères figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée ; d'autres critères pouvaient tenir à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit d'une attitude coopérative de l'assuré. Plus ces critères se manifestaient et imprégnaient les constatations médicales, moins une exigibilité d'un effort de volonté pouvait être admise ; à l'inverse, le droit à des prestations d'assurance devait être nié si des limitations d'exercice d'une activité lucrative résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, comme une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très

démonstratives laissaient l'expert insensible, et l'allégation d'un lourd handicap malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 ; 131 V 49 ; 130 V 352 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1199 ss ; Jacques-André SCHNEIDER, L'invalidité, les douleurs dites « non objectivables » et le Tribunal fédéral : la rupture, in Regards de marathoniens sur le droit suisse, 2015, p. 409 ss).

c. Or, selon un nouvel arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources ; il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes ; un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré.

Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si l'assuré est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs), si possible en comparant le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la

survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie.

d. La nouvelle jurisprudence sur les troubles somatoformes et affections psychosomatiques assimilées est applicable au cas d'espèce, dès lors que la décision de l'intimé n'a pas acquis force de chose décidée (ATAS/364/2016 du 10 mai 2016 consid. 10c).

e. En l'espèce, s'ils ont retenu le diagnostic de fibromyalgie, les examinateurs du SMR et, à leur suite, l'intimé lui ont dénié tout caractère invalidant, en faisant référence logiquement aux critères jurisprudentiels posés par l'ATF 130 V 352 précité. Selon eux, il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa durée, l'épisode dépressif sévère ayant évolué favorablement ; il n'y avait pas non plus perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ; il n'y avait pas non plus résistance à un traitement conforme aux règles de l'art, la recourante ayant répondu favorablement à un tel traitement.

Il n'apparaît pas et les parties ne prétendent pas que s'il fallait retenir en l'espèce un diagnostic de fibromyalgie, l'application de la nouvelle jurisprudence conduirait à devoir admettre que cette atteinte à la santé psychosomatique générerait une incapacité de travail supplémentaire insurmontable par un effort de volonté exigible, qui viendrait s'ajouter à celle qui – selon l'expert judiciaire, dont la chambre de céans admet les conclusions – restreint la capacité de travail de la recourante à 50 % et, dans la mise en œuvre de sa capacité de travail résiduelle, diminue son rendement de l'ordre de 25 %. Sans doute le Dr M_____ n'a-t-il pas passé en revue les conditions auxquelles un caractère invalidant doit être reconnu à un trouble somatoforme douloureux, que ce soit au regard des critères de la jurisprudence devenue dans l'intervalle ancienne ou des indicateurs de la nouvelle jurisprudence. Et sans doute aussi le critère d'une comorbidité psychiatrique n'a-t-il plus le même poids qu'auparavant. L'expert judiciaire a cependant retenu les deux diagnostics intriqués l'un dans l'autre d'épisode dépressif moyen chronique et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe comme désignant les seules atteintes incapacitantes à la santé de la recourante.

La question peut au demeurant rester ouverte, dans la mesure où elle s'inscrit dans le contexte d'une hypothèse dont il y a lieu de retenir – avec la Dre J_____ et l'expert judiciaire – qu'elle n'est pas réalisée en l'espèce. Le diagnostic de fibromyalgie, posé initialement par le médecin traitant généraliste (non qualifié pour ce faire), apparaît avoir été retenu par l'intimé simultanément à la considération qu'il n'était pas incapacitant. La rhumatologue traitante J_____ a suivi la recourante régulièrement depuis novembre 2011 ; elle a contesté ledit diagnostic en connaissance de cause, soulignant que les plaintes de la recourante concernaient des douleurs localisées au niveau de l'épaule droite et des lombaires et

que les examens cliniques et radiologiques mettaient en évidence des signes de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de ladite épaule ainsi qu'un spondylolisthésis L5-S1 sur probable lyse isthmique bilatérale et discopathie L5-S1, constats assez similaires à ceux du Dr H_____, dont elle partageait l'avis que lesdites atteintes n'étaient pas incapacitantes, sous réserve de respecter les limitations fonctionnelles de la recourante. Il n'est par ailleurs nullement ressorti, devant l'expert judiciaire, que cette dernière souffrirait de fibromyalgie.

