

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1717/2016

ATAS/975/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 novembre 2016

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1956, mariée, mère d'une enfant née en 1988, de nationalité suisse, originaire du Maroc, a vécu au Maroc jusqu'au 27 juillet 1986.

Elle a exercé en Suisse une activité de maman de jour agréée à 100%, de juillet 1987 à janvier 2010. L'extrait de son compte individuel du 24 février 2012 mentionne un revenu oscillant entre CHF 4'208.- et CHF 4'612.- de 2006 à 2012.
2. Le 26 octobre 2001, l'assurée et son époux ont été autorisés par le service de protection de la jeunesse à accueillir deux enfants la journée.
3. Le 4 juillet 2008, l'assurée et son époux ont été autorisés par l'office de la jeunesse à accueillir trois enfants à leur domicile durant la journée.
4. Le 6 février 2010, l'assurée a été victime d'une crise d'épilepsie et une IRM cérébrale a mis en évidence une tumeur.
5. Le 1^{er} avril 2010, l'assurée a été opérée aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG), (docteurs B_____, C_____, D_____ et Professeur E_____). Les médecins ont pratiqué une craniotomie temporale gauche et amygdalohippocampectomie suite à un diagnostic de xanthoastrocytome pléomorphe OMS de grade II (lettre de sortie du service de neurochirurgie des HUG du 16 avril 2010).
6. Le rapport d'histologie du 8 avril 2010 conclut à un diagnostic de :
Tumeur temporale gauche, biopsie-exérèse (A) :
- Xanthoastrocytome pléomorphe, OMS grade II.

Pôle temporal gauche, biopsie-exérèse (B) :
- Fragment de tissu cérébral cortico-sous-cortical sans tumeur.
7. Le 9 avril 2010, le service d'oncologie a proposé, au vu de la résection complète de la lésion, une indication à une surveillance active.
8. Le 9 février 2011, le service de neurochirurgie (Dr B_____) a constaté, suite à l'IRM du 21 janvier 2011, qu'il n'y avait ni résidus, ni récurrence.
9. Le 18 février 2011, les époux F_____ ont attesté que l'assurée avait gardé leurs enfants nés en 1996 et 1997 depuis leur naissance jusqu'en 2009, deux jours et demi par semaine, puis qu'elle les avait accompagnés à l'école et supervisé leurs devoirs.
10. Le 25 février 2011, la doctoresse G_____, médecin chef de clinique du service de neurologie des HUG, a constaté, sur le plan épileptique, la survenance de deux crises partielles complexes.
11. Le 10 février 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (OAI).

12. Le 25 février 2012, le docteur H_____, FMH médecine générale, a rempli un rapport médical AI. Il a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de :

- xanthoastrocytome pléomorphe grade II ;
- temporo polaire et temporo-mésial (amygdale) à gauche ;
- épisodes d'épilepsie généralisée.

Il suivait l'assurée depuis le 24 novembre 2011. Elle présentait de la fatigue, de l'anxiété et de l'anorexie, de l'intolérance au bruit et au stress, des risques d'épilepsie ; elle se sentait peu capable d'assumer des petits enfants ; l'activité exercée n'était plus exigible en raison de la fatigue.

13. Le 29 février 2012, le service de neurochirurgie des HUG (Dr B_____) a constaté que l'IRM de contrôle du 22 février 2012 ne montrait pas de récurrence du xanthoastrocytome pléomorphe temporal gauche.

14. Le 6 mars 2012, la Dresse I_____ a rempli un rapport médical AI attestant d'épilepsie temporale gauche avec crises partielles complexes symptomatique et révélatrice le 6 février 2010 d'un xanthoastrocytome pléomorphe, OMS grade II, temporo-polaire et temporo-mésial gauche, réséqué le 1^{er} avril 2010. Discrètes séquelles neuropsychologiques secondaires (temporo-frontales). Il existait un discret ralentissement psychomoteur ; état anxieux, irritabilité, pas de déficit sensitivo-moteur ; un risque de récurrence de crise, avec rupture de contact ; l'activité de maman de jour n'était pas possible, mais, par exemple, l'accueil d'adolescents 4 heures par jour l'était.

