
EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1961, titulaire d'un certificat de secrétaire, a exercé différents emplois jusqu'à la naissance de sa fille en 1991. Elle a ensuite cessé toute activité lucrative jusqu'en 2000, année au cours de laquelle elle a entrepris une formation en tant qu'aide familiale au sein de la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (ci-après : la FSASD). Elle a obtenu un certificat fédéral de capacité le 31 août 2002 et a été engagée par la B_____ à 80% à partir du 1^{er} septembre 2002. Séparée depuis 2000, elle a divorcé en 2005.
2. Le 17 octobre 2007, l'assurée a chuté dans les escaliers et subi une déchirure de type III de la face profonde du tendon du sus-épineux de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, ainsi qu'une entorse cervicale bénigne. Le 20 décembre 2007, une réparation arthroscopique de la coiffe a été réalisée, dont les suites furent douloureuses et compliquées par une capsulite rétractile. Le 15 janvier 2008, elle a subi une bursectomie sous-acromiale, une acromioplastie modérée et une suture du tendon du sus-épineux (cf. rapports des 15 janvier et 5 mai 2008 du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).
3. En date du 11 novembre 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en raison de ses troubles à l'épaule droite.
4. Par rapport du 19 novembre 2008, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué à l'OAI que l'assurée souffrait d'un déficit de la mobilité et que des douleurs résiduelles étaient à craindre. L'incapacité de travail avait été de 100% du 17 octobre 2007 au 16 novembre 2008 et était de 50% depuis le 17 novembre 2008.
5. Mandaté par l'assureur-accidents, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu un rapport le 13 août 2009. Il a diagnostiqué une rupture subtotale du sus-épineux droit, suturée en janvier 2008, une entorse cervicale stade I, une capsulite rétractile de l'épaule droite, une discrète discopathie C4-C5 et une arthrose acromio claviculaire droite débutante. La récupération fonctionnelle au niveau de la capsulite rétractile était bonne, la mobilité étant quasi complète. Malgré la persistance d'une faiblesse au niveau des rotateurs externes et un discret déséquilibre scapulo-thoracique, une reprise du travail à temps complet était possible sans contre-indication, avec une éventuelle diminution de rendement de 20% le premier mois.
6. Par décision du 15 septembre 2009, confirmée sur opposition le 3 février 2010, l'assureur-accident a mis un terme au versement de l'indemnité journalière au 30 septembre 2009, au motif que l'assurée disposait objectivement de la capacité de travail nécessaire pour exercer son activité.
7. Le 2 février 2010, l'assurée a été victime d'un nouvel accident. Suite à une chute dans la rue, elle a présenté des contusions sans gravité du côté droit, au niveau du

genou, du poignet, du thorax et de l'épaule. La capacité de travail a été fixée à 50% dès le jour du sinistre (cf. rapport du 22 février 2010 du docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie).

8. Sur demande de l'assureur-accidents, le docteur G_____, chirurgien-orthopédiste FMH, a examiné l'assurée le 18 février 2010 et conclu, dans son rapport du 2 mars 2010, qu'il n'y avait aucune modification objective du status de l'épaule droite, dont la récupération fonctionnelle était quasi complète en comparaison des examens préalables. Le traitement des suites de l'accident du 2 février 2010 était terminé et la capacité de travail constatée le 18 février 2010 identique à celle existant le 1^{er} février 2010. L'assurée lui avait déclaré qu'elle aimerait bien travailler à 80%, mais n'y arrivait pas. Elle ne souhaitait pas perdre son travail qu'elle adorait et qui lui permettait d'entretenir sa fille aux études.
9. Dans un rapport du 22 mars 2010, le Dr F_____ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et que sa capacité de travail dans l'activité d'aide familiale était de 50% depuis le 2 février 2010, mais entière dans une activité d'employée de bureau. Un reclassement professionnel était sollicité.
10. Un arthro-CT de l'épaule droite réalisé le 3 mai 2010 a révélé une rupture subtotale du tendon sans rétraction encore évidente (cf. rapport du 7 mai 2010 du centre d'imagerie Rive droite) et le Dr F_____ a attesté d'une totale incapacité de travail dès le 28 mai 2010 (cf. feuille accident LAA).
11. En date du 29 juillet 2010, l'assurée a subi une ténodèse du long chef du biceps et une réinsertion du sus-épineux par voie arthroscopique (cf. rapport opératoire du 19 août 2010 du docteur H_____, chirurgien-orthopédiste et chef de clinique du service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires du canton de Genève [ci-après : HUG]). À la suite de cette opération, elle a présenté une incapacité de travail de 100% jusqu'au 30 novembre 2010 puis de 50% dès le 1^{er} décembre 2010 (cf. lettre de sortie des HUG du 10 août 2010 et rapport du 12 novembre 2010 du docteur I_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation).
12. Par décision sur opposition du 28 janvier 2011, l'assureur-accidents a confirmé sa décision du 30 mars 2010, considéré que le traitement des suites de l'accident du 2 février 2010 était terminé et mis un terme au versement de l'indemnité journalière au 14 mars 2010. L'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre de céans.
13. Dans un rapport du 11 février 2011, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué à l'OAI que la mobilité demeurerait limitée en actif avec une importante fatigabilité. Le pronostic semblait favorable, mais une reprise de l'activité habituelle semblait totalement impossible.
14. Le 1^{er} avril 2011, l'assurée, en incapacité totale de travail, s'est inscrite à l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) se déclarant disposée à travailler à 100%.

-
15. Par rapport du 25 mai 2011, la Dresse J_____ a relevé que l'état de santé de sa patiente était stationnaire et très algique. La capacité de travail dans l'activité d'aide familiale était nulle, l'assurée ne pouvant ni effectuer des mouvements répétés ni porter des charges. Une demande de consultation de la douleur aux HUG était mentionnée.
 16. Dans un certificat du 12 juillet 2011, la Dresse J_____ a retenu que la capacité de travail était de 50% dès le 2 août 2011 dans un poste adapté.
 17. L'assurée ayant effectué des recherches d'emploi à 50% dès cette date, elle a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage (cf. courrier de l'OCE du 11 août 2011).
 18. En date du 14 août 2011, le Prof. H_____ a indiqué à l'OAI que l'incapacité de travail de l'assurée était totale depuis octobre 2007 et que les restrictions comprenaient le travail avec les bras au-dessus de la tête et le port de charges. En outre, les capacités de concentration et de résistance étaient limitées par les douleurs.
 19. Le docteur K_____, spécialiste FMH en orthopédie et médecin auprès du service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, a rendu un rapport le 10 novembre 2011 suite à l'examen orthopédique de l'assurée le 29 septembre 2011. Il a diagnostiqué des douleurs persistantes de l'épaule droite, un status après une réinsection itérative du tendon du sus-épineux, une arthrose acromio-claviculaire à droite, atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail, ainsi que des varices des membres inférieurs sans effets sur ladite capacité. Il a conclu à une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité habituelle, et ce depuis le premier accident. L'assurée avait donc travaillé possiblement au-dessus de ses forces dans un emploi inadapté lorsqu'elle avait repris son travail habituel à 50% le 17 novembre 2008. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du membre supérieur droit, la capacité de travail était évaluée à 70% à partir du 1^{er} février 2011, soit six mois après la dernière intervention chirurgicale.
 20. Par avis du 13 décembre 2011, un médecin du SMR a rappelé les conclusions du Dr K_____ et considéré qu'il appartenait au service de réadaptation de traduire les limitations fonctionnelles en termes de métiers.
 21. a. Dans le cadre de la procédure opposant l'assurée à son assureur-accidents, la chambre de céans a confié une expertise judiciaire au professeur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, spécialiste de l'épaule et chef du service orthopédique au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV). Dans son rapport d'expertise du 13 juin 2012, ce médecin a diagnostiqué des cervico-scapulalgies droites chroniques avec une tendinopathie résiduelle du sus-épineux, un status après une arthroscopie de l'épaule droite, une ténodèse du long biceps, une réinsertion du sus-épineux le 29 juillet 2010, ainsi qu'un status après une arthroscopie de l'épaule droite, une acromioplastie et une réparation du sus-épineux le 15 janvier 2008. Les lésions objectives concordaient avec les plaintes de

