





### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1969, a déposé une première demande de prestations auprès l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) le 16 janvier 2012 pour une lombosciatalgie sur hernie discale gauche L5-S1 et une scoliose.
2. À teneur d'une note de travail établie par le gestionnaire de l'OAI le 21 février 2012, l'assurée, d'origine italienne, est arrivée en Suisse en 2007 et n'a exercé aucune activité lucrative à temps complet depuis lors. Elle a été engagée par la C\_\_\_\_\_ en novembre 2009 à 50%. Elle alléguait ne pas avoir opté pour un horaire à temps complet en raison de problèmes de dos.
3. Dans un avis établi le 21 septembre 2012, la docteure D\_\_\_\_\_, médecin interne, du service médical régional AI (ci-après le SMR) a indiqué qu'elle adhérait à l'avis du médecin généraliste traitant de l'assurée qui estimait que celle-ci ne pouvait plus exercer son activité habituelle à plus de 50% en raison de ses limitations fonctionnelles. Cependant, selon toute vraisemblance, sa capacité de travail serait entière dans une activité adaptée.
4. Un rapport d'enquête économique sur le ménage du 13 novembre 2012 mentionne que « selon ses dires, elle (l'assurée) aurait continué à travailler à 50% sans atteinte à la santé. Elle pense même qu'elle aurait travaillé à un taux supérieur, mais ne l'a pas fait en raison de ses problèmes de dos ». L'auteur du rapport relevait que l'assurée ne s'était pas inscrite au chômage et n'avait pas recherché d'autres emplois pour compléter son revenu. Il en concluait qu'elle se contentait d'un temps partiel et qu'elle devait donc être considérée comme active à 50%. Dans la sphère ménagère, ses empêchements étaient de 17%. Il avait été tenu compte de l'exigibilité des membres de sa famille, étant précisé que ses deux enfants étaient en apprentissage. Elle avait repris son activité professionnelle et donnait toute son énergie à son travail. Elle rentrait épuisée à la maison et était incapable d'accomplir les tâches ménagères.
5. Par décision du 31 janvier 2013, l'OAI a refusé d'octroyer une rente à l'assurée, car son degré d'invalidité était de 9%.
6. Une IRM de la colonne lombaire du 29 décembre 2014 a révélé une récurrence d'une volumineuse hernie discale postérolatérale gauche L5-S1, qui a été opérée le 15 février 2015 par le docteur E\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG).
7. L'assurée a formé une nouvelle demande de prestations d'invalidité en février 2015.
8. Lors d'une consultation du 1<sup>er</sup> avril 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a constaté que les douleurs irradiant dans le membre inférieur gauche avaient totalement cessé, mais que la patiente notait la persistance d'une douleur au niveau de la fesse et surtout au niveau de la face latérale de la hanche gauche. D'un point de vue neurochirurgical, l'évolution post-opératoire était satisfaisante. L'examen clinique laissait fortement

suspecter une atteinte péri-hanche sous forme d'une bursite ou d'un arrachement du moyen fessier, de sorte qu'il avait organisé une IRM de la hanche ainsi qu'une consultation spécialisée auprès du service d'orthopédie. Une reprise professionnelle n'était pas encore possible. Il n'y avait pas de contre-indication neurochirurgicale à une reprise professionnelle à distance pour le travail de caissière, sous réserve d'une adaptation de l'environnement de travail. En revanche, le port de charges lourdes était à éviter ainsi que la station assise prolongée au vu de l'inconfort provoqué.

9. L'employeur de l'assurée a informé l'OAI le 10 avril 2015 que le salaire annuel de l'assurée était de CHF 36'621.59 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015. L'assurée travaillait 30 heures par semaine depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2013.
10. Dans un rapport du 22 juin 2015, la docteure F\_\_\_\_\_, médecin traitant, a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique réfractaire aux traitements conservateurs et aux trois interventions chirurgicales, dans le contexte d'une récurrence herniaire L5-S1 gauche. L'assurée présentait de nombreuses limitations fonctionnelles et l'incapacité de travail était de 100% depuis le 13 juin 2015.
11. Dans un rapport du 12 septembre 2015, la docteure G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique et des lombalgies dans le contexte d'une hernie discale L5-S1, opérée. L'assurée était au bénéfice d'un suivi psychothérapeutique et médicamenteux. Elle présentait un trouble de la concentration, des difficultés à prendre des décisions, de la fatigue ainsi qu'un manque d'énergie et d'élan, surtout le matin. L'incapacité de travail était de 100% dès le 13 juin 2015.
12. Le 6 octobre 2015, Swica assurance-maladie a communiqué à l'OAI un rapport d'expertise établi à sa demande par la clinique Corela le 21 septembre 2015. Les docteurs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, experts auprès de cette clinique, considéraient, en substance, qu'aucun diagnostic incapacitant ne pouvait être retenu sur le plan somatique et que la hernie discale L5-S1 devait être considérée en status post, de sorte qu'il n'y avait pas de limitation somatique significative pour l'emploi de caissière. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de diagnostic incapacitant au jour de l'évaluation. Par conséquent, au jour de l'expertise, il n'y avait aucune incapacité de travail tant sur plan somatique que psychiatrique.
13. Par avis médical du 18 avril 2016, le docteur J\_\_\_\_\_, médecin praticien du SMR, a estimé qu'il ne fallait pas suivre les conclusions des experts de la clinique Corela. Bien que les atteintes lombaires fussent limitées, les limitations fonctionnelles qu'elles entraînaient justifiaient une incapacité de travail totale pour l'ancienne activité. L'intervention chirurgicale d'octobre 2015 n'avait pas entraîné d'incapacité de travail durable. Il fallait par conséquent considérer que la capacité de travail était nulle pour l'ancienne activité de caissière depuis février 2015, mais

pleine dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du dos.

14. Selon le rapport d'enquête économique sur le ménage du 31 mai 2016, l'assurée avait déclaré que, sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi son activité de caissière à temps partiel. Elle travaillait 30 heures par semaine depuis décembre 2013. Elle avait été licenciée en septembre 2015 pour raisons de santé. Une exigibilité de 19.50% était retenue pour l'époux de l'assurée et les empêchements pondérés avec exigibilité étaient fixés à 17%.
15. Par décision du 23 août 2016, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et de rente d'invalidité à l'assurée, au motif que son degré d'invalidité total, qui était de 5%, était insuffisant pour lui ouvrir le droit à ces prestations. L'assurée présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle et une capacité de travail entière dans une activité adaptée, en février 2016. Depuis février 2015, début du délai d'attente d'un an, sa capacité de travail et de gain était considérablement restreinte. Au moment de son atteinte à la santé, elle travaillait comme caissière à 73% et s'occupait de ses travaux habituels à 27%. À l'échéance du délai d'attente, en février 2016, le SMR retenait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle et entière dans une activité adaptée. Les empêchements dans la tenue de son ménage étaient de 17%.