15. Le 7 mars 2012, la Dresse G_____, de l'unité d'EEG et d'exploration de l'épilepsie, a constaté que la situation semblait stable, avec un dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire gauche à investiguer.

16. Par communication du 25 juin 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible et que son droit à la rente était examiné.

17. Le 24 juillet 2012, la Dresse G_____ a constaté une évolution favorable avec absence de récurrence de crise et une amélioration de l'état thymique ; persistait une anorexie avec perte pondérale d'un kilogramme en quatre mois secondaire à une inappétence. L'EEG de ce jour était meilleur que celui d'il y avait presque une année.

18. Le 10 août 2012, le docteur J_____, du SMR, a estimé que l'activité habituelle n'était pas exigible et il convenait d'investiguer pour connaître l'évolution de l'état de santé.

19. Le 5 janvier 2013, le Dr H_____ a attesté d'un état stationnaire, avec de la fatigue, des céphalées chroniques, des absences et des malaises ; la capacité de travail comme maman de jour était nulle.

20. Le 8 janvier 2013, la Dresse G_____ a indiqué un état de santé stationnaire, avec de la fatigabilité, des céphalées et de l'anxiété ; un examen neuropsychologique était indiqué.
21. Le 20 février 2013, le Dr J_____ a proposé la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (neuropsychologique – neurologique et psychiatrique).
22. Une IRM cérébrale du 4 mars 2013 a constaté qu'il n'y a pas de mise en évidence de récurrence tumorale.
23. Le 17 décembre 2013, la Dresse G_____ a relevé que l'évolution était favorable sur le plan épileptologique, avec absence de récurrence de crise ; persistance d'un état anxieux.
24. Le 10 avril 2014, le Dr B_____ a constaté que l'IRM de contrôle du 20 mars 2014 ne montrait ni signe de résidu ou de récurrence.
25. A la demande de l'OAI, le centre d'expertise médicale (CEMed) a rendu le 6 février 2015 un rapport d'expertise pluridisciplinaire signé par les Drs K_____, FMH médecine interne, L_____, FMH neurologie, M_____, FMH psychiatrie-psychothérapie et N_____, neuropsychologie FSP.

L'assurée décrivait une fatigue persistante, des céphalées chroniques, un manque d'appétit, une tendance à l'irritabilité, des angoisses, la peur de la survenance de crises d'épilepsie, de syncopes et de récurrence de la tumeur, de perte de moral, de lombalgies, de dyspnée d'effort, de difficultés de concentration.

L'examen neuropsychologique avait mis en évidence, dans le contexte d'un discours digressif et dispersé et d'un comportement désorganisé, des déficits ponctuels :

- dans une tâche sélective de dénomination (non apprentissage) ;
- dans des tâches attentionnelles d'intensité (stroop et alerte à la tap) ;
- dans une tâche informatisée de flexibilité ;
- en mémoire épisodique, verbale notamment.

A cela s'ajoutaient :

- un MMS déficitaire ;
- des limitations intellectuelles dans deux sous-tests de la WAIS-IV.

Toutefois, il y avait des signes cliniques de défaut d'effort (empans de chiffres, apprentissage de liste, indice vitesse-qualité en flexibilité, etc.) et le mode de réponse à un test de validité de symptômes était compatible avec une telle problématique.

Sur le plan de la médecine interne, il n'y avait aucun problème justifiant une incapacité de travail.

Sur le plan neurologique, il y avait absence de récurrence de la tumeur, présence de troubles attentionnels avec diminution de flexibilité mentale ; même si l'épilepsie était non active, la capacité de travail avec des enfants en dessous de 12 ans était

nulle mais elle était totale, avec une diminution de rendement de 30 % due à la fatigue résiduelle, dans une activité adaptée.