l'assurée. La situation médicale était actuellement stabilisée, mais nécessitait une médication antalgique et anti-inflammatoire régulière, ainsi qu'un traitement d'appoint de physiothérapie associé à une balnéothérapie. Il a considéré que les troubles actuels étaient en lien de causalité avec les accidents des 2 février 2010 et 17 octobre 2007. Le second sinistre avait entraîné une aggravation durable de l'état dégénératif antérieur remontant au premier accident, aggravation qui ne pouvait pas être considérée comme guérie car il persistait un état douloureux chronique lié à une tendinopathie résiduelle du sus-épineux. Dans l'activité d'aide aux soins à domicile, la capacité de travail pouvait être évaluée actuellement à 50% du taux habituel. L'assurée ne pouvait ni porter régulièrement des charges de plus de 5 kg, ni élever fréquemment le bras droit au-dessus de l'horizontale. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle avait été de 100% dès le 17 octobre 2007 (premier accident), 50% dès le 16 juillet 2008 (six mois après la première intervention), 100% dès le 2 février 2010 (deuxième accident) et 50% dès le 30 janvier 2011 (six mois après la deuxième opération). Il n'y avait pas de diminution de rendement. Une activité lucrative adaptée était raisonnablement exigible à 100%. L'atteinte à l'intégrité pouvait être évaluée à 10% (périarthrite scapulo-humérale moyenne).

b. Par arrêt du 27 mars 2013 (ATAS/318/2013), la chambre de céans a partiellement admis le recours de l'assurée et annulé les décisions de l'assureur-accidents des 30 mars 2010 et 28 janvier 2011. Elle a notamment considéré, sur la base de l'expertise du Dr L_____, que les troubles de l'épaule droite étaient en relation de causalité avec les deux événements accidentels et que l'intéressée avait droit à des prestations de la part de son assureur-accidents dès le 17 octobre 2007 et au-delà du 14 mars 2010.

22. L'OAI a octroyé à l'assurée des indemnités journalières durant le délai d'attente avant le début d'un reclassement professionnel et pendant ce dernier, soit au cours des périodes suivantes :

- du 6 juillet au 30 septembre 2012 dans l'attente du début d'un stage (cf. communications de l'OAI des 17 juillet et 4 décembre 2012) ;
- du 1^{er} octobre au 30 novembre 2012 dans le cadre d'un stage pratique alors que l'assurée avait été engagée à 50% par M_____ en qualité de secrétaire, indemnités accordées sous déduction du salaire versé par l'employeur (cf. communication de l'OAI du 21 décembre 2012) ; l'engagement a toutefois été résilié pour le 16 novembre 2012 ;
- du 26 novembre 2012 au 1^{er} février 2013 durant une formation en comptabilité auprès de N_____ (cf. communication de l'OAI du 21 décembre 2012) ;
- du 2 février au 30 avril 2013 pendant le délai d'attente d'une nouvelle mesure de formation pratique (cf. communications de l'OAI des 27 février, 3 et 24 avril 2013) ;

- du 1^{er} mai 2013 au 30 avril 2014 au cours d'une formation pratique en emploi en tant que secrétaire et aide-comptable auprès de O_____ ; le temps de présence initial était de 50%, pour atteindre un taux de 70% au terme de la mesure (cf. communications de l'OAI des 22 avril, 25 novembre 2013 et 3 février 2014).
- 23. Selon une note interne de l'OAI du 31 mai 2013, l'assurée était très motivée par sa formation chez O_____. Toutefois, elle signalait des douleurs articulaires liées à une mauvaise position de hauteur du bureau, de chaise et d'organisation du poste de travail, précisant devoir manipuler de lourds classeurs.
- 24. Sur demande de l'OAI, une analyse d'ergothérapie professionnelle a été réalisée par les HUG. Selon le rapport y relatif du 9 août 2013, il convenait de limiter la sollicitation du membre supérieur droit et du rachis cervical en mettant en place diverses mesures d'adaptation (support de document, pour ordinateur, chaise de bureau, souris plus grande, repose-pied). L'OAI a pris en charge l'aménagement du poste de travail de l'assurée selon ces propositions (cf. communication de l'OAI du 14 août 2013). À partir du mois d'août 2013, l'assurée a augmenté son temps de travail, passant de 4 à 5 heures par jour.
- 25. L'assurée a indiqué à l'OAI le 15 octobre 2013 que l'adaptation de son poste n'était toujours pas achevée et qu'elle n'avait pas pu augmenter à nouveau son taux d'activité. Elle était en l'état au maximum de ses possibilités car elle devait gérer ses douleurs et présentait des difficultés sur le plan cognitif en raison du traitement médicamenteux.
- 26. Le 6 mai 2014, une séance s'est tenue entre un gestionnaire de l'OAI, des collaborateurs de O_____ et l'assurée afin d'établir un bilan de la mesure professionnelle. Selon le document y relatif, les responsables de l'assurée relevaient la persévérance de cette dernière, son assiduité, son sens du détail, la bonne qualité de son travail, sa bonne intégration et son implication. Ses connaissances et compétences avaient positivement évolué. Depuis cinq mois, elle travaillait à 70%. De manière générale, la collaboration avait été très appréciée et un éventuel engagement avait été évoqué. Cependant, le budget actuel ne le permettait pas. Lorsque l'assurée avait pris la parole, elle avait fait part de nombreuses revendications, soulevant que les tâches confiées ne correspondaient pas toujours à ses attentes et besoins, et relevant que d'autres personnes venaient d'être engagées, de sorte qu'elle attribuait le refus la concernant à son handicap, critiques qui avaient immédiatement été contestées par ses responsables. L'assurée a également considéré que le suivi de l'OAI était insuffisant et que la méthode de la dernière formation octroyée ne lui convenait pas. Elle s'interrogeait sur son aptitude à travailler au regard de ses nombreuses limitations fonctionnelles et de son âge. Elle mentionnait en outre des problèmes auditifs, des difficultés de concentration et une fatigue. Elle estimait ne pas être en mesure de travailler à plus de 50%.