La comparaison de ses revenus avait été faite pour établir sa perte de gain. Selon le questionnaire employeur, en 2015, son salaire annuel était de CHF 36'622.-. Pour fixer le salaire avec invalidité, il y avait lieu de se fonder sur le tableau TA1\_tirage\_skill\_level, ligne total, de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS) 2014, qui indiquait qu'une femme travaillant dans une activité de niveau 1 (simple et répétitive), pouvait espérer réaliser un salaire annuel de CHF 39'490.- à 73% avec une réactualisation selon l'indice suisse des salaires pour 2015. Il n'y avait pas lieu de lui accorder une réduction supplémentaire. La perte de gain s'élevait ainsi à 0.-, ce qui représentait un taux d'invalidité de 0%. Ce taux ne lui ouvrait pas de droit à une mesure de réadaptation professionnelle. Le degré d'invalidité dans les deux domaines était de 5%, ce qui ne lui ouvrait pas non plus de droit à une rente d'invalidité.

Activités	Part	Perte	Degré d'invalidité
professionnelles	73%	0%	0%
Travaux habituels	27%	17%	5%

16. L'assurée, représentée par son mandataire, a recouru le 22 septembre 2016 contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire et, au fond, à l'annulation de la décision de l'OAI, à l'octroi d'une

rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation, sous suite de frais et dépens. Elle faisait grief à l'intimé de n'avoir pas instruit le dossier et d'avoir fondé sa décision sur un examen médical du dossier par le SMR et un rapport d'expertise de la clinique Corela qui ne revêtaient pas de valeur probante. L'intimé s'était écarté des conclusions de l'expertise ainsi que de celles des médecins qui l'avaient traitée. Il n'aurait pas dû appliquer la méthode mixte que la Cour européenne des droits de l'homme avait jugée discriminatoire. Sa situation n'avait cessé d'empirer notamment du point de vue psychique et elle était totalement incapable de travailler.

La recourante a produit à l'appui de son recours :

- un rapport médical établi le 21 septembre 2016 par le docteur K\_\_\_\_\_, médecin psychiatre psychothérapeute, et Monsieur L\_\_\_\_\_, psychologue, qui posaient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques; de troubles anxieux sans précision, de personnalité dépendante et de trouble mental dû à une affection physique (souffrance significative dorsale). La capacité de travail de l'assurée était quasiment nulle dans son activité habituelle de caissière de même que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
- un rapport établi le 31 octobre 2016, par le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, concluant que l'assurée se trouvait en incapacité de travail à 100% depuis 2014 en raison de son état de santé physique et psychique et qu'un travail adapté semblait illusoire.

17. Par réponse du 17 janvier 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours, se référant à la motivation de la décision querellée.

18. Lors d'une audience de comparution personnelle du 29 mars 2017, la recourante a déclaré être arrivée en Suisse en 2007. En Italie, elle avait travaillé dans une usine de fabrication de chemises à 100%. Elle s'était mariée à 19 ans et avait cessé de travailler lorsqu'elle avait eu des enfants, car elle n'avait personne pour les garder et pas un salaire suffisant pour payer quelqu'un pour le faire. Lorsqu'elle était arrivée en Suisse, sa fille avait 10 ans et son fils 15 ans. Elle avait commencé à travailler dans un magasin de couture à plein temps, mais son employeur ne l'avait pas déclarée et ne lui avait pas fait de fiches de salaire. Elle avait ensuite travaillé à la C\_\_\_\_\_ à 50%, car elle avait déjà des problèmes de dos. Comme son mari avait perdu son travail, elle avait augmenté son temps de travail jusqu'à 73%, son employeur ne pouvant lui offrir plus. Ensuite, elle était tombée malade. Sans problèmes de dos, elle aurait travaillé à 100%. Elle aimait et devait travailler. Elle avait travaillé depuis l'âge de 13 ans et le travail ne lui faisait pas peur. Elle avait demandé à son employeur de travailler à 80%, mais il lui avait répondu que ce n'était pas possible. Ses problèmes de dos avaient commencé en Italie, avant son arrivée en Suisse. Elle avait été opérée en 2005 et pendant six ans elle avait été bien parce qu'elle ne travaillait pas. Elle avait ensuite commencé à travailler à la

---

C\_\_\_\_\_ et avait subi deux opérations en trois ans. Actuellement, elle avait deux hernies cervicales et ses problèmes de dos étaient réapparus en 2012. Elle persistait dans ses conclusions tendant à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire.

19. Par ordonnance du 23 mai 2017, la chambre de céans a constaté qu'elle n'était pas en mesure de statuer définitivement sur le droit aux prestations de la recourante, dès lors que la situation médicale n'était pas claire quant aux atteintes à la santé et leurs répercussions sur sa capacité de travail. L'intimé se fondait sur une expertise de la clinique Corela mise en œuvre par l'assureur perte de gain qui datait de plus d'une année avant la décision querellée. Le SMR avait considéré qu'il ne pouvait pas suivre les conclusions des experts quant à la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle, ce qui conduisait déjà à douter fortement de la valeur probante de l'expertise. Les avis médicaux figurant au dossier contredisaient les conclusions des experts de la clinique Corela, aussi bien du point de vue des diagnostics, des limitations fonctionnelles que de la capacité de travail. Une nouvelle expertise a en conséquence été ordonnée et confiée aux docteurs N\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après la PMU).
20. À teneur du rapport d'expertise du 3 octobre 2017, l'expertisée avait été examinée dans le cadre de l'unité d'expertises médicales. Les constatations et conclusions des experts se fondaient sur le dossier de l'assurance-invalidité, l'examen de médecine interne du 4 juillet 2017, le consilium psychiatrique du 11 juillet 2017, le consilium neurologique du 25 juillet 2017 et le consilium orthopédique du 4 août 2017. Les conclusions du rapport avaient été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 22 août 2017 en présence des Drs N\_\_\_\_\_ (interniste) et P\_\_\_\_\_ (psychiatre).

Dans l'anamnèse psychosociale, il est mentionné que l'assurée avait décrit une enfance difficile, car elle devait travailler les week-ends et durant les vacances dans des usines. À l'âge de 15 ans, elle projetait des études pour devenir couturière, mais ses parents l'avaient contrainte à travailler dans une usine de vêtements huit heures par jour jusqu'à son mariage à 19 ans. Elle s'était mariée en 1989 avec un compatriote et avait eu un fils en 1992 et une fille en 1996. Son mari travaillait comme relieur. Après le mariage, le couple s'était installé à Milan où l'assurée avait travaillé jusqu'à la naissance de son fils. Le couple avait vécu ensuite dans le sud chez les parents de l'assurée pendant 15 ans. L'assurée n'avait pas travaillé pendant cette période et s'était occupée des enfants. En 2007, le couple avait décidé d'émigrer en Suisse. L'époux de l'assurée avait travaillé dans la reliure pendant sept ans. Il était actuellement responsable des bâtiments pour la Ville de Genève. À son arrivée en Suisse, la recourante avait cherché du travail et avait été engagée comme caissière à la C\_\_\_\_\_. Actuellement, ses deux enfants étaient indépendants et venaient régulièrement chez leurs parents pour aider au ménage ou pour les repas. La recourante avait travaillé dès novembre 2009 comme caissière à C\_\_\_\_\_ à

50%. Après son opération de 2011 et le refus des prestations de l'OAI, elle avait repris son activité de caissière à 73%.