Sur le plan neuropsychologique, les perturbations observées ne résultaient pas au premier chef d'une atteinte neuropsychologique, mais étaient comportementales. Il n'y avait pas d'atteinte de la capacité de travail dans la fonction de maman de jour pour des raisons strictement cognitives.

Sur le plan psychique, la symptomatologie anxio-dépressive légère pouvait entrer dans le cadre d'un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) existant depuis deux ans environ, en lien avec les conséquences de ses problèmes de santé somatique. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle d'ordre psychique, la capacité de travail était conservée dans toutes activités, sans diminution de rendement.

Les experts ont posé les diagnostics, ayant répercussion sur la capacité de travail de :

- épilepsie lésionnelle symptomatique après résection d'un xanthoastrocytome temporal gauche (février 2010) en rémission sous traitement.

et, sans répercussion sur la capacité de travail, de :

- céphalées chroniques multifactorielles, notamment sur dysfonction de l'articulaire temporo-mandibulaire droite,
- trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) existant depuis deux ans ;
- scoliose lombaire avec discarthrose L4-L5, ébauche de rétrolisthésis de L5 sur S1 avec arthrose interapophysaire postérieure ;
- asthme bronchique (~ quinze ans).

Les limitations physiques étaient les suivantes : pas de travaux lourds, fatigue, irritabilité, difficulté de concentration et risque de récurrence épileptique.

L'incapacité de travail était totale en tant que maman de jour pour enfants de moins de 12 ans depuis février 2010 et la capacité de travail était totale depuis juillet 2012 dans une activité n'impliquant pas une responsabilité d'enfant de moins de 12 ans, la conduite automobile avec transport de personnes et le travail en position isolée ou à risque, avec une diminution de rendement de 30 %.

26. Le 5 mai 2015, le Dr J_____ a estimé que l'expertise du CEMed était convaincante.
27. Le 15 juin 2015, l'association intercommunale pour l'accueil familial de jour Genève - sud-ouest, créée le 1^{er} janvier 2010, a attesté que l'assurée avait géré elle-même la facturation de ses heures de garde et que les revenus jusqu'à CHF 2'000.- par mois n'étaient pas imposés.
28. Une « note statut » de l'OAI du 12 août 2015 mentionne que l'assurée possède un statut d'active à 100 %.

29. Le 9 septembre 2015, l'OAI a estimé que le statut d'active n'était pas convaincant et qu'il fallait investiguer cet aspect en recueillant les éléments économiques.
30. Le 9 septembre 2015, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 0 % ; le revenu sans invalidité était, en 2012, de CHF 30'350.- (soit CHF 29'450.- selon l'avis de taxation 2009, indexé à 2012) et le revenu d'invalidité de CHF 32'408.- (soit, selon l'ESS 2012, femme, niveau 1, à 70 %, avec une déduction de 10 %).
31. Le 17 mars 2016, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle attendait une décision.
32. Par projet de décision du 18 mars 2016, l'OAI a rejeté la demande prestations.
33. Le 30 mars 2016, l'assurée a sollicité de l'OAI un entretien.
34. Une note téléphonique du 12 avril 2016 de l'OAI mentionne que l'assurée demandera des renseignements à ses médecins-traitants.
35. Le 22 avril 2016, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI en estimant qu'au vu de ses problèmes de dos, elle ne pouvait plus exercer sa profession de manière adéquate.
36. Le 27 avril 2016, l'assurée a communiqué :
 - une convocation du service de neurochirurgie pour le 27 mai 2016 ;
 - un rapport de radiologie du 15 octobre 2015 (lombaire) concluant à une scoliose à convexité droite avec torsion axiale des corps vertébraux du passage dorso-lombaire et lombaire haut ébauché à convexité gauche de la colonne lombaire basse. Minime rétrolisthésis de L5 sur S1 d'environ 3mm. Discarthrose L4-L5 et pincement postérieur L5-S1. Arthrose interapophysaire postérieure L5-S1 des deux côtés plus significative à droite.
37. Par décision du 4 mai 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
38. Le 26 mai 2016, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 4 mai 2016 ; elle fait valoir qu'elle n'avait pas eu connaissance des conclusions des quatre experts, qu'elle portait une ceinture de soutien en raison de maux de dos l'empêchant de rester assise longtemps, qu'elle avait bientôt 60 ans, que son époux de 75 ans devait toujours travailler car il n'avait que sa rente AVS et qu'elle était rongée par ses angoisses.
39. Le 23 juin 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que l'expertise du CEMed était probante.
40. A la demande de la Chambre de céans, les médecins traitants de l'assurée ont transmis des renseignements médicaux.
 - le 8 août 2016, le Dr B _____ a indiqué qu'il avait opéré l'assurée le 1^{er} avril 2016 pour la résection d'un xanthoastocytome pléomorphe temporal gauche, sans récurrence depuis et de bon pronostic, que l'assurée était limitée par un risque de récurrence d'épilepsie, qu'elle était capable de travailler dans une activité adaptée, telle que préconisée par ses confrères experts, à 100 % avec une