-
27. D'après une note interne de l'OAI du 7 mai 2014, la Dresse J_____ avait indiqué au début du mois d'avril 2014 au SMR que l'assurée craignait pour son avenir professionnel et pensait ne pas pouvoir travailler à temps plein. La Dresse J_____ avait adressé sa patiente à un spécialiste pour un soutien psychothérapeutique.
28. Par rapport du 25 août 2014, la doctoresse P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu, à titre de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec une réaction anxio-dépressive (F43.22) et des facteurs psychologiques influençant les douleurs (F54). Elle a également mentionné un probable trouble de la personnalité sans effet sur ladite capacité. L'assurée, qu'elle suivait depuis le 3 avril 2014, présentait un état anxio-dépressif lié à des inquiétudes sur son avenir professionnel. Le traitement consistait en des entretiens hebdomadaires et la prise d'Efexor. L'assurée présentait des douleurs, des acouphènes, une fatigabilité, une lenteur et des difficultés d'attention, d'adaptation, de résistance et de concentration, de sorte que sa capacité de travail était réduite à 50% depuis le 1^{er} août 2014.
29. Dans une appréciation non datée, le docteur Q_____, médecin auprès du SMR, a estimé que les atteintes relevées par la Dresse P_____ n'avaient pas l'intensité suffisante pour être reconnue au sens de l'assurance-invalidité, de sorte que les conclusions du SMR du 13 décembre 2011 demeuraient valables.
30. L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage, dont le rapport a été rendu le 13 avril 2015. Il en ressort notamment que l'assurée aurait continué à travailler au même taux sans atteinte à la santé, étant précisé que le fait de travailler à 80% était un choix personnel. L'enquêtrice a mentionné que les atteintes à la santé consistaient en des douleurs à l'épaule droite. À l'issue de ses observations, l'empêchement sans exigibilités dans les travaux habituels était de 21%.
31. Le 4 juin 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait examiné son droit à une rente. Selon ses constatations, l'assurée consacrait 80% à son activité professionnelle et 20% à l'accomplissement de ses travaux habituels.

Depuis le 1^{er} octobre 2007, l'empêchement dans la tenue du ménage était de 21%, ce qui correspondait à une invalidité de 4.25%.

S'agissant de l'activité professionnelle, le SMR était d'avis que la capacité de travail était de 0% depuis le 17 octobre 2008, soit depuis la fin du délai d'attente d'un an, de sorte que le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle était de 80% et le degré d'invalidité total de 84.25%, ce qui ouvrait le droit à une rente à compter du 1^{er} octobre 2008.

À partir du 1^{er} décembre 2008, le SMR considérait que la capacité de travail était de 50% d'un 100%, ce qui correspondait à un degré d'invalidité dans la sphère professionnelle de 30%, soit un degré d'invalidité total de « 34.20% », lequel était insuffisant pour lui accorder une rente.

Dès le 1^{er} mai 2010, l'incapacité de travail était totale dans toute activité professionnelle, de sorte que l'assurée avait à nouveau droit à une rente entière, sur la base d'un degré d'invalidité de 84%.

Depuis le 1^{er} février 2011, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle, mais de 70% dans une activité adaptée. Il convenait donc de calculer la perte économique qui en résultait. Selon les indications de l'employeur, l'assurée aurait pu prétendre à un revenu annuel de CHF 65'267.- en 2011. Quant au salaire d'invalidé, référence était faite à l'ESS 2010, tableau TA1, total, niveau 4, ce qui donnait un salaire de CHF 37'267.- pour une femme exerçant à 70%. Compte tenu d'un abattement de 10%, le revenu d'invalidé était de CHF 33'541.-. Ainsi, la perte de gain s'élevait à CHF 31'726.-, soit 49%, ce qui correspondait à une invalidité de 39% dans la sphère professionnelle et à une invalidité de 43.25% au total. Le droit à la rente entière était donc remplacé par un quart de rente après trois mois d'amélioration de la capacité de gain, à savoir dès le 1^{er} mai 2011. Ce droit était ouvert jusqu'au troisième mois civil entier après le début du versement des indemnités journalières.

Ainsi, dès le 1^{er} novembre 2012, le versement du quart de rente s'éteignait en raison de l'octroi dès le 6 juillet 2012 d'indemnités journalières.

La formation s'était achevée avec succès le 30 avril 2014 et d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. L'assurée avait par ailleurs déposé une demande de prestations auprès de l'OCE le 30 juin 2014 et bénéficiait d'indemnités de chômage. À l'issue du reclassement, soit à partir du 1^{er} mai 2014, le degré d'invalidité total était de 38.33% (34.08% dans l'activité professionnelle et 4.25% dans l'activité habituelle), de sorte que l'assurée n'avait plus le droit à une rente. En effet, la perte de gain s'élevait à CHF 27'864.-, compte tenu d'un revenu sans invalidité arrêté à CHF 65'374.- en 2013 selon les informations communiquées par l'employeur et d'un salaire avec invalidité CHF 37'510.- (CHF 59'135.- selon les ESS 2012, T1 skills level secteur privé et public, domaine d'activité 82, de type administrative, tableau NOGA08, pour une femme travaillant dans une activité de niveau 2, avec une réduction de 10% était appliquée et compte tenu d'un taux d'activité de 70%).

32. Le 1^{er} juillet 2015, l'assurée a contesté disposer d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée.

Elle a transmis à l'OAI un rapport du 25 juin 2015 de la Dresse J_____, laquelle a relevé que la mobilité au niveau de l'épaule était complète, mais que l'assurée présentait des douleurs lors de l'élévation répétée et lors du port de charges avec une dysfonction scapulo-thoracique associée. Plusieurs traitements avaient été tentés (antidépresseurs et antalgiques), mais avaient entraîné des effets secondaires importants. Actuellement, l'assurée contrôlait modérément les douleurs par la prise régulière de Voltaren, de Dafalgan et par une séance hebdomadaire de physiothérapie. Toutes les tentatives de reprise d'une activité professionnelle dans

un poste de bureau avaient engendré d'importantes douleurs. L'assurée était inapte à travailler au-delà de 50% en raison de ses douleurs chroniques dans un poste nécessitant la manipulation de dossier, l'utilisation continue d'un ordinateur et du classement. En outre, elle présentait d'autres problèmes de santé impliquant d'autres spécialistes.

33. Dans un avis du 22 octobre 2015, le Dr Q_____ a estimé que le rapport de la Dresse J_____ constituait une évaluation différente d'un même état de fait et ne modifiait par conséquent pas l'opinion du SMR.
34. Par décision du 23 mars 2016, l'OAI a repris les termes de son projet de décision et fixé le degré d'invalidité à 84% du 1^{er} octobre au 30 novembre 2008, 34% du 1^{er} décembre 2008 au 30 avril 2010, 84% du 1^{er} mai 2010 au 30 avril 2011, 43% du 1^{er} mai 2011 au 31 octobre 2012 et 38% dès le mois de mai 2014. Il a ainsi accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre au 30 novembre 2008 et du 1^{er} mai 2010 au 30 avril 2011, ainsi qu'un quart de rente du 1^{er} mai 2011 au 31 octobre 2012, lequel s'est éteint le 1^{er} novembre 2012 en raison des indemnités journalières versées depuis le 6 juillet 2012.
35. Par acte du 3 mai 2016, l'assurée, par l'intermédiaire d'un conseil, a interjeté recours contre la décision précitée. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition de la Dresse R_____, à ce qu'il soit demandé à la B_____ quel aurait été son salaire pour un emploi en classe 10 exercé à 100% en 2011, respectivement en 2014, et à ce qu'une expertise bidisciplinaire soit confiée à un médecin psychiatre et à un spécialiste de l'épaule. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision entreprise, à ce que l'intimé soit condamné à lui verser une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre au 30 novembre 2008, avec intérêts à 5% l'an depuis le 31 octobre 2008, une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2010 au 30 avril 2011, avec intérêts à 5% l'an depuis le 31 octobre 2010, une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mai 2011 au 31 octobre 2012, avec intérêts à 5% l'an depuis le 31 janvier 2012, une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mai 2014, avec intérêts à 5% l'an depuis le 30 avril 2015.