S'agissant des problèmes ostéo-articulaires, l'assurée indiquait avoir présenté des lombosciatalgies depuis plus de 12 ans avec une première intervention en Italie pour une hernie discale en 2005. Elle avait noté une nette amélioration après cette intervention avec une disparition pratiquement complète des douleurs durant plusieurs années, en tout cas jusqu'à ce qu'elle commence à travailler comme caissière à la C\_\_\_\_\_ à 50% en novembre 2009. Les lombosciatalgies étaient réapparues peu à peu, nécessitant une deuxième intervention pour la hernie discale en février 2011. Après trois mois, elle avait pu reprendre son travail à la caisse malgré des douleurs lombaires toujours présentes. Les sciatalgies étaient par contre nettement améliorées. En décembre 2013, elle avait décidé d'augmenter son taux d'activité de 50 à 73% pour des raisons financières. Les lombosciatalgies étaient alors devenues à nouveau beaucoup plus importantes, surtout au niveau du membre inférieur gauche, motivant une incapacité de travail à 50% dès le 27 octobre 2014. Une IRM lombaire réalisée le 29 décembre 2014 avait mis en évidence une récurrence herniaire L5-S1.

Dans le rappel anamnestique, il est mentionné que, sur le plan psychiatrique, l'expertisée ne rapportait pas d'antécédents particuliers hormis la prise d'un antidépresseur prescrit par son médecin généraliste en 2007, lors de son arrivée en Suisse. En juin 2015, soit quatre mois après son intervention chirurgicale, elle avait débuté un suivi et un traitement psychiatrique chez la Dre G\_\_\_\_\_, qui lui avait prescrit un traitement de Cymbalta et qui avait retenu un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen avec syndromes somatiques et une incapacité de travail à 100% depuis le 13 juin 2015. Selon l'expertisée, elle avait eu quelques idées noires, voire suicidaires, mais grâce à son bon entourage familial, ces idées s'étaient vite atténuées. Elle avait suivi très régulièrement les consultations de la Dre G\_\_\_\_\_, à raison de deux à trois fois par mois durant environ un an, puis avait décidé de mettre un terme à ce suivi, ayant mal supporté certaines remarques du médecin envers les italiens. Dès le 28 juin 2016, elle avait été suivie par un autre psychiatre, le Dr K\_\_\_\_\_, qui retenait, dans son rapport adressé à l'OAI en septembre 2016, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, de troubles anxieux sans précision, de personnalité dépendante et de trouble mental dû à une affection physique. Selon ce médecin, la capacité de travail était nulle même dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Au début, l'expertisée avait des consultations une fois toutes les semaines, puis une fois toutes les deux semaines et actuellement une fois par mois. Le traitement de Cymbalta devait théoriquement être poursuivi. L'expertisée reconnaissait toutefois qu'elle ne le prenait plus depuis plusieurs semaines, ne voyant pas d'effets positifs de ce médicament. Au début, elle avait eu l'impression que son moral allait un peu mieux avec ce traitement et le suivi psychiatrique, mais maintenant elle se sentait de plus en plus découragée et fatiguée par ses douleurs.

Lors de l'expertise réalisée par la clinique Corela en septembre 2015, aucun diagnostic psychiatrique n'avait été retenu. Un syndrome de majoration avait été évoqué au vu de l'examen clinique rhumatologique.

L'expert-psychiatre a eu un entretien avec l'expertisée le 11 juillet 2017. Il lui a, à cette occasion, posé des questions pour compléter l'anamnèse, a pris note de ses plaintes et procédé à un status psychiatrique. Il a notamment relevé que l'expertisée était initialement plutôt fermée et triste et qu'elle avait pu ensuite esquiver quelques sourires. Elle avait répondu de façon adéquate aux questions simples qui lui avaient été posées. L'expert n'avait pas constaté de baisse significative idéique, ni de ralentissement psychomoteur prononcé. L'expertisée avait une attitude ouverte et n'était pas hostile, revendicatrice ou irritable. Elle ne s'était pas agitée sur sa chaise, n'avait pas grimacé, hyperventilé ou adopté un comportement anxieux. Elle n'avait pas manifesté de trouble de la conscience et était orientée dans toutes les modalités. Les constatations objectives de l'expert sont développées sur une page entière. Il a également procédé à un examen sur la base de l'échelle MADRS (Montgomery Asberg Depression rating scale) dont le résultat était compatible avec une symptomatologie dépressive moyenne.

Après le status psychiatrique, il est mentionné sous « discussion » que, sur le plan clinique, on se trouvait face à une expertisée qui se plaignait avant tout de ses douleurs. Les plaintes psychiques n'apparaissaient que dans un deuxième temps, suite à des questions spécifiques. Sur le plan psychiatrique, on pouvait constater certains aspects atypiques du tableau clinique. L'expertisée s'exprimait avec emphase sur différents symptômes, que ce soit sa tristesse, des crises d'anxiété lors de pics de douleurs ou une encore une irritabilité qui serait présente à domicile, alors que, sur le plan clinique, elle n'apparaissait pas particulièrement ralentie sur le plan psychomoteur, symptôme que l'on observait dans les dépressions d'intensité sévère. Le ralentissement décrit dans le rapport psychiatrique du 21 septembre 2016 ne pouvait pas être objectivé à l'heure actuelle. Il ne l'était pas non plus lors de l'expertise Corela de 2015. Une autre atypie du tableau dépressif concernait l'expression d'un appétit diminué alors que l'expertisée affichait depuis plusieurs années une prise pondérale. On constatait chez elle une tendance à la majoration et au réaménagement des éléments de la réalité, ce qui était illustré par le fait qu'elle avait d'abord indiqué qu'elle prenait son traitement médicamenteux, puis, confrontée à la perspective d'un dosage plasmatique, elle avait reconnu ne plus prendre son traitement antidépresseur depuis plusieurs semaines. Dans ce contexte, il était légitime d'émettre des réserves quant à l'ampleur de ses plaintes, qui étaient relayées sans pondération dans le rapport psychiatrique du 21 septembre 2016. Le fait qu'elle ne prenait plus son traitement antidépresseur était toutefois insuffisant pour écarter toute pathologie psychiatrique. De nombreux sujets souffrant de troubles de l'humeur bénéficiaient de traitements antidépresseurs pendant plusieurs mois sans relever d'amélioration significative. Cela semblait avoir été le cas de l'assurée, vu que la compliance avait été estimée correcte avec un dosage