diminution de rendement de 30 %, qu'il était d'accord avec le diagnostic posé par le Dr L_____ et les limitations fonctionnelles retenue par le CEMed.

- Le 12 août 2016, la Dresse G_____ a indiqué qu'elle ne suivait plus l'assurée depuis le 6 janvier 2015, que celle-ci présentait à l'époque une certaine fatigabilité, anxiété, parfois irritabilité et thymie fluctuante avec pleurs fréquents, ainsi que des difficultés de concentration. Il n'y avait pas de réelle limitation sur le plan physique, si ce n'était d'éviter des travaux lourds, vu l'âge de la patiente et sa certaine fragilité psychologique. Ces limitations étaient présentes depuis avril 2010. Elle était en 2015 capable de travailler dans une activité adaptée à ces limitations, à 100 %, avec diminution de rendement de 30 %, ceci depuis avril 2014 (un an après la dernière crise). Elle était d'accord avec les diagnostics posés par le Dr L_____ ainsi qu'avec les limitations fonctionnelles et la capacité de travail retenues par le CEMed.

Elle a transmis les documents suivants :

- Un rapport de l'unité EEG et d'exploration de l'épilepsie des HUG du 8 janvier 2015 constatant une évolution stable, avec persistance d'un état anxieux voire dépressif et de multiples plaintes somatiques sans évidence de récurrence de crise d'épilepsie.
- Un rapport de l'unité d'EEG et d'exploration de l'épilepsie des HUG du 3 février 2016 concluant à une épilepsie bien contrôlée sans traitement et relevant que l'assurée disait être satisfaite du traitement n'ayant plus fait de crise depuis la dernière consultation, et son mari ne remarquait plus d'« absence ». Étant très active sur le plan physique, elle s'était inscrite comme bénévole dans des maisons de personnes âgées, de crèches et était toujours en attente d'une réponse. Après avoir passé le test d'aptitude de conduite, elle faisait des petites tournées mais à priori pratiquait plus de marche. Le sommeil était réparateur. Elle se sentait toute fraîche et pleine de vie pour l'avenir.
- Un rapport du Dr B_____ du 1^{er} juin 2016 attestant d'une situation radiologiquement stable.

41. A la demande de la Chambre de céans, le Dr H_____ a indiqué le 25 août 2016 que l'assurée était paniquée à l'idée de faire une nouvelle crise d'épilepsie ;

Il était d'accord avec les diagnostics posés par les experts du CEMed mais pas avec les limitations fonctionnelles car les risques liés à une éventuelle crise d'épilepsie contre-indiquaient l'activité d'accueillante de jour ni avec la capacité de travail de 70 % car les perturbations dépressivo-anxieuses et la peur d'une rechute ou d'une crise d'épilepsie entraînaient une capacité de travail de 70 % avec un rendement à 30 % ; enfin un recyclage à 60 ans était illusoire et irréaliste.