7. a. L'intimé a utilisé sa dernière écriture pour mettre en doute que la recourante remplît les conditions d'assurance, autrement dit pour laisser entendre qu'elle pourrait avoir été sinon fût déjà atteinte d'invalidité lors de son entrée en Suisse en septembre 1994, en tirant argument du fait que, d'après l'expert judiciaire, elle avait subi dans son enfance et sa jeunesse au Kurdistan iranien et en Irak des traumatismes qui expliquaient l'épisode dépressif moyen chronique et la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe que celui-ci avait diagnostiqués.

b. La condition de la durée minimale de cotisation ouvrant droit à la rente doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité. Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449). Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'intéressé ; il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et il ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance (ATF 126 V 157 consid. 3a ; 118 V 79 consid. 3a et les références ; 103 V 130 ; ATAS/212/2011 du 21 février 2011 consid. 6c ; ATAS/311/2013 du 26 mars 2013 consid. 9 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1232). La survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est ainsi réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première fois (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], n. 1028).

La LAI ne repose pas sur une notion uniforme du cas d'assurance. Celui-ci doit être envisagé et déterminé par rapport à chaque prestation entrant concrètement en ligne de compte (« System des leistungsspezifischen Versicherungsfalles »). Il faut examiner pour chaque prestation pouvant entrer en considération selon les circonstances, au sens de l'art. 4 al. 2 LAI, quand l'atteinte à la santé est susceptible, de par sa nature et sa gravité, de fonder le droit à la prestation particulière (ATF 140 V 246 consid. 6.1 ; 126 V 241 consid. 4 ; ATAS/220/2015 du 24 mars 2015 consid. 8b ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1234).

S'agissant d'une rente, l'invalidité est réputée survenue au moment où le droit à la rente prend naissance, c'est-à-dire au moment où – à teneur de l'actuel art. 28 al. 1

LAI (cf. art. 29 al. 1 aLAI) – l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne depuis une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année son incapacité de travail ait perduré à 40 % au moins, les conditions supplémentaires conditionnant le droit à la rente prévues par l'art. 29 LAI restant réservées (Michel VALTERIO, op. cit., n. 1237 ; CIIAI, n. 1029).

L'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne crée pas un nouveau cas d'assurance. En revanche, l'apparition d'une atteinte à la santé complètement différente de l'atteinte initiale peut faire survenir un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 ; CIIAI, n. 1028.1). Le principe de l'unité du cas d'assurance n'est pas absolu ; il cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou lorsque l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les différentes phases, qui deviennent autant de cas nouveaux de survenance d'invalidité (ATF 126 V 10 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 54/03 du 13 janvier 2004 consid. 3 ; ATAS/212/2011 du 21 février 2011 consid. 6c ; Michel VALTERIO, op.cit., n. 1235).

c. En l'espèce, si les principaux traumatismes subis par la recourante remontent à une période antérieure à son installation en Suisse, il n'est nullement établi qu'ils auraient développé des effets sur sa santé et sa capacité de gain avant ce moment-là et même avant plusieurs années plus tard, de surcroît dans une mesure suffisante en termes de temps et d'intensité. Il appert au contraire qu'après s'être occupée de ses alors très jeunes enfants, elle a suivi, durant cinq mois en 1999, une formation « nettoyage et entretien » et que – dans la mesure où les conditions du marché du travail le lui ont permis, de même que son analphabétisme, sa mauvaise maîtrise du français et le souhait de continuer à s'occuper de ses enfants (la cadette ayant alors cinq ans) –, elle a effectivement travaillé, fût-ce au bénéfice de prestations sociales, durant des périodes entrecoupées de périodes de chômage (sans qu'elle ne soit déclarée inapte au placement), et ce jusqu'en automne 2003, soit plus de neuf ans après son installation en Suisse.