La recourante a exposé ne pas contester la décision pour la période antérieure à mai 2011, mais considérer qu'elle aurait dû être mise en bénéfice d'une demi-rente du 1^{er} mai 2011 au 31 octobre 2012 et d'une rente entière dès le 1^{er} mai 2014.

Elle a critiqué la méthode d'évaluation de l'invalidité retenue par l'intimé et allégué qu'elle avait eu l'intention, avant d'être atteinte dans sa santé, d'augmenter son taux d'activité à 100% dès que sa fille aurait terminé sa scolarité post obligatoire, soit au plus tard à la fin de l'année 2010. Cela étant, le degré d'invalidité obtenu par application de la méthode mixte était erroné puisque l'enquête ménagère ne tenait pas compte des limitations liées aux pathologies psychiatriques récemment diagnostiquées.

Elle a également remis en cause les calculs du taux d'invalidité, soutenant qu'elle avait projeté, avant son accident, de suivre une formation d'aide en soins et santé

communautaire afin de retrouver un emploi plus stimulant et mieux rémunéré, et considérant que l'intimé aurait dû appliquer un abattement de 20% au minimum.

Pour la période du 1^{er} mai 2011 au 31 octobre 2012, elle a relevé ne pas disposer des données de l'employeur quant au salaire qu'elle aurait pu recevoir en 2011 dans une classe supérieure, mais selon ses calculs, basés sur le salaire communiqué et adapté à un taux d'activité de 100%, son degré d'invalidité était de 58.9% au moins, ce qui lui donnait en tout cas droit à une demi-rente.

Concernant l'évaluation de sa capacité de travail depuis la fin de son reclassement professionnel, elle a relevé que la Dresse J_____ avait retenu que ladite capacité était limitée à 50% d'un point de vue orthopédique. En outre, son état de santé psychique s'était sensiblement détérioré depuis la fin de la mesure de reclassement et sa psychiatre avait estimé à 50% sa capacité de travail sous un angle purement psychiatrique. Elle a rappelé avoir rencontré, dès le mois d'octobre 2013, des difficultés sur le plan cognitif liées au traitement médicamenteux qu'elle devait suivre pour soulager ses douleurs. Ses capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées, et son rendement était réduit en raison d'une lenteur et de difficultés attentionnelles. En outre, elle souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme, avait développé un trouble délirant et présentait des idées suicidaires. Son incapacité de travail était d'au moins 50% dès le 1^{er} mai 2014 en raison d'atteintes physiques et psychiques et de 100% depuis le 15 octobre 2015 au plus tard en raison des seules atteintes psychiques couplées à l'incapacité de 50% restée inchangée pour les atteintes physiques. Selon ses calculs, son taux d'invalidité devait être fixé à 71% au moins dès le mois de mai 2014, compte tenu d'un revenu d'invalidité CHF 23'654.- et d'un revenu de valide de CHF 81'717.-, ajoutant que l'employeur devrait être interrogé sur le salaire qu'elle aurait pu percevoir à 100% en classe 10 en 2014.

Depuis le 15 octobre 2015, son degré d'invalidité était de 100% puisqu'elle était en incapacité totale de travailler dans toute activité.

À l'appui de son recours, elle a notamment produit :

- un rapport du 17 janvier 2013 de la Dresse J_____, laquelle avait constaté que l'évolution au niveau de l'épaule était favorable ; toutefois, lors de travail de bureau à l'informatique trop soutenu ou le port d'archives, elle présentait de nouveau des douleurs ;
- un bilan à l'échéance de son atelier de comptabilité du 26 novembre 2012 au 1^{er} février 2013 : il en ressort que la recourante était appliquée, avait effectué les tâches avec précision, s'était investie, avait respecté les délais et les consignes ; ponctuelle et persévérante, malgré certaines difficultés liées aux douleurs physiques persistantes, elle avait été motivée, efficace et aimable ;
- des échanges de courriels entre l'ergothérapeute des HUG et la responsable de stage chez O_____ concernant le fauteuil de bureau mis à la disposition de la recourante, lequel n'était pas adéquat ;

-
- un questionnaire de l'OCE rempli par la recourante en septembre 2014 et mentionnant qu'elle présentait une capacité de travail à 50% et cherchait un emploi à ce taux ;
 - des échanges de courriels entre la recourante et la Dresse P_____, faisant état des effets secondaires de certains médicaments, d'acouphènes violents et de douleurs à l'épaule droite ;
 - un certificat médical du 26 octobre 2015 de la doctoresse R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, attestant d'une totale incapacité de travail du 15 octobre à fin novembre 2015 ;
 - un contrat de mandat du 16 janvier 2016 par lequel elle acceptait de recevoir à domicile des clients afin de constituer leurs dossiers fiscaux, contre une commission de CHF 28.- par dossier ;
 - un rapport du 21 avril 2016 de la Dresse R_____, laquelle a diagnostiqué un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et un trouble délirant (F22.8) à thème persécutoire ; la recourante était actuellement dans un état dépressif profond, jusqu'à avoir des idées suicidaires ; le syndrome douloureux somatoforme était évident, le point de départ ayant été l'accident initial et les douleurs extrêmement importantes ; elle avait développé un trouble délirant concernant un physiothérapeute qui l'avait « massacrée » selon ses termes, en faisant une manœuvre brusque ; ce diagnostic était très important car il constituait la clé de voûte qui verrouillait toute possibilité de se rétablir ; il s'agissait d'un délire dans le sens que la recourante l'évoquait avec une conviction inébranlable et y revenait souvent pour décrire la scène lorsqu'elle était en confiance avec son interlocuteur ; elle considérait que le physiothérapeute s'était vengé car elle avait osé dire qu'elle n'allait pas assez bien avec son traitement ; dans ce contexte, les idées suicidaires étaient à prendre très au sérieux ; le délire était bien structuré et ne faisait pas partie de la dépression, mais il la renforçait.

36. Dans sa réponse du 30 mai 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 23 mars 2016. S'agissant du statut de la recourante, il a relevé que cette dernière aurait vraisemblablement continué à exercer une activité lucrative à temps partiel si elle avait été en bonne santé, comme cela ressortait du rapport d'enquête ménagère. L'abattement de 10% tenait compte de l'âge de la recourante et l'ensemble des facteurs énumérés par le Tribunal fédéral ne pouvait pas être pris en considération dans le cas d'espèce.

L'intimé a annexé un avis émis le 19 mai 2016 par la doctoresse S_____, médecin au SMR, laquelle a notamment relevé que le rapport de la Dresse R_____ allait dans le sens d'une aggravation sur le plan psychique, avec une évolution du tableau douloureux vers un trouble somatoforme, indiquant que ce tableau comportait une part subjective qui n'était pas complètement expliquée par les éléments objectifs. Il

s'agissait d'une nouvelle atteinte dont les répercussions sur la capacité de travail étaient à apprécier à la lumière des indicateurs standards, en tenant compte des comorbidités psychiatriques rapportées qui étaient également de nouveaux diagnostics. Toutefois, le rapport de la Dresse R_____ ne permettait pas de préciser à partir de quand cette aggravation était observée, notamment quand le trouble délirant était apparu. En outre, les informations étaient lacunaires. Le status psychiatrique, les limitations fonctionnelles, l'évolution de la capacité de travail (taux et dates), le type de prise en charge, la compliance n'étaient pas décrits. Dans ce contexte, le SMR n'était pas en mesure de déterminer si l'aggravation était antérieure ou postérieure à la décision attaquée et il n'était pas possible non plus de se positionner quant à la capacité de travail exigible résiduelle.