42. Le 5 septembre 2016, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « Je suis marocaine d'origine et en Suisse depuis 30 ans. J'ai gardé des enfants comme maman de jour depuis 1987. J'ai d'abord gardé les enfants d'une famille qui a déménagé en Espagne, puis les deux enfants de la famille Reymond. J'ai travaillé à plein temps même quand les enfants étaient à l'école car je les accompagnais à leurs activités extrascolaires. Avant que mon activité soit reconnue, j'étais payée CHF 30.- par jour. Ma tumeur au cerveau n'a pas pu être ôtée totalement. Je dois donc vivre avec cela. J'ai été opérée en 2010 et depuis je suis en traitement contre l'épilepsie. Pendant les deux années qui ont suivi l'opération j'ai fait quelques crises d'épilepsie. Puis, le dosage des médicaments a été augmenté et depuis je n'ai plus subi de crises. Depuis l'opération, j'ai également des maux de tête quasiment en permanence. Je prends du Ponstan ou du Dafalgan. J'essaye de ne pas en prendre tous les jours. Je suis suivie par le Dr H_____ environ une fois par année et j'ai également un contrôle chez le Dr B_____ une fois par année. Je vois également une fois par année un neurologue des HUG qui était pendant cinq ans la Dresse O_____. J'ai été examinée par des médecins du CEMed. L'entretien a duré environ une heure avec chaque médecin. Il me semble que ce temps n'est pas suffisant pour pouvoir évaluer ma situation. Vous me dites que les experts ont conclu à une capacité de travail de 70 %. Je ne sais pas si je peux assumer un travail à ce taux car je ne peux plus garder d'enfants en bas âge et personne ne confie des enfants de plus de 12 ans à une maman de jour. En plus, j'ai déjà 60 ans et j'ai des maux de dos qui surviennent très rapidement si je reste assise ou debout trop longtemps. J'ai essayé de demander un entretien à l'OAI après la réception de la décision de refus mais on m'a répondu qu'on ne me recevrait pas. J'ai effectué des contrôles encore en août de cette année et mon état est stable. Je n'ai jamais reçu le rapport d'expertise du CEMed. Je suis toujours en possession de mon permis de conduire. J'ai dû faire un test suite au signalement de mon dossier par l'OAI. Comme je suis prudente, j'ai décidé de ne conduire que sur des petits trajets ».

Un délai au 5 octobre 2016 a été imparti à la recourante pour transmettre ses observations suite à la communication d'une copie du rapport du CEMed.

43. La recourante n'a pas formé d'observations.
44. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.
4. 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).
5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

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

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

6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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).

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

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

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs

médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

7. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

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

8. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
9. a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un

avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

c. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent

néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

10. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré

d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

11. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).

Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3).

A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

-
12. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon la jurisprudence, le sens et le but de l'art. 88a al. 1 RAI est notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision; au regard de la sécurité du droit, l'octroi d'une rente entré en force se doit d'avoir une certaine stabilité (arrêt 9C_1022/2012 du 16 mai 2013 consid. 3.2). En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt 9C_1022/2012 cité, consid. 3.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015).

13. En l'espèce, l'expertise pluridisciplinaire du CEMed du 6 février 2015 remplit les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante ; fondée sur un examen neuropsychologique, neurologique et psychiatrique, elle relate les plaintes de la recourante, expose clairement les diagnostics et motive la capacité de travail de cette dernière de façon convaincante.

Les Drs B_____ et G_____, neurologues traitants de la recourante, sollicités par la chambre de céans, ont confirmé les conclusions du rapport du CEMed, en particulier en se déclarant d'accord avec une capacité de travail de la recourante de 100 %, avec une diminution de rendement de 30 % (avis de Dr B_____ du 8 août 2016 et de la Dresse G_____ du 12 août 2016). Seul le Dr H_____, médecin-traitant, a contesté la capacité de travail ainsi arrêtée par le CEMed en estimant celle-ci à 70 %, avec un rendement de 20 % au motif que la recourante souffrait de perturbations dépressivo-anxieuses et de peur d'une rechute ou d'une crise d'épilepsie ; cette appréciation, sommaire, ne saurait mettre en doute celle des experts du CEMed, confirmée par deux médecins-traitants.

