

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4393/2015

ATAS/892/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 octobre 2017

4^{ème} Chambre

En la cause

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

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en Roumanie le _____ 1967, divorcée et mère d'un enfant. Elle est arrivée le 6 octobre 2001 en Suisse et y a travaillé comme aide-soignante.
2. Le 3 janvier 2011, elle a requis des prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), indiquant être en incapacité de travail pour cause de maladie à 100% depuis mars 2009 en raison de fortes douleurs de dos, au bras gauche, aux hanches, aux épaules et au ventre, d'une sinusite chronique sur polypes, d'un asthme d'effort et d'un état dépressif aggravé après opération.
3. La doctoresse B_____ , médecin interne FMH, a indiqué, dans un rapport adressé à l'OAI le 11 février 2011, qu'elle suivait l'assurée depuis juillet 2002 et que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient :
 - cervico-brachialgies gauches (2010) ;
 - état dépressif (2010) ;
 - rhino-sinusite chronique sur polypose nasale (2008) ;
 - fibromyalgie (2002) ;
 - lombalgies aiguës (2005).

Depuis 2009, l'assurée souffrait de douleurs abdominales avec investigations multiples pour aboutir à une hystérectomie pour myofibrome, en mars 2010. En même temps, il y avait eu plusieurs épisodes de rhino-sinusite, avec automédication de Prednisone et d'antibiotiques, pour lesquels une intervention était prévue. Puis il y avait eu l'apparition de cervico-brachialgies gauches et, dans ce contexte, un état dépressif majeur sévère. Elle était en incapacité de travail à 100% dans l'activité d'aide-soignante dès novembre 2009 et cette activité n'était plus exigible du point de vue médical. Elle devrait pouvoir reprendre une activité à 50% si la thymie s'améliorait et si la rhinorrhée cessait. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50% à une date encore indéterminée.

4. Le dernier employeur de l'assurée a informé l'OAI le 15 février 2011 que, sans atteinte à la santé, celle-ci gagnerait, à ce jour et dans son ancienne activité, CHF 26.- / 28.- l'heure et que l'horaire de travail normal dans son entreprise était de 40 heures par semaine. En 2008, l'assurée avait reçu un salaire de CHF 48'372.50.
5. Selon un rapport établi le 17 février 2011 par la doctoresse C_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, l'assurée était en incapacité de travail en raison d'un épisode dépressif sévère. Elle la suivait depuis le 15 novembre 2010 et le dernier contrôle avait eu lieu le 7 février 2011. Le pronostic était favorable à long terme. L'assurée prenait du Cipralex (20 mg/j). L'actuelle incapacité de travail était motivée pour des raisons physiques, mais aggravée par la dépression. L'activité exercée n'était plus exigible du point de vue médical. À l'heure actuelle, l'état psychique de la patiente était incompatible avec une activité professionnelle.

6. Dans un rapport adressé à l'OAI le 27 juin 2011, la Dresse C_____ a indiqué que l'état de l'assurée s'était amélioré, mais qu'il était encore trop tôt pour envisager une reprise du travail, qui ne serait possible que dans quelques mois, à 100%, dans une autre profession, moins physique et moins épuisante psychologiquement.
7. Dans un rapport adressé à l'OAI le 11 août 2011, la Dresse B_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé. Celle-ci souffrait d'un état dépressif sévère, d'obésité et de douleurs rachidiennes qui avaient une influence sur la capacité de travail. L'aggravation datait de début 2011 avec une hospitalisation à la clinique genevoise de Montana en avril de la même année. La thymie s'était améliorée depuis l'hospitalisation. Une reprise du travail n'était pas possible actuellement, mais on pouvait l'envisager ultérieurement.
8. Le docteur E_____, chef de clinique, et la doctoresse F_____, médecin interne, de la clinique genevoise de Montana, ont indiqué, dans un rapport du 28 juin 2011, que le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations. L'hospitalisation de l'assurée avait été motivée par la volonté de lui donner un soutien psychologique et de l'éloigner des facteurs de stress. L'assurée présentait une diminution de sa thymie liée à des difficultés conjugales et à la péjoration de son état de santé. Du point de vue des plaintes douloureuses, le tableau clinique et l'anamnèse relevaient des douleurs diffuses pesantes, épuisantes et angoissantes, déclenchées au moindre contact, et aggravées lors du maintien prolongé de certaines positions par le stress, la fatigue et les soucis.
9. Dans un rapport médical intermédiaire adressé à l'OAI le 13 février 2012, la Dresse C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis environ six mois avec une amélioration progressive de la thymie. Les diagnostics qui avaient une influence sur la capacité de travail étaient un trouble dépressif récurrent et des douleurs chroniques depuis 2010. La capacité de travail était de 0% en tant qu'aide-soignante et de 50% dès juin 2012 dans une autre activité adaptée. Le traitement en cours était du Ciprex 20 mg et de la psychothérapie. À partir du mois d'avril, l'assurée serait apte à une réadaptation progressive dans une activité tenant compte de ses limitations sur le plan physique.
10. Le 15 août 2012, la Dresse C_____ a informé l'OAI que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire depuis février 2012. Une reprise de travail serait possible d'ici deux ou trois ans, pour des raisons psychiques.
11. L'assurée a fait l'objet d'une expertise par le Centre d'Expertise Médicale (CEMed). Les diagnostics retenus étaient un trouble douloureux somatoforme persistant existant depuis 2006 environ et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne sans syndrome somatique, ayant un caractère persistant, puisque la symptomatologie dépressive semblait présente depuis 2010 sans phase de rémission. Cette persistance de la symptomatologie affective pouvait être mise sur le compte de la piètre observance médicamenteuse et du syndrome douloureux