37. Par réplique du 22 juillet 2016, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions. Elle a rappelé qu'elle avait travaillé à temps complet avant la naissance de sa fille, qu'elle avait repris une activité professionnelle dès que l'âge de celle-ci le lui avait permis, qu'elle était divorcée et bénéficiait de petits moyens financiers, de sorte que sa situation aurait rendu nécessaire une reprise à temps complet une fois sa fille devenue indépendante. Elle s'était d'ailleurs inscrite en avril 2011 auprès de la caisse de chômage en vue de trouver un emploi à temps plein. S'agissant de sa capacité de travail, elle a relevé que la dégradation de son état de santé psychique avait été constatée en 2014 par la Dresse J_____ qui l'avait orientée vers un psychiatre, ce dont l'intimé avait été informé en mai 2014. En outre, une symptomatologie psychiatrique avait été mise en évidence à tout le moins en août 2014 par la Dresse P_____ qui avait indiqué que les troubles diagnostiqués influençaient la capacité de travail.
38. Le 22 août 2016, l'intimé a dupliqué et maintenu ses conclusions, en particulier concernant le statut mixte de la recourante.
39. Le 7 octobre 2016, la recourante a adressé à la chambre de céans un rapport non daté de la Dresse R_____, laquelle a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), un trouble délirant (F22.0) et des acouphènes. La recourante se plaignait avant tout de ses douleurs, les décrivant de long en large, et parlant avec beaucoup de colère de l'opération qu'elle jugeait ratée et des manœuvres qu'elle jugeait inadéquates de la part du physiothérapeute. Son discours devenait alors beaucoup plus structuré autour de ces événements, dont elle pouvait parler en boucle assez longtemps une fois qu'elle était en confiance. Elle signalait également des acouphènes, qui avaient commencé en même temps que son problème d'épaule. Il s'agissait de sifflements stridents qui l'empêchaient d'entendre correctement, d'avoir une impression de repos et de s'endormir. Elle décrivait par ailleurs des idées suicidaires récurrentes, qu'elle rejetait parce qu'elle ne voulait pas faire cela à sa fille.

L'état dépressif était manifeste et attenant au syndrome douloureux somatoforme puisque la recourante ne supportait absolument pas l'intensité des douleurs qu'elle

éprouvait, mais surtout les limitations que cela lui infligeait. Le grave état dépressif s'était certainement installé petit à petit, au fur et à mesure que la recourante perdait l'espoir de se rétablir et de pouvoir fonctionner physiquement comme avant. Tous les symptômes de la dépression étaient présents, en particulier les troubles du sommeil, les ruminations, les troubles de l'appétit, les idées tristes et révoltées, l'impossibilité de faire des projets, l'absence de plaisir et des idées suicidaires. Par ailleurs, la recourante présentait une diminution de la concentration manifeste dès qu'elle s'exprimait, une diminution de l'estime de soi, ne se voyait aucun avenir, était ralentie et souffrait de procrastination. Les symptômes dépressifs étaient beaucoup trop importants pour n'être qu'attendant au syndrome douloureux somatoforme. Ils faisaient également suite aux acouphènes, lesquels étaient connus pour être à l'origine d'états dépressifs à eux tous seuls et même générer des suicides, et aux limitations physiques que la recourante ne supportait pas. Le syndrome douloureux somatoforme persistant était lui aussi évident et durait depuis plus de deux ans. Il résultait de l'accident et des douleurs résiduelles énormes qui n'étaient apparemment pas justifiées par les séquelles actuelles. Le trouble délirant était plus long à mettre en évidence, la recourante ayant besoin de se sentir en confiance pour l'énoncer dans ses détails. Elle se sentait vraiment lésée par les intervenants dans ses soins et un délire de persécution s'était constitué et était devenu tout à fait chronique. C'était la clé de voûte qui maintenait son syndrome douloureux car elle devait avoir trouvé un ou des coupables à son état actuel, ne supportant pas de n'avoir pas retrouvé son état antérieur. Il en résultait également une relation difficile avec les soignants, la recourante étant suspicieuse envers eux en général. S'agissant de la capacité de travail, on pouvait comprendre, que, dans un contexte aussi compliqué de multipathologies, la recourante, qui ne parvenait pas à se nourrir et à assurer son ménage correctement et qui avait de la peine à faire sa propre toilette, était dans une incapacité totale de travailler.

40. Le 12 octobre 2016, la chambre de céans a entendu le Dresse R_____, psychiatre traitant de la recourante depuis le 3 août 2015. Elle a confirmé les diagnostics déjà posés et indiqué qu'ils remontaient surtout à la période qui avait suivi l'opération intervenue suite à l'accident. Au début, elle voyait la recourante une fois par semaine, puis deux fois par mois avec parfois une intensification en cas de besoin. Depuis qu'elle la soignait, elle avait plutôt constaté une péjoration de l'état de santé psychique, malgré le traitement. La recourante était totalement incapable de travailler, vraisemblablement déjà bien avant qu'elle l'ait vue. Cela s'était encore péjoré avec l'adjonction du médicament contre la douleur. La concentration était extrêmement perturbée. La recourante avait essayé de reprendre une petite activité d'aide-comptable pour mettre des documents en ordre, mais elle n'y était pas parvenue, le rendement était nul. Il était difficile d'améliorer son état de santé dans la mesure où elle supportait très mal les médicaments, les effets secondaires étaient importants et un éventuel ajout de médicament diminuerait encore la concentration. De plus, avec le trouble délirant, on ne pouvait pas ajouter un antidépresseur plus efficace car on augmenterait encore ce trouble. Le trouble délirant répondait très

mal aux neuroleptiques et on pouvait difficilement obtenir une rémission par le traitement psychothérapeutique. Si elle prescrivait un neuroleptique à la recourante, cette dernière serait étendue sur son lit toute la journée. Une hospitalisation ne servirait pas à grand-chose car l'intéressée serait à nouveau confrontée à ses problèmes à la sortie. Elle expliquait le trouble délirant par la douleur qui s'était installée, les limitations dans la vie que la recourante ne supportait pas et l'interprétation qu'elle avait faite de sa première opération qu'elle estimait ratée, plus un traitement de physiothérapie qui s'était également mal passé.

Sur question de la chambre, la psychiatre a indiqué qu'il y avait un cursus de vie un peu décousu qui laisserait à penser à la présence d'un trouble de la personnalité. Elle ne pouvait toutefois pas poser un tel diagnostic avec certitude car le trouble délirant était au premier plan et il serait nécessaire de reprendre l'anamnèse en détail, avec des incertitudes à ce propos. Elle a confirmé avoir eu connaissance des rapports médicaux de la précédente psychiatre. De son point de vue, le trouble délirant avait été complètement occulté, mais elle a rappelé qu'elle n'avait pas pu objectiver ce trouble délirant immédiatement parce que dans ce genre de situation la personne était méfiante et il fallait établir un lien de confiance. Elle n'avait pas examiné la patiente en 2014 et ne pouvait donc pas se prononcer de façon affirmative quant à la capacité de travail estimée à 50% par la Dresse P_____. Toutefois, le trouble délirant n'était pas survenu d'un coup et devait déjà être là et certainement interférer sur la capacité de travail.