plasmatique à l'appui lors de l'expertise Corela de 2015. Il était fréquent de constater une baisse de la motivation vis-à-vis du traitement chez le sujet qui ne ressentait pas d'amélioration clinique suffisante avec le traitement dispensé. On pouvait par contre déplorer le fait que l'expertisée n'ait pas clairement discuté de cet aspect avec son psychiatre traitant. Malgré les réserves émises, on devait relever chez l'expertisée une première période de souffrance psychique lorsqu'elle était venue s'établir en Suisse, avec un tableau clinique de dépression qui paraissait cohérent, accompagné d'une médication antidépressive durant six mois. Après une phase de stabilisation, la symptomatologie dépressive était réapparue suite aux douleurs exprimées par l'expertisée et, dans ce sens, la présence de deux épisodes dépressifs entrecoupés d'une phase de rémission était suffisante pour poser, selon la logique de la CIM-10, un diagnostic de trouble dépressif récurrent. On pouvait valider ce diagnostic, qui figurait dans le rapport psychiatrique du 21 septembre 2016. Par contre, l'intensité de ce trouble dépressif récurrent devait être relativisée. Actuellement, le score de 25/60 à l'échelle psychométrique MADRS correspondait à une dépression moyenne. Le rapport du 21 septembre 2016 évoquait ensuite un diagnostic de troubles anxieux sans précision. Interrogée à ce sujet, l'expertisée mentionnait des symptômes neurovégétatifs lorsqu'elle ressentait une accentuation de ses douleurs, ce qui était insuffisant pour retenir le diagnostic de troubles anxieux selon la CIM-10. Le rapport psychiatrique du 21 septembre 2016 retenait encore un diagnostic de trouble de la personnalité dépendante. Ce diagnostic ne s'imposait pas à l'heure actuelle chez une expertisée qui décrivait, certes, une précarité sociale et économique depuis de nombreuses années, qui avait généré une dépendance vis-à-vis de ses parents en Italie et de son mari, mais la dépendance socio-économique n'était pas suffisante pour entrer dans le cadre de ce diagnostic. Le sujet dépendant affichait des craintes marquées d'abandon, ce que l'expertisée ne décrivait nullement avant l'apparition de ses douleurs. Elle était toujours parvenue à donner son avis au sein de son couple, sans mettre ses besoins au second plan. Elle ne présentait pas de grave déviation des pensées, des sensations et des relations à autrui par rapport à un individu moyen d'une culture donnée, qui aurait débuté durant l'enfance et se serait maintenue à l'adolescence ainsi qu'à l'âge de jeune adulte. On pouvait retenir chez la recourante des traits pathologiques de caractère, comme la tendance à la revendication et à l'irritabilité, avec une difficulté à gérer les tensions et la frustration, comme cela était décrit dans l'expertise Corela au sujet de difficultés professionnelles qu'elle avait traversées. Ces traits de personnalité s'exprimaient également dans les changements fréquents de thérapeute, avec une tendance à réaménager les éléments de réalité. Des traits de personnalités pathologiques n'étaient toutefois pas suffisants pour évoquer un trouble ayant valeur de maladie selon la CIM-10. En ce qui concernait les douleurs exprimées par l'assurée, après avis collégial, les experts étaient d'avis de reconduire l'appellation de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques chez une assurée affichant les traits de personnalité précités qui avaient tendance à la verrouiller dans les plaintes. Il en découlait une attitude

passive, accompagnée des bénéfices secondaires décrits dans l'expertise Corela de 2015, qui paraissaient pertinents pour pondérer les plaintes alléguées par l'assurée.

En raison d'une attitude de passivité et de déconditionnement, l'expertisée décrivait une vie qui aboutissait à la dépendance vis-à-vis de son entourage. Cette dépendance n'était pas causée par un trouble de la personnalité et n'était qu'en partie explicable par l'atteinte dépressive, qui restait d'intensité moyenne. Par conséquent, on ne pouvait pas conclure que l'expertisée ne disposait plus d'aucune capacité à s'adapter à des règles et des routines professionnelles imposées de l'extérieur.

Le status psychiatrique AMDP mettait en évidence des troubles cognitifs qui étaient également investigués sur le plan neuropsychologique dans le rapport psychiatrique du 21 septembre 2016. On pouvait retenir des troubles de la mémorisation et de la concentration, mais qui comportaient également une composante de majoration, dépendante des traits de personnalité relevés. Dans ce sens, on pouvait retenir une baisse partielle des capacités à planifier et structurer les tâches. L'expertisée disposait d'une réactivité caractérielle, ce qui pouvait réduire dans une certaine mesure sa flexibilité et ses capacités d'adaptation. Dans une activité suffisamment simple, elle disposait de compétences pratiques, étant relevé que son parcours scolaire n'avait pas été émaillé de graves difficultés. Il en découlait que sa capacité de jugement et de prise de décisions était de légèrement à modérément abaissée par les troubles cognitifs qui découlaient de la dépression moyenne. Il en était de même pour l'endurance qui était légèrement à moyennement diminuée. Les capacités d'affirmation étaient diminuées en raison des idées de dévalorisation et de culpabilité inhérentes à la symptomatologie dépressive. Il fallait pondérer cet aspect en tenant compte des tendances à la majoration. L'expertisée décrivait une baisse marquée des contacts avec des tiers. Ils se résumaient à sa famille proche. Une attitude de déconditionnement avec probable faible insertion sociale antérieure permettait de pondérer cet aspect. Les relations proches étaient actuellement préservées, sans que l'expertisée ne décrive de graves conflits. Les activités spontanées étaient peu fournies, mais ici encore, le déconditionnement et la tendance à la majoration devaient pondérer cet aspect. L'hygiène et les soins corporels de même que les capacités de déplacement n'étaient pas spécifiquement abaissés par des facteurs psychiatriques. Au final, si l'on prenait en compte le trouble dépressif récurrent de l'expertisée, dont la nature ne pouvait être niée, mais dont l'intensité méritait d'être pondérée, l'expert-psychiatre était d'avis de retenir, en suivant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, une capacité de travail de 50% dans une activité suffisamment simple et compatible avec le potentiel intellectuel de la recourante. Cette estimation était valable depuis que cette dernière avait été prise en charge par la Dre G\_\_\_\_\_ en juin 2015, laquelle avait mis en évidence la participation de l'état dépressif estimé justement moyen à cette époque.

Concernant le genou droit, le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il ressortait de l'imagerie d'une IRM du 9 août 2017 qu'il y avait un très discret œdème au genou droit de

l'expertisée dans le panicule adipeux synovial qui se trouvait au-dessus de la rotule dans le petit récessus entre l'insertion du tendon rotulien sur la partie non cartilagineuse de la rotule. Cet œdème était non significatif selon lui. Il ne comprenait pas la notion de conflit du radiologue, le tendon étant de toute façon, lors de la flexion, plaqué sur le fémur distal et dans la gorge trochléenne. Il s'agissait clairement d'un abus de langage du radiologue. Le reste de l'examen était tout à fait rassurant puisqu'on ne constatait pas de lésion méniscale, pas de lésion cartilagineuse des trois compartiments et une absence de trouville X. De plus, les gonalgies antérieures d'effort étaient extrêmement banales, fréquentes et rarement invalidantes particulièrement lorsqu'elles étaient associées à un status clinique et radiologique normal (référence faite à la lettre du Dr R\_\_\_\_\_ du 24 août 2017).