Il convient en conséquence de retenir que la recourante a été en incapacité de travail totale de février 2010 à juin 2012, puis capable de travailler à 70 % depuis juillet 2012 (rapport CEMed p. 21-22).

14. a. S'agissant du calcul de degré d'invalidité, il convient de constater qu'à l'issue du délai de carence d'un an, soit au 1^{er} février 2011, la recourante, totalement incapable de travailler, présentait un degré d'invalidité de 100 %.

Le 1^{er} juillet 2012, la capacité de travail était de 70 % (100 % avec une diminution de rendement de 30 %). Il convient en conséquence de calculer le degré d'invalidité de la recourante dès cette date.

b. Le revenu sans invalidité retenu par l'intimé de CHF 30'350.- n'est pas contesté par la recourante. S'agissant du revenu avec invalidité, l'intimé l'a arrêté à CHF 32'408.- en se fondant sur l'ESS 2012, TA1, femme, pour une durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures, pour un taux de travail de 70 % et imputé d'une déduction de 10 %. Il aboutit ainsi à un degré d'invalidité nul.

Il convient d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

La chambre de céans constate que la prise en compte pour la recourante d'un revenu d'invalidité de CHF 51'441.- pour l'année 2012 et pour une activité exercée à 100 % paraît excessif au vu du revenu que la recourante a réalisé tout au long de son activité professionnelle de maman de jour, exercée à 100 %, soit un revenu en 2012 de CHF 30'350.-.

Quoi qu'il en soit, la question de la pertinence de l'application de l'ESS 2012 au cas d'espèce, en vue du calcul du revenu d'invalidité de la recourante, peut rester ouverte dès lors que même si un revenu d'invalidité identique au revenu sans invalidité était considéré, le degré d'invalidité de la recourante serait au maximum de 30 % (le degré d'invalidité se confondant alors avec le degré d'incapacité de travail), soit insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, étant par ailleurs relevé que, dans ce cas de figure, une déduction de 10 % telle qu'opérée par l'intimé sur le salaire statistique ne serait pas justifiée.

c. Au vu de la pathologie dont souffre la recourante et des contrôles réguliers auxquels elle est astreinte, on ne saurait considérer qu'au 1^{er} juillet 2012, sa situation était suffisamment stable pour admettre une augmentation avec effet immédiat de sa capacité de gain, laquelle permettrait de faire intervenir la suppression de la rente d'invalidité à partir de cette date (arrêt du Tribunal fédéral du 10 septembre 2015 9C_32/2015).

En conséquence, l'art. 88a al. 1 RAI est applicable et la suppression du droit à la rente d'invalidité effective depuis le 1^{er} octobre 2012.

Au vu de ce qui précède, le degré d'invalidité de la recourante était de 100 % du 1^{er} février 2011 au 1^{er} octobre 2012 et, au maximum, de 30 % depuis lors.

15. Vu le dépôt de la demande le 13 février 2012, la recourante a droit aux prestations seulement à partir du 1^{er} août 2012, comme relevé par l'intimé, de sorte qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août au 30 septembre 2012.
16. Enfin, la recourante ne requiert pas de mesure d'ordre professionnel, de sorte que cette question n'est pas litigieuse.
17. Partant, le recours sera partiellement admis et la décision de l'intimé du 4 mai 2016 réformée dans le sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août au 30 septembre 2012.
18. Vu l'issue du litige, aucun émolument ne sera perçu (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. l'admet partiellement.
3. Réforme la décision de l'intimé du 4 mai 2016 dans le sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août au 30 septembre 2012.
4. Dit qu'aucun émolument n'est perçu.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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