41. Le jour même, la chambre de céans a entendu les parties. La recourante a confirmé que si elle avait été en bonne santé, elle aurait repris une activité lucrative à 100% dès que sa fille aurait pu se débrouiller. Elle a également confirmé s'être inscrite au chômage la deuxième fois en recherchant un emploi à 100%. Elle avait vu plusieurs médecins et avait appris que les muscles qui appuyaient sur les nerfs depuis son accident provoquaient ses acouphènes qui la handicapaient surtout au téléphone ou lorsqu'il y avait plusieurs conversations autour d'elle. Elle n'arrivait pas à s'endormir malgré les médicaments et avait dû arrêter certains traitements en raison de douleurs à la tête.
42. En date du 18 octobre 2016, la recourante a communiqué à la chambre de céans les pièces suivantes :
 - un rapport médical du service d'oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL) des HUG daté du 15 janvier 2015, suite à deux consultations de la recourante, en novembre et décembre 2014 ; selon les conclusions de ce document, le bilan vestibulaire était normal et le diagnostic restait ouvert ; même les atteintes vestibulaires périphériques pouvaient être à l'origine de « room tilt illusion » ; il était conseillé à la recourante de revenir lors d'une nouvelle crise de vertiges pour étendre les investigations ;
 - un rapport du 12 août 2015 de la doctoresse T_____, spécialiste FMH en ORL, laquelle a conclu à un acouphène associé à un hiatus auditif prédominant à

gauche ; ce dernier était insupportable pour la recourante ; les divers examens parlaient contre une atteinte rétrocochléaire et le bilan otoneurologique de décembre 2014 était normal.

43. Par écriture du 16 novembre 2016, l'intimé a maintenu ses conclusions concernant la période courant jusqu'à la fin de la mesure de reclassement, soit jusqu'au 30 avril 2014. Pour la période postérieure, soit dès le 1^{er} mai 2014, il estimait qu'un complément d'instruction était indiqué. En effet, se ralliant à la dernière appréciation du SMR, il a considéré qu'il n'était pas possible de définir précisément à partir de quelle date une péjoration de l'état de santé était vraisemblable et si elle engendrait une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. En revanche, les documents produits dans le cadre de la procédure ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions s'agissant de la période antérieure à la mesure professionnelle.

L'intimé a produit un avis du 7 novembre 2016 de la Dresse S_____, laquelle a pris position sur le rapport non daté de la Dresse R_____ concluant à une totale incapacité de travail. Elle a considéré que les symptômes dépressifs évoqués étaient reliés aux douleurs et à la présence d'acouphènes, de sorte que les critères d'épisode dépressif sévère n'étaient pas convaincants. Il en allait de même de celui de trouble délirant car ce sentiment n'était pas envahissant au point d'orienter toute la vie et les actions de la recourante et cette dernière était capable de faire confiance à sa psychiatre traitant. La recourante pensait avoir été victime d'une erreur médicale, mais n'était pas engagée dans un processus de demande de réparation comme c'était souvent le cas dans les délires de persécution. Ce document ne permettait pas de se prononcer sur les atteintes psychiatriques et encore moins sur leur répercussion sur la capacité de travail, ce d'autant plus qu'une composante somatoforme était évoquée. En revanche, l'audition de la recourante et les pièces communiquées par la suite mettaient en avant la problématique ORL, sans permettre de juger de leur répercussion sur la capacité de travail. A priori, l'affection justifiait la reconnaissance de limitations fonctionnelles concernant le travail dans des milieux bruyants, mais ne devrait pas affecter le taux de la capacité dans une activité adaptée. La dimension subjective inhérente à une telle affection pouvait s'intégrer dans le trouble somatoforme. En définitive, il existait vraisemblablement une péjoration de l'état de santé de la recourante postérieurement à l'examen du 29 septembre 2011 du SMR. La mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets rhumatologique, ORL et psychiatrique semblait nécessaire.

44. En date du 8 décembre 2016, la recourante a également persisté et soutenu que son état de santé psychique s'était aggravé avant 2015, rappelant que la Dresse P_____ avait retenu différents diagnostics ayant des effets sur sa capacité de travail en août 2014.

Elle a produit deux rapports de la Dresse J_____ :

- un rapport du 5 novembre 2015 mentionnant que les plaintes consistaient en des douleurs persistantes à tout effort, lors de mouvements répétitifs, de port de charges et de mouvements en hauteur ; le traitement de physiothérapie sous forme de massage, à raison d'une séance par semaine, avait un bon effet sur les douleurs ; la recourante avait consulté plusieurs spécialistes de la douleur en 2010 mais supportait mal les traitements, avec des effets secondaires importants ; actuellement, elle ne prenait que du Voltaren et du Tramal en réserve ; le pronostic était défavorable ; elle avait proposé une infiltration, mais la recourante était réticente à tout traitement par injection ;
 - un rapport du 22 novembre 2016 faisant notamment état d'un syndrome douloureux chronique de l'épaule droite avec un conflit sous-acromial et des douleurs péri-scapulaires ; un traitement de Lyrica avait été introduit le 27 novembre 2015 et permettait de diminuer les douleurs, mais pas le manque de force et les douleurs lors d'effort même minime de l'épaule droite ; la mobilité était complète mais douloureuse ; il n'y avait pas d'autre traitement chirurgical prévu et toutes les mesures thérapeutiques avaient été épuisées (consultation de la douleur, chirurgie, infiltration).
45. Par écriture du 20 décembre 2016, l'intimé a considéré qu'une expertise orthopédique n'était pas nécessaire, dès lors que la situation était chronique et ne justifiait plus de prise en charge spécialisée, comme en attestaient les derniers rapports de la Dresse J_____.
- Il s'est rallié à un avis du 19 décembre 2016 du docteur U_____, médecin au SMR, lequel a relevé que les deux derniers rapports de la Dresse J_____ n'apportaient aucun élément médical nouveau et ne justifiait pas de nouvelle évaluation chirurgicale.
46. Copie de cette écriture a été communiquée à la recourante et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{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.

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions

correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Selon l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 38 al. 4 let. a LPGA prévoit que les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement.

Compte tenu de la suspension du délai précitée, le recours du 3 mai 2016 contre la décision du 23 mars 2016, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).

5. a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les

conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 244 consid. 2a ; ATF 117 V 295 consid. 2a ; voir aussi ATF 122 V 36 consid. 2a). Par ailleurs, l'autorité de recours n'examine les questions formant l'objet du litige, mais qui ne sont pas contestées, que s'il existe des motifs suffisants de le faire au regard des allégations des parties ou d'indices ressortant du dossier (ATF 125 V 417 consid. 2c).

b. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doit s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et ATF 135 V 141 consid. 1.4.4 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 99/00 du 26 octobre 2000 consid. 1, in VSI 2001 p. 155).

c. En l'espèce, il est rappelé à titre préalable que la décision du 23 mars 2016 accorde à la recourante, avec effet rétroactif, une rente entière du 1^{er} octobre au 30 novembre 2008 et du 1^{er} mai 2010 au 30 avril 2011, ainsi qu'un quart de rente du 1^{er} mai 2011 au 31 octobre 2012. Simultanément, elle supprime le quart de rente dès le 1^{er} novembre 2012 et nie tout droit à une rente à compter du 1^{er} mai 2014.

Eu égard aux principes susmentionnés, et bien que la recourante ne conteste la décision de l'intimé qu'en ce qui concerne les périodes courant du 1^{er} mai 2011 au 31 octobre 2012 et dès le 1^{er} mai 2014, l'examen de la chambre de céans n'est pas restreint auxdites périodes.

Partant, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de la part de l'intimé, dès le 1^{er} octobre 2008.

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

d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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

b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

7. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assurée, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa

formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'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).