Sous « appréciation du cas », les experts ont mentionné que, sur le plan somatique, à la fois orthopédique et neurologique, ils retenaient essentiellement des lombalgies avec spondylarthrose L5-S1 avec un status après trois microdiscectomies L5-S1 gauches en 2005, 2011 et février 2015. Cette pathologie du rachis entraînait des limitations fonctionnelles, à savoir que tous les mouvements en porte-à-faux latéraux et antérieurs étaient contre-indiqués et que le poste de travail devait pouvoir permettre d'alterner les positions assise et debout. Le port de charges répétitif de maximum 2 à 3 kg était possible, occasionnellement 5 kg et très exceptionnellement 10 kg. Les experts rejoignaient ainsi les limitations fonctionnelles décrites par le Dr J\_\_\_\_\_ le 18 avril 2016. Ils s'écartaient de l'avis du Dr H\_\_\_\_\_ de la clinique Corela, qui ne retenait pas de limitation fonctionnelle sur le plan rhumatologique. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites d'épargne du rachis lombaire, la capacité de travail était complète sur le plan somatique depuis en tout cas le mois d'août 2015. Au vu des limitations fonctionnelles, la capacité de travail dans l'ancienne activité de caissière était nulle depuis février 2015. Sur le plan psychiatrique, les experts retenaient une capacité de travail de 50% dans un poste adapté depuis août 2015. Concernant la reprise d'une activité à 50% dans un poste adapté, le pronostic était bon. Toutefois, une aide au placement et des mesures de réintégration progressive devaient être envisagées. S'agissant d'une reprise à un taux supérieur, le pronostic était réservé même avec la réintroduction d'un traitement antidépresseur avec une compliance correcte.

21. Le 24 octobre 2017, l'OAI a informé la chambre de céans que, comme le SMR, il ne pouvait adhérer à la conclusion de l'expert-psychiatre selon laquelle la capacité de travail de la recourante était de 50%. Cette évaluation reposait essentiellement sur les plaintes formulées par la recourante et non sur des constatations objectives (status). De plus, bien que l'expert ait constaté nombre de contradictions dans les déclarations de la recourante, il en faisait abstraction dans son évaluation de la capacité de travail. De plus, au vu des symptômes décrits, l'épisode actuel correspondait à un épisode dépressif léger et non moyen. En effet, il s'avérait que le traitement médicamenteux n'était plus pris depuis plusieurs semaines et que la prise

en charge thérapeutique chez un spécialiste n'avait lieu qu'une fois tous les trois mois. La nouvelle expertise ne pouvait donc être privilégiée par rapport à celle réalisée par la clinique Corela, qui avait constaté une nette amélioration de l'état de santé psychique de la recourante sous l'effet de la prise de médicaments. Les symptômes décrits et le fait que le traitement était quasi inexistant attestaient que le trouble psychique ne pouvait être qualifié de grave et invalidant. On ne pouvait considérer qu'il était résistant aux traitements. Pour ces motifs, l'OAI maintenait ses conclusions déjà formulées.

À l'appui de ses observations, l'OAI a produit un avis médical établi le 23 octobre 2017 par le Dr J\_\_\_\_\_. Ce dernier y indiquait que le rapport d'expertise était très satisfaisant, mais qu'on avait du mal à être convaincu par l'évaluation du Dr P\_\_\_\_\_ d'une capacité de travail de seulement 50%. En effet, bien que tous les experts signalaient de très nombreuses incohérences dans les déclarations de l'assurée et une majoration des symptômes, l'expert-psychiatre ne justifiait son évaluation que par les plaintes importantes. De plus, si le diagnostic de trouble dépressif moyen pouvait éventuellement être retenu, il s'agissait, au vu de la CIM-10, plutôt d'un épisode léger (symptomatologie légère, critères non remplis). On ne pouvait concevoir l'absence de prise d'un traitement antidépresseur. En effet, lors de l'expertise Corela, la prise du traitement antidépresseur avait été suffisamment efficace pour que l'expert-psychiatre dresse un tableau très rassurant de l'état psychique. De plus, le Dr P\_\_\_\_\_ confirmait également la nécessité d'un tel traitement. On ne pouvait être convaincu par l'évaluation de la capacité de travail au niveau psychiatrique. En effet, la symptomatologie dépressive objective ne semblait largement pas suffisamment importante et résistante au traitement pour justifier une incapacité de travail de 50%. En conséquence, il fallait s'en tenir aux conclusions précédentes.

22. Le 16 novembre 2017, la recourante a fait valoir que le rapport d'expertise remplissait les conditions pour se voir reconnaître pleine valeur probante et qu'il y avait lieu de suivre ses conclusions. Il fallait retenir, comme les experts, qu'elle était capable de travailler dans une activité adaptée à 50%. Sa capacité à réaliser les tâches ménagères était limitée à 50%. Un taux d'abattement de 20% devait être retenu lors du calcul de l'invalidité en raison des limitations fonctionnelles très importantes dont elle souffrait du fait qu'elle pouvait uniquement exercer une activité à taux partiel et que seule une activité légère était possible. C'était la méthode ordinaire de calcul de l'invalidité qui devait lui être appliquée dans la mesure où, sans atteinte à sa santé, elle travaillerait à 100%, comme elle l'avait confirmé en audience et comme cela avait été le cas avant son arrivée en Suisse et ses problèmes lombaires.
23. Le 14 décembre 2017, la recourante a relevé que l'OAI ne soulevait pas d'argument de nature à remettre en cause la valeur probante de l'expertise médicale judiciaire. Aucun avis médical de spécialiste ne venait contredire la qualité ou les conclusions de l'expertise, étant relevé que le Dr J\_\_\_\_\_ n'était pas psychiatre. De plus, ce

dernier indiquait dans son avis médical du 23 octobre 2017 que le rapport d'expertise était très satisfaisant. Il se contentait d'estimer que le trouble dépressif devait être qualifié de léger et de remettre en question l'évaluation des experts de la capacité de travail à 50%. Il s'agissait là d'une appréciation différente d'un même état de faits qui n'était basé sur un aucun élément concret, qui pouvait faire douter de la valeur probante de l'expertise de la PMU. Contrairement à ce que prétendait le SMR, l'expertise psychiatrique s'était basée non seulement sur les plaintes de l'expertisée mais également sur les constatations objectives et sur l'examen du dossier. Contrairement à ce que prétendait l'OAI, l'expertise psychiatrique avait tenu compte du fait que la recourante ne prenait plus le traitement antidépresseur, l'expert-psychiatre ayant précisé que cela n'était pas suffisant pour écarter toute pathologie psychiatrique. De plus, les experts avaient explicitement indiqué que, même en tenant compte du problème de manque de compliance, sa capacité de travail ne devait pas excéder 50%.

24. Sur ce, 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<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

La 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.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a

incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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. 28 al. 2 LAI).

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

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une

thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

L'examen des indicateurs standards est superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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'écarter 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).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles psychiques. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4).

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).