La recourante apparaît n'avoir pas consulté de médecins, du moins pour des motifs durablement incapacitants, avant la fin des années 2000. Dans son rapport médical du 8 septembre 2011, le Dr D_____ a évoqué des problèmes de santé remontant à plusieurs années mais s'étant aggravés depuis 2009. Les rapports radiologiques du Dr O_____ des 17 août 2010, 26 avril 2011 et 3 mai 2011 n'autorisent pas à conclure à une atteinte à la santé incapacitante, pas davantage que le rapport du Dr F_____ du 23 décembre 2010. Dans son rapport du 19 septembre 2011, la Dre G_____ fait remonter l'épisode dépressif qu'elle avait diagnostiqué à quelque huit ans, donc à l'année 2003, qui est l'année où le couple s'est séparé (l'année 2011 étant celle du divorce) ; quant au trouble de la personnalité évitante que ladite psychiatre avait par ailleurs diagnostiqué, il remontait certes à l'adolescence mais était sans effet sur la capacité de travail. Dans leur rapport du 21 mai 2012, les

examineurs du SMR ont fait mention de dorsolombalgies communes évoluant depuis 1994, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail ; ils ont conclu que, sur le plan psychiatrique, la recourante avait eu une incapacité de travail de 20 % au moins depuis début 2011, qui s'était améliorée à partir de mars 2012, si bien que sa capacité de travail exigible était, selon eux, de 100 % dans toute activité à partir de mars 2012. Selon le rapport médical du 11 mai 2012 de la Dre J_____, la recourante présentait des lombalgies de longue date et des douleurs de l'épaule droite depuis mi-2011, sans en inférer d'incapacité de travail sous réserve du respect des limitations fonctionnelles. Dans son rapport d'expertise du 17 novembre 2015, le Dr M_____ a fait mention d'une incapacité de travail vraisemblablement présente depuis novembre 2011, puis d'une amélioration, suivie d'une aggravation depuis mars 2012.

L'objection esquissée par l'intimé que la recourante ne remplirait pas les conditions d'assurance doit donc être rejetée.

8. a. Dès lors qu'il a décidé que la recourante avait une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle, l'intimé ne s'est pas prononcé sur le statut qu'il y a lieu de reconnaître à la recourante pour la ou les périodes entrant ici en considération, à savoir en particulier si, à défaut d'atteinte incapacitante à la santé, celle-ci aurait exercé une activité lucrative (ce qui apparaît être le cas, vu qu'elle s'était mise à travailler dès 1999, du moins à temps partiel), le cas échéant à plein temps ou à temps partiel.
- b. Or, cette question est déterminante pour l'évaluation de l'invalidité. En effet, pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI).

La méthode mixte s'applique aux assurés qui se consacrent pour partie à l'exercice d'une activité lucrative à temps partiel et pour partie à l'accomplissement de leurs tâches ordinaires, en particulier ménagères. Elle revient à déterminer l'invalidité respectivement selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus pour la part dite professionnelle, et la méthode spécifique pour la part dite ménagère ou des travaux habituels (art. 28a LAI et 27 et 27bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; art. 8 al. 3 et art. 16 LPGa). La part respective de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels s'établit d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux 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, par rapport à un plein temps (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 104 V 136 consid. 2a).

c. Si donc il y a lieu d'annuler la décision attaquée, parce qu'une incapacité de travail de 50 % et une baisse de rendement de l'ordre de 25 % dans la mise en œuvre de sa capacité de travail résiduelle doivent être reconnues à la recourante, il importe encore d'évaluer son invalidité, en déterminant notamment son statut, les activités professionnelles qui lui sont effectivement accessibles compte tenu desdits effets de ses atteintes à la santé, au besoin (en cas de statut mixte) ses empêchements à effectuer ses travaux ménagers, et/ou d'effectuer une comparaison de ses revenus sans et malgré son invalidité, au surplus sur des bases actualisées au jour où, après avoir repris et complété l'instruction du dossier, l'intimé rendra une nouvelle décision.

9. a Le recours sera ainsi partiellement admis, et la décision attaquée annulée, la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.

b. La procédure n'étant pas gratuite, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 300.- (art. 69 al. 1^{bis} phr. 2 in fine LAI).

c. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, respectivement à l'assistance juridique (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), indemnité qui sera arrêtée à CHF 1'500.- compte tenu du fait que le recours est admis partiellement. Le bénéfice de l'assistance juridique n'implique pas qu'une telle indemnité ne doive pas être allouée ; elle est prise en compte par le service de l'assistance juridique, qui en a automatiquement connaissance au moment où il traite l'état de frais que lui adresse le moment venu l'avocat nommé d'office.

* * * * *

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 28 février 2013.
4. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 300.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
6. Alloue à Madame A_____ une indemnité de procédure de CHF 1'500.-, à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
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

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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