Lorsqu'il y a lieu d'évaluer le degré d'invalidité de la personne assurée, il convient de ne pas perdre de vue l'objectif principal de l'assurance-invalidité, tel qu'il ressort du message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants (FF 1958 II 1161 ss), soit l'atténuation des conséquences économiques de l'invalidité. Par définition, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité d'indemniser une perte - hypothétique - de revenu ou de capacité à vaquer à ses occupations habituelles relative à des activités que la personne assurée n'aurait jamais exercées en l'absence d'atteinte à la santé. En choisissant de ne pas travailler, la personne assurée a ainsi délibérément renoncé au salaire qu'elle aurait pu réaliser en travaillant ; l'absence de revenu consécutive à ce choix ne résulte pas de facteurs médicaux et ne saurait être compensée, pour quelque raison que ce soit, par l'assurance-invalidité (ATF 137 V 334 consid. 5.5.3).

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

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) ; on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps

consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a ; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

9. 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 (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).

10. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

11. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, 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 (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). 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.

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la

pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, 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 qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n°1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une

incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

12. On rappellera que dans le contexte de troubles somatoformes douloureux, les états dépressifs constituent, selon la doctrine médicale sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient en principe faire l'objet d'un diagnostic séparé, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine). Aussi, si on ne peut pas nier d'emblée qu'un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne entraîne des effets invalidants, il faut, pour que ceux-ci soient admis, qu'il ne s'agisse pas d'une simple manifestation d'accompagnement des troubles

somatoformes douloureux, mais bien d'une atteinte dépressive indépendante, séparée du syndrome douloureux psychogène (arrêt du Tribunal fédéral 9C_521/2012 du 17 janvier 2013 consid. 3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 4.1).

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

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

- b. 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.

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

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. cc).

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

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

15. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait

que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

16. En l'occurrence, il convient de déterminer en premier lieu le statut de la recourante.

Cette dernière conteste la méthode d'évaluation de l'invalidité retenue par l'intimé et allègue avoir eu l'intention, avant d'être atteinte dans sa santé, d'augmenter son taux d'activité à 100% dès que sa fille aurait terminé sa scolarité post obligatoire, soit au plus tard à la fin de l'année 2010. Elle rappelle avoir travaillé à temps complet avant la naissance de sa fille, avoir repris une activité professionnelle dès que l'âge de celle-ci le lui a permis, être divorcée et bénéficier de peu de moyens financiers. Elle soutient ainsi que sa situation économique nécessitait une reprise du travail à temps complet une fois sa fille devenue indépendante. Elle fait également valoir qu'elle s'est déclarée apte à travailler à temps complet auprès de l'assurance chômage.

La chambre de céans rappelle que la recourante a choisi de cesser toute activité lucrative suite à la naissance de son enfant, en 1991, se consacrant pendant neuf ans aux tâches ménagères et éducatives. Suite à sa séparation, elle a entrepris une formation en 2000 et a travaillé à 80% à partir du mois de septembre 2002. Malgré son divorce intervenu en 2005, et bien que sa fille fût alors âgée de 14 ans, la recourante n'a pas augmenté son taux d'activité. Ceci permet de conclure que sa situation financière n'exigeait pas la reprise d'un emploi à temps complet. D'ailleurs, il ressort du rapport du Dr G_____ du 2 mars 2010 qu'elle souhaitait travailler à 80% et que son travail lui permettait d'entretenir sa fille aux études. En outre, le rapport d'enquête ménagère du 13 avril 2015 mentionne expressément que la recourante aurait continué à travailler à 80% sans atteinte à la santé, ce qui résultait d'un choix personnel. Enfin, s'il est exact que la recourante s'est déclarée apte à travailler à temps complet à l'OCE, elle était en incapacité de travail à 50% durant toute la période de son droit aux prestations et n'a donc pas recherché un emploi à un tel taux d'activité.

Compte tenu de tout ce qui précède, il apparaît, en se fondant sur le critère de la vraisemblance prépondérante, que la recourante n'aurait pas travaillé à temps complet si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé.

C'est donc à juste titre que l'intimé a considéré que la recourante avait un statut mixte, consacrant 80% à son activité professionnelle et 20% à l'accomplissement de ses travaux habituels.

17. Concernant l'évaluation du degré d'invalidité dans la sphère professionnelle, l'intimé a retenu une capacité de travail, dans l'activité habituelle, de 0% dès le 17 octobre 2008, de 50% dès le 1^{er} décembre 2008, de 0% dès le 1^{er} mai 2010 puis, dans une activité adaptée, de 70% dès le 1^{er} février 2011. Sur cette base, il a accordé à la recourante une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre au 30 novembre 2008 et du 1^{er} mai 2010 au 30 avril 2011, ainsi qu'un quart de rente du 1^{er} mai 2011 au 31 octobre 2012. À l'issue du reclassement professionnel, soit à

compter du 1^{er} mai 2014, le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

La recourante conclut à la confirmation de la décision litigieuse s'agissant de la période antérieure au mois de mai 2011, mais requiert l'octroi d'une demi-rente du 1^{er} mai 2011 au 31 octobre 2012 et d'une rente entière dès le 1^{er} mai 2014.

Dans son écriture du 16 novembre 2016, l'intimé a maintenu ses conclusions concernant la phase courant jusqu'à la fin de la mesure de reclassement, soit jusqu'au 30 avril 2014, mais admis qu'un complément d'instruction était indiqué s'agissant de la période postérieure.

18. En ce qui concerne la période courant dès le 1^{er} mai 2014, la recourante a signalé l'existence de troubles psychiques depuis le début du mois de mai 2014, ce qui a été confirmé par la Dresse J_____ (cf. note interne de l'intimé du 7 mai 2014), puis par la Dresse P_____, laquelle a retenu des diagnostics psychiatriques ayant des répercussions sur la capacité de travail, fixée à 50%, et fait état d'acouphènes, de fatigabilité ou encore de difficultés d'attention, d'adaptation, de résistance et de concentration (cf. rapport du 25 août 2014).

Faute de toute instruction sur le plan psychiatrique, l'intimé n'a pas été informé, avant de rendre la décision litigieuse, que d'autres diagnostics avaient depuis lors été posés, soit un épisode dépressif sévère, un trouble somatoforme douloureux et un trouble délirant (cf. rapport de la Dresse R_____ du 21 avril 2016), atteintes ayant entraîné une totale incapacité de travail à partir du 15 octobre 2015 pour la première fois (cf. certificat médical de la Dresse R_____ du 26 octobre 2015).

Eu égard à la jurisprudence fédérale, il y a lieu d'examiner si les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé constatée médicalement sont prouvées de manière définitive et sans contradiction avec une vraisemblance (au moins) prépondérante au moyen des indicateurs standards.

La chambre de céans constate, à la lumière de cette jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, que la présente cause est insuffisamment instruite pour lui permettre de trancher, ce qui est au demeurant admis par l'intimé.

Par conséquent, la décision du 23 mars 2016 doit être annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire.

19. Quant à la période du 1^{er} mai 2011 au 31 octobre 2012, la recourante conteste le calcul du degré d'invalidité sans remettre en cause l'évaluation de sa capacité de travail.

La chambre de céans observe cependant que les pièces produites à cet égard divergent notablement. En effet, le Dr K_____ a considéré que la capacité de travail était de 70% dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2011 (rapport du 10 novembre 2011), alors que la Dresse J_____ a estimé qu'elle était nulle dans l'activité habituelle mais de 50% dans une activité adaptée dès le 2 août 2011 (certificat du 12 juillet 2011) et que le Prof. L_____ a conclu à une

capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, sans préciser à partir de quelle date (rapport du 13 juin 2012).