Un rapport du SMR (art. 49 al. 3 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). Les rapports SMR 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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C\_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement

---

vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. 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). 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).
9. 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 (Cst, RS 101; 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).
10. a. En l'espèce, le rapport d'expertise du PMU se fonde sur l'étude approfondie du dossier médical de la recourante ainsi que sur des examens cliniques complets. Les anamnèses sont précises et détaillées et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. L'appréciation de la situation médicale est claire et chaque spécialiste a expliqué ses constatations et justifié son point de vue. Les experts se sont déterminés individuellement, puis en consilium, sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes, de sorte que leur rapport remplit a priori les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.  
b. L'intimé, se fondant sur un avis du SMR, conteste la conclusion des experts sur la capacité de travail résiduelle de la recourante, fixée par ces derniers à 50%, considérant que cette évaluation reposait essentiellement sur les plaintes formulées par la recourante et non sur des constatations objectives. Cette évaluation faisait en outre abstraction des déclarations contradictoires de la recourante.

La recourante ne conteste pas les conclusions de l'expertise et fait valoir qu'aucun avis médical ne contredit les conclusions de l'expertise, excepté celui du Dr J\_\_\_\_\_ qui n'était pas psychiatre et qui avait estimé le rapport d'expertise très satisfaisant.

En l'espèce, les experts ont fixé la capacité de travail de la recourante à 50% dans toute activité en lien avec le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Cette conclusion n'est pas seulement fondée sur les plaintes de la recourante, mais également sur les constatations objectives faites par l'expert-psychiatre lors d'un entretien avec celle-ci, lesquelles sont exposées sur une page entière du rapport. Il faut également rappeler que les maladies psychiques ne peuvent de toute façon être déterminées ou prouvées que de manière limitée sur la base de critères objectifs. L'expert a, en outre, motivé ses conclusions sur plus de deux pages, précisant que, malgré les réserves émises – à savoir une tendance à la majoration et au réaménagement des éléments de la réalité – on devait relever chez l'expertisée une première période de souffrance psychique lorsqu'elle était venue s'établir en Suisse, avec un tableau clinique de dépression qui paraissait cohérent, accompagné d'une médication antidépressive durant six mois. Après une phase de stabilisation, la symptomatologie dépressive était réapparue suite aux douleurs exprimées par l'expertisée et, dans ce sens, la présence de deux épisodes dépressifs entrecoupés d'une phase de rémission était suffisante pour poser, selon la logique de la CIM-10, un diagnostic de trouble dépressif récurrent. L'expert estimait ainsi pouvoir valider ce diagnostic, en le qualifiant de moyen, conformément au résultat de l'examen MADRS. Les conclusions de l'expertise sur la capacité de travail résiduelle de la recourante ne reposent ainsi pas uniquement sur les plaintes de celle-ci.

c. L'intimé soutient encore, sur la base de l'avis du Dr J\_\_\_\_\_, qu'au vu des symptômes décrits, l'épisode actuel correspondait à un épisode dépressif léger et non moyen. Le diagnostic retenu par les experts ne pouvait être validé dans la mesure où il s'avérait que le traitement médicamenteux n'était plus pris par la recourante depuis plusieurs semaines et que la prise en charge thérapeutique chez un spécialiste n'avait lieu qu'une fois tous les trois mois.

La recourante estime que l'avis du Dr J\_\_\_\_\_ est une appréciation différente d'un même état de fait qui n'était fondée sur aucun élément concret et que l'expertise psychiatrique avait tenu compte du fait qu'elle ne prenait plus le traitement antidépresseur,

L'expert a précisé, en effet, que le fait que la recourante ne prenait plus son traitement antidépresseur était insuffisant pour écarter toute pathologie psychiatrique, en expliquant que de nombreux sujets souffrant de troubles de l'humeur bénéficiaient de traitements antidépresseurs pendant plusieurs mois sans relever d'amélioration significative. Cela semblait avoir été le cas de l'assurée, vu que la compliance avait été estimée correcte, dosage plasmatique à l'appui, lors de l'expertise de la clinique Corela en 2015. Il était fréquent de constater une baisse de la motivation vis-à-vis du traitement chez le sujet qui ne ressentait pas d'amélioration clinique suffisante avec le traitement dispensé. Ces explications permettent de comprendre pourquoi l'expert a retenu un épisode dépressif moyen en

dépit du fait que la recourante ne prenait plus son traitement médicamenteux et elles sont convaincantes.

Contrairement à ce qu'allègue l'intimé, la prise en charge thérapeutique de la recourante chez un spécialiste n'avait pas lieu qu'une fois tous les trois mois. En effet, selon le rapport d'expertise, l'assurée a débuté en juin 2015 un suivi et un traitement psychiatrique très réguliers chez la Dre G\_\_\_\_\_, à raison de deux à trois fois par mois durant environ un an. Dès juin 2016, elle a été suivie par un autre psychiatre, le Dr K\_\_\_\_\_, qui a précisé qu'elle l'avait consulté, au début, une fois toutes les semaines, puis une fois toutes les deux semaines et actuellement une fois par mois.

Les conclusions de l'expert sont ainsi bien motivées et convaincantes et elles ne sont pas sérieusement remises en cause par l'appréciation différente du Dr J\_\_\_\_\_, qui n'est pas spécialiste en psychiatrie et dont l'avis ne répond pas aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine force probante.

Les avis médicaux des médecins traitants qui concluaient à une incapacité totale de travail constituent des appréciations différentes du cas qui ne suffisent pas à remettre en cause les conclusions de l'expertise, étant relevé que la recourante adhère elle-même à ces dernières.

Il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'examiner le cas au regard des indicateurs standards développés par le Tribunal fédéral, dès lors que l'incapacité de travail à 50% repose sur l'appréciation probante d'un expert spécialiste FMH en psychiatrie et vu l'absence d'appréciation contraire ayant valeur probante.

En conclusion, il y a lieu de se fonder en l'espèce sur le rapport d'expertise du 3 octobre 2017 qui doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

11. Il convient dès lors de déterminer le taux d'invalidité de la recourante.

a. En vertu des art. 28 al. 2 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail 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.

b. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif.

On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, 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'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative (art. 27bis al. 1 RAI).

c. Par modification du 1<sup>er</sup> décembre 2017, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018 du RAI, le Conseil fédéral a introduit un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, de façon à renforcer les moyens de concilier vie familiale et vie professionnelle dans le respect des exigences de la Cour européenne des droits de l'homme (ci-après la CourEDH) (art. 27 et 27bis al. 2 à 4 RAI). Le nouveau mode de calcul accorde un poids égal aux conséquences d'une atteinte à la santé sur l'exercice d'une activité lucrative et sur l'accomplissement des travaux habituels. Dans le domaine professionnel, la détermination du taux d'invalidité se base sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps; de même, en ce qui concerne les travaux habituels, le calcul est aussi effectué comme si la personne s'y consacrait à plein temps. Les tâches ménagères et familiales sont ainsi mieux prises en compte

---

(Rapport explicatif du Conseil fédéral dans son communiqué de presse du 1<sup>er</sup> décembre 2017 – <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publications-et-services>).