Quant aux diagnostics retenus, il sied de relever que la situation médicale concernant l'épaule droite n'est pas claire puisque certains troubles ont été constatés par des médecins, sans être par la suite confirmés ou expressément exclus par d'autres spécialistes. Ainsi, le Dr E_____ a fait état d'une capsulite rétractile et d'une arthrose acromio-claviculaire débutante (cf. rapport du 13 août 2009), le Dr K_____ a diagnostiqué une arthrose acromio-claviculaire, mais pas de capsulite rétractile (cf. rapport du 10 novembre 2011) et le Prof. L_____ n'a pas confirmé ces troubles, mais a signalé une tendinopathie résiduelle du sus-épineux (cf. rapport du 13 juin 2012). La Dresse J_____ a quant à elle constaté une dysfonction scapulo-thoracique (cf. rapport du 25 juin 2015) puis a fait état d'un conflit sous-acromial (cf. rapport du 22 novembre 2016). En outre, elle a signalé que la recourante avait été adressée à la consultation de la douleur aux HUG et avait subi des infiltrations, sans qu'aucun rapport ne soit produit à cet égard (cf. rapport du 5 novembre 2016).

En ce qui concerne les troubles ORL, les acouphènes ont été signalés dès le mois de mai 2014, mais la Dresse R_____ les fait remonter à la même époque que les problèmes d'épaule (cf. rapport produit le 7 octobre 2016). Des investigations supplémentaires ont été jugées nécessaires, mais ne semblent pas avoir été menées (cf. rapport des HUG du 15 janvier 2015).

En outre, si la Dresse R_____ n'a pas été en mesure de se déterminer sur la capacité de travail de la recourante avant le début de sa prise en charge, il n'en demeure pas moins qu'elle a relevé, à réitérées reprises, que le trouble somatoforme douloureux résultait de l'accident initial et des douleurs qui s'en étaient suivies (cf. rapport du 21 avril 2016) et que le grave était dépressif s'était certainement installé lorsque la recourante avait constaté qu'elle ne retrouverait plus son état antérieur (rapport produit le 7 octobre 2016). Entendue par la chambre de céans, la psychiatre traitant a déclaré que les diagnostics remontaient à la période qui avait suivi l'opération (étant observé que la dernière date du 29 juillet 2010) et que la recourante souffrait déjà certainement avant son suivi d'un trouble délirant interférant sur sa capacité de travail, trouble qui n'avait toutefois pas été diagnostiqué par la précédente psychiatre.

Compte tenu de tout ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur les atteintes à la santé présentées par la recourante entre le 1^{er} mai 2011 et le 31 octobre 2012 et sur leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail. L'instruction complémentaire devra donc également porter sur cette période.

20. En ce qui concerne les autres périodes, et bien qu'elles ne soient pas remises en cause par la recourante, la chambre de céans constate que la décision entreprise est difficilement compréhensible à de nombreux égards.

21. Se référant à l'art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, l'intimé a noté que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. Il a rappelé que la recourante avait déposé sa demande de prestations le 11 novembre 2008 et considéré que la naissance du droit à la rente était survenue le 18 octobre 2008, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an.

Or, selon la jurisprudence, lorsque le délai d'attente a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2008 et lorsque la demande a été déposée avant le 1^{er} juillet 2008 (cf. ATF 138 V 475 consid. 3 ; Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire : application des délais de péremption), en dérogation à l'art. 29 al. 1 LAI (nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), la rente peut alors être versée dès que l'année d'attente est achevée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_473/2011 du 14 mai 2012 consid. 4.1). Dans ce cas, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable.

En l'occurrence toutefois, la recourante, en incapacité de travail à 100% depuis le 17 octobre 2007, a déposé sa demande de prestations après la fin du mois de juin 2008, de sorte que la décision attaquée apparaît erronée s'agissant du moment de la naissance du droit à la rente.

22. En outre, l'intimé a indiqué que le SMR était d'avis que la recourante avait présenté une incapacité de travail de 100% du 17 octobre 2007 au 16 novembre 2008, de 50% à partir du 1^{er} décembre 2008, et à nouveau de 100% du 1^{er} mai 2010 au 31 janvier 2011.

La recourante ne contestant pas la décision entreprise à ce sujet, tout porte à croire qu'elle a effectivement exercé son activité professionnelle à 50% entre le 1^{er} décembre 2008 et le 30 avril 2010, ce qui résulte d'ailleurs de l'appréciation du Dr K_____, lequel a considéré que la recourante avait travaillé au-dessus de ses forces dans un emploi inadapté lorsqu'elle avait repris son travail habituel à 50% en novembre 2008 (cf. rapport le 10 novembre 2011).

Cependant, eu égard aux nombreux rapports émis, aux contradictions que ceux-ci comportent et à l'incertitude concernant une éventuelle mise à profit de la capacité résiduelle de travail par la recourante, il eût été judicieux que l'intimé précise clairement les rapports sur lesquels il entendait se baser et motive davantage sa décision. En effet, il est rappelé que le Prof. H_____ et le Dr K_____ ont estimé que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale depuis octobre 2007 (cf. rapports du 14 août 2011, respectivement du 10 novembre 2011), alors que le Prof. L_____ a considéré que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle avait été de 100% dès le 17 octobre 2007 (premier

accident), 50% dès le 16 juillet 2008 (six mois après la première intervention), 100% dès le 2 février 2010 (deuxième accident) et 50% dès le 30 janvier 2011 (six mois après la deuxième opération). En outre, la Dresse D_____ a attesté d'une incapacité de travail de 100% jusqu'au 16 novembre 2008 et de 50% dès le 17 novembre 2008 (cf. rapport du 19 novembre 2008) et le Dr F_____ a retenu une incapacité de travail de 50% dès le 2 février 2010 et de 100% dès le 28 mai 2010 (cf. rapports des 22 février et 22 mars 2010 et feuille accident LAA).

Il semblerait donc que l'intimé se soit en réalité fondé sur les conclusions de la Dresse D_____ et du Dr F_____, ainsi que sur une partie de celles du Prof. L_____, et que la recourante a effectivement travaillé à 50% du 17 novembre 2008 au 27 mai 2010.

23. Il s'impose donc de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il en complète l'instruction, notamment en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

C'est le lieu de rappeler qu'une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail n'est plus du tout ou seulement partiellement exigible de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 652/04 du 3 avril 2006 consid. 2.3).

Cela étant, l'état de santé de la recourante devra comporter, outre les volets rhumatologique et psychiatrique, des volets en ORL et en orthopédie.

24. Il incombera notamment aux experts de se prononcer sur tous les diagnostics et limitations fonctionnelles, l'influence des différentes atteintes sur la capacité de travail et l'évolution de cette dernière, à la lumière des indicateurs standard développés par le Tribunal fédéral au consid. 4 de l'ATF 141 V 281 en matière de trouble somatoforme douloureux, en motivant suffisamment leur appréciation.

Cas échéant, l'intimé devra ensuite procéder à une nouvelle enquête ménagère afin que soit pris en considération l'ensemble des atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles de la recourante. Il est en effet relevé à cet égard que le rapport d'enquête ménagère du 13 avril 2015 ne saurait se voir reconnaître une quelconque valeur probante, dès lors que seules les douleurs à l'épaule ont été mentionnées.

25. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 23 mars 2016 et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision motivée.
26. La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est octroyée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; 89H al. 1 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé.

**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 du 23 mars 2016 et renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser une indemnité de dépens de CHF 2'500.- à la recourante.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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