Les rentes en cours octroyées jusqu'au 31 décembre 2017 en application de la méthode mixte doivent être soumises à une révision, à initier avant fin 2018 (al. 1 des dispositions transitoires de la modification du RAI du 1<sup>er</sup> décembre 2017). Au cours de ces révisions, les faits déterminants devront être fondamentalement réévalués d'un point de vue médical et économique et une nouvelle enquête sera généralement nécessaire (cf. Lettre circulaire AI n° 372 du 9 janvier 2018).

Lorsque l'octroi d'une rente a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1<sup>er</sup> décembre 2017 parce que le taux d'invalidité était insuffisant à un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et accomplissant par ailleurs des travaux habituels, une nouvelle demande sera examinée s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément à l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI, aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente (al. 2 des dispositions transitoires de la modification du RAI du 1<sup>er</sup> décembre 2017). Dans ce cas de figure, c'est à l'assuré qu'il revient de déposer une nouvelle demande. L'office AI est tenu d'examiner la nouvelle demande s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente (Office fédéral des assurances sociales, rapport explicatif concernant la modification du règlement du 17 janvier 1961 – évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel, p. 15).

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

d. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, applicable jusqu'au 31 décembre 2017, comme c'est le cas en l'espèce, 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. 27bis aRAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

e. 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).

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 de l'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).

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).

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).

Il n'y a pas lieu de tenir compte des limitations fonctionnelles au titre d'un abattement supplémentaire lorsqu'elles ont déjà conduit un médecin à réduire la capacité de travail d'un assuré, car cela reviendrait à prendre en compte deux fois le même critère (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_637/2014 du 6 mai 2015).

Dans un arrêt 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a jugé qu'un abattement de 15% se justifiait, vu la nature des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé (pas de mouvement en porte-à-faux, pas de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis, alternance des positions debout et assis), lequel était, en outre, âgé de 54 ans et avait été absent de façon prolongée du marché du travail. Seules des concessions salariales sensibles pourraient compenser cet état de fait et permettre à l'intéressé d'être compétitif sur le marché du travail.

Le critère du taux partiel d'activité ne constitue pas un élément pertinent pour justifier un abattement pour les femmes. En effet, dans à peu près tous les cas de figure distingués en fonction du degré d'occupation et du niveau de qualifications, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne gagnent souvent pas, d'après les statistiques, un revenu moins élevé que les personnes travaillant à plein temps

---

(arrêts du Tribunal fédéral 8C\_379/2011 du 26 août 2011 consid. 4.2 et 9C\_160/2014 du 30 juin 2014).

12. Il convient en premier lieu de déterminer si c'est à juste titre que l'OAI a calculé le taux d'invalidité de la recourante selon la méthode mixte.

Celle-ci a indiqué à la chambre de céans qu'après son arrivée en Suisse, elle avait travaillé à 100% sans être déclarée, ce qu'elle n'a toutefois pas été en mesure de prouver. Elle a encore déclaré avoir, dès 2009, travaillé comme caissière à la C\_\_\_\_\_ à 50%, car elle avait déjà ses problèmes de dos. Or, il ressort de l'anamnèse du rapport d'expertise du 3 octobre 2017 qu'en 2009, elle ne souffrait presque plus de douleurs depuis une première intervention en Italie pour une hernie discale en 2005. Ainsi, l'on ne peut pas retenir comme établi que son choix de travailler à temps partiel en 2009 était lié à ses problèmes de santé. Ce choix n'apparaît pas non plus lié à la nécessité de s'occuper de ses enfants, qui étaient alors âgés de 17 et 13 ans et donc relativement indépendants. La recourante a indiqué à l'expert, selon le rapport précité, qu'elle avait ensuite augmenté son taux d'activité à 73% précisant avoir souhaité un 80%. L'on ne peut tirer de cette déclaration la conclusion qu'elle avait fait le libre choix de travailler à temps partiel, car il est établi, par le rapport d'expertise, qu'à cette époque elle souffrait encore de douleurs lombaires suite à son opération de février 2011. Le rapport d'enquête économique sur le ménage du 13 novembre 2012, mentionne que « selon ses dires, elle (l'assurée) aurait continué à travailler à 50% sans atteinte à la santé. Elle pense même qu'elle aurait travaillé à un taux supérieur, mais ne l'a pas fait en raison de ses problèmes de dos ». Cette déclaration est ambiguë et l'on ne peut en tirer la conclusion que sans ses problèmes de dos, la recourante aurait travaillé à 100%. En effet, un taux supérieur à 50% ne signifiait pas forcément un plein temps. Ce rapport tirait à tort la conclusion que la recourante se contentait d'un temps partiel, du fait qu'elle ne s'était pas inscrite au chômage et n'avait pas recherché d'autres emplois pour compléter son revenu, dès lors que dès février 2011, il est établi qu'elle souffrait de ses problèmes de dos. Selon le rapport d'enquête économique sur le ménage du 31 mai 2016, l'assurée avait déclaré que sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi son activité de caissière à temps partiel. S'agissant de son parcours de vie, il faut constater que si la recourante a beaucoup travaillé avant de se marier, elle a totalement cessé de le faire après la naissance de ses enfants. L'époux de l'assurée semble avoir travaillé régulièrement d'abord dans la reliure pendant sept ans, puis comme responsable des bâtiments pour la Ville de Genève, de sorte qu'il n'était pas absolument nécessaire que la recourante travaille à temps plein. En conclusion, au vu des déclarations fluctuantes de cette dernière, de son état de santé, de sa situation personnelle et de son parcours de vie, il n'apparaît pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sans invalidité, elle aurait travaillé à 100% en 2015. C'est donc à juste titre que l'OAI a établi le taux d'invalidité de la recourante selon la méthode mixte.

---

13. La recourante a fait valoir que l'OAI n'aurait pas dû appliquer la méthode mixte, car la CourEDH l'avait jugée discriminatoire.

a. Dans le cas d'une assurée qui percevait une rente entière d'invalidité, que l'assurance-invalidité entendait réduire à une demi-rente à la suite de la naissance de ses jumeaux en se fondant sur le fait que l'assurée avait déclaré vouloir diminuer son activité rémunérée pour s'occuper de son foyer et de ses enfants, la CourEDH a admis que pour la grande majorité des femmes souhaitant travailler à temps partiel à la suite de la naissance d'un enfant, la méthode mixte s'avérait discriminatoire. La différence de traitement subie par l'assurée ne reposait pas sur une justification raisonnable. Elle a donc admis une violation de l'art. 14 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101), combiné avec l'art. 8 CEDH (droit au respect de la vie privée et familiale) (arrêt de la CourEDH du 2 février 2016 Di Trizio contre Suisse, n° 7186/09 § 80-104).

Selon le Tribunal fédéral, l'arrêt Di Trizio ne s'applique qu'aux cas dans lesquels un assuré qui pouvait percevoir une rente entière d'invalidité en qualité d'actif perdait ce droit uniquement au motif qu'il était considéré comme actif à temps partiel en raison de la naissance de ses enfants et de la réduction de son temps de travail qui s'en suivait. Dans une telle situation, l'application de la méthode mixte ne pouvait mener à une suppression de la rente ou à une limitation dans le temps de la rente accordée à titre rétroactif (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_399/2016 du 18 janvier 2017 consid. 4.1.1). La suppression, mais également la réduction en suite d'une révision d'une rente d'invalidité était contraire à la CEDH lorsque seuls des motifs familiaux (naissance des enfants et réduction consécutive du taux d'activité) justifiaient le passage d'un statut d'actif à celui d'un statut de personne active à temps partiel. Dans un tel cas, la rente en cours devait continuer d'être versée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_604/2016 du 1<sup>er</sup> février 2017 consid. 3.3.4). On notera que la doctrine a également considéré que l'arrêt Di Trizio ne condamnait pas définitivement l'utilisation de la méthode mixte pour l'évaluation de l'invalidité des assurés se voyant reconnaître un statut partiellement actif et partiellement ménager, la CourEDH s'étant uniquement prononcée dans le contexte particulier de la révision du droit aux prestations d'une assurée à la suite de la naissance de ses enfants (Anne-Sylvie DUPONT, Arrêt Di Trizio c. Suisse – une appréciation, REAS 2016 p. 479). Par la suite, le Tribunal fédéral a contesté l'existence d'une violation des art. 14 et 8 CEDH en cas d'application de la méthode mixte à une assurée travaillant à temps partiel et qui n'avait plus de responsabilités éducatives envers des enfants mineurs (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_514/2016 du 18 janvier 2017 consid. 3.2.1).

b. En l'espèce, la recourante travaillait à temps partiel lors de son atteinte à la santé ayant conduit à son incapacité partielle de travailler et ses enfants étaient alors relativement indépendants. Cette situation diffère ainsi de celles dans lesquelles on peut, selon le Tribunal fédéral, renoncer à l'application de la méthode mixte. C'est

donc à juste titre que l'intimé a utilisé cette méthode pour déterminer le taux d'invalidité de la recourante.

14. Le taux d'invalidité doit se calculer dès le moment de la naissance du droit à la rente soit en l'occurrence, à l'échéance du délai d'attente d'un an dès l'incapacité durable de travail, soit en février 2016.

Au moment de son atteinte à la santé, la recourante travaillait comme caissière à 73% et s'occupait de ses travaux habituels à 27%. À l'échéance du délai d'attente, en février 2016, sa capacité de travail résiduelle était de 50%. Les empêchements dans la tenue de son ménage étaient de 17%. Selon le questionnaire employeur, en 2015, son salaire annuel était de CHF 36'622.-, soit CHF 36'835.87 en 2016 (CHF 36'622.- x 2239 / 2226). Pour fixer le salaire avec invalidité, il y a lieu de se fonder sur le tableau TA1\_tirage\_skill\_level, ligne total de l'ESS 2014, qui indique qu'une femme travaillant dans une activité de niveau 1 (simple et répétitive) pouvait espérer réaliser un salaire mensuel de CHF 4'300.-, soit un salaire annuel de CHF 51'600.-. En tenant compte de la durée moyenne usuelle de travail dans les entreprises en 2016, soit 41.7 heures selon les statistiques de l'office fédéral de la statistique DNT, le salaire à prendre en compte est de CHF 53'793.- (CHF 51'600.- x 41.7 / 40), de CHF 54'253.39 indexé à 2016 (CHF 53'793.- x 2239 / 2220), et de CHF 27'126.69 à 50%. Il y a encore lieu de procéder à un abattement supplémentaire du salaire avec invalidité de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles sur le plan somatique qui n'ont pas été prises en compte par les experts dans la capacité de travail résiduelle de la recourante. Il n'y a pas lieu de réduire davantage le salaire pour tenir compte du fait que seul un temps partiel et une activité légère sont possibles selon la jurisprudence susmentionnée.

Ainsi le salaire avec invalidité doit être fixé à CHF 24'413.40 (CHF 27'126.- – CHF 2'712.60). La perte de gain est de CHF 12'422.47, ce qui donne un taux d'invalidité de 34% (CHF 12'422.47 x 100 / CHF 36'835.87 = 33.72% arrondi à 34%).

Activités	Part	Perte	Degré d'invalidité
professionnelles	73%	34%	24.82%
travaux hab.	27%	17%	5%

Le degré d'invalidité total est de 29.82%, arrondis à 30%, ce qui n'ouvre pas de droit à une rente d'invalidité pour la recourante.

15. La recourante a conclu à des mesures de réadaptation.
- a. À teneur de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de

gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. a<sup>bis</sup>), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d).

b. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 130 V 488 consid. 2 et les références).

Eu égard au large éventail d'activités simples et répétitives offert par le secteur de la production ne nécessitant aucune formation autre qu'une mise au courant initiale, il n'est de loin pas irréaliste ou illusoire d'admettre que, compte tenu du fait que les limitations retenues autorisent l'exercice d'une activité industrielle légère avec alternance des positions et de l'expérience professionnelle acquise dans le contrôle des machines, il existe un nombre significatif d'activités adaptées aux atteintes du recourant que celui-ci doit pouvoir exercer sans avoir besoin d'une mesure de reclassement (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_467/2012 du 25 février 2013 consid. 5.2).

c. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la novelle du 6 octobre 2006), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b).

Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Il n'y a en revanche pas d'invalidité au sens de l'art. 18 al. 1 LAI (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 595/02 du 13 février 2003 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a jugé que le principe en vertu duquel le droit au placement est ouvert lorsque les difficultés à trouver un emploi résultent du handicap lui-même reste valable après l'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 5.2).

d. Selon le principe de la proportionnalité qui sous-tend les art. 8 et 21 LAI, l'assuré n'a droit qu'aux mesures de réadaptation nécessaires propres à atteindre le but visé mais non aux mesures qui seraient les meilleures dans son cas. La loi veut, en effet, assurer la réadaptation seulement dans la mesure où elle est nécessaire et suffisante dans le cas particulier. En outre, il doit exister un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité du moyen auxiliaire (proportionnalité au sens étroit; ATF 131 V 167 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_54/2010 du 19 octobre 2010).

Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]).

e. En l'espèce, au vu du taux d'invalidité de 30% de la recourante, une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI est envisageable. Une telle mesure ne se justifie toutefois pas, dès lors qu'elle exerçait avant son invalidité l'activité de caissière qui ne requiert pas de formation spécifique et que les activités simples et répétitives qu'elle est à même d'exercer ne nécessitent pas de formation.

Dans la mesure où il n'apparaît pas que les limitations fonctionnelles de la recourante sont de nature à lui causer des difficultés pour trouver un emploi, elle n'a pas non plus droit à une mesure d'aide au placement.

16. Le nouveau mode de calcul mixte pouvant être plus favorable à la recourante, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour examen de sa situation postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2018, selon l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI.
17. Infondé, le recours sera rejeté.
18. La recourante n'obtenant pas gain de cause dans ses conclusions, elle n'a pas droit à des dépens et un émolument de CHF 200.- sera mis à sa charge (art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour examen de la situation de la recourante postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2018 en application de l'art. 27bis RAI.
4. Condamne la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.
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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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