somatoforme, souvent accompagné d'une symptomatologie dépressive chronique. Il n'était évidemment pas exclu que cette symptomatologie dépressive redevienne sévère et incapacitante à l'avenir. L'examen psychiatrique n'avait pas permis d'objectiver de limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique. La capacité de travail pouvait être considérée comme théoriquement complète dans toute activité, sans diminution de rendement.

12. Selon une note du 8 septembre 2015 intitulée « cellule monitoring », l'incapacité de travail à 100% dans l'activité habituelle d'aide-soignante existait depuis 2009 en raison de problèmes lombaires. L'assurée avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis février 2010, selon l'expertise du 12 juin 2015. Les experts indiquaient que le trouble dépressif était sans répercussion sur la capacité de travail. Toutefois, le SMR, dans son avis du 29 juillet 2015, avait précisé que l'OAI pouvait reconnaître une incapacité de travail de 100% dans toutes activités (de février 2011 à février 2012). Au terme du délai de carence d'une année pour les problèmes lombaires, soit le 28 novembre 2010, il y avait une perte économique pour la partie professionnelle de 10%, qui devait être encore pondérée par la partie ménagère. Quels que soient les empêchements retenus, le degré d'invalidité ne permettait pas d'ouvrir le droit à une rente.

L'incapacité de travail totale dans toute activité de février 2011 à février 2012 était consécutive à une autre atteinte à la santé. Un nouveau délai de carence d'une année devait donc être ouvert. Au terme de ce deuxième délai d'attente d'une année, en février 2012, l'assurée avait retrouvé sa capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et le degré d'invalidité restait donc le même au terme du premier délai de carence d'une année. Il y avait donc lieu de refuser la rente sur la base d'un degré d'invalidité de moins de 40%.

13. Le 2 octobre 2015, l'OAI a rendu un projet de décision refusant à l'assurée le droit à des mesures professionnelles et une rente d'invalidité. Son statut était celui d'une personne exerçant une activité professionnelle à 95% et se consacrant à ses travaux habituels pour le 5% restant. Dans la part correspondant à son activité professionnelle, elle avait été en incapacité de travail pour deux atteintes différentes : la première à 100% dès le 1^{er} novembre 2009 et la seconde à 100% dès février 2011.

Afin de déterminer sa perte de gain, l'OAI avait procédé à une comparaison des revenus de l'assurée avec et sans invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité, il avait pris en compte les données communiquées par son dernier employeur, selon lesquelles elle aurait pu prétendre, en 2008, à un salaire annuel brut de CHF 48'372.-, soit CHF 49'921.- annualisé à 2010.

S'agissant du revenu avec invalidité, l'OAI s'était référé au tableau TA1, tous secteurs confondus (total) de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2010, qui indiquait qu'une femme travaillant dans une activité de niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples) pouvait réaliser un revenu de

CHF 52'728.- en travaillant à 100%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à son état de santé. En travaillant à 95%, elle pourrait ainsi réaliser un revenu annuel en 2010 de CHF 50'092.-. Une réduction de 10% au maximum pouvait lui être accordée en raison de ses limitations fonctionnelles. Les autres critères admis par la jurisprudence, tels que seule une activité légère possible, l'âge, les années de service, le permis et le taux d'occupation ne permettaient pas une réduction supplémentaire dans son cas. Le revenu annuel 2010 avec invalidité était ainsi de CHF 45'082.-. À la fin du délai d'attente, soit en novembre 2010, la perte de gain présentée dans la sphère professionnelle (95%) était de 10%. Même si l'empêchement subi dans les travaux habituels (5%), à la fin du délai d'attente d'un an, était complet, le degré d'invalidité résultant de l'ensemble des deux domaines serait inférieur à 40% et le droit à une rente d'invalidité n'était donc pas ouvert.

Le SMR était d'avis que l'assurée n'avait plus de capacité de travail dans son activité habituelle depuis novembre 2009 et de février 2011 à février 2012. Toutefois, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail raisonnablement exigible était de 100% depuis février 2010.

De février 2011 à février 2012, elle avait présenté une nouvelle atteinte à la santé qui avait entraîné une incapacité totale de travail dans toute activité. À la survenance de l'invalidité, soit en février 2012, la capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était de 100%. Son degré d'invalidité pour la part professionnelle était donc toujours de 10%. À nouveau, même si les empêchements subis dans les travaux habituels étaient complets, le degré d'invalidité résultant de l'ensemble des deux domaines serait inférieur à 40%. Le droit à la rente d'invalidité n'était donc pas ouvert.

Les mesures professionnelles suivantes n'étaient pas indiquées :

- Orientation professionnelle : lorsque l'invalidité n'avait pas ou peu d'incidence sur le choix d'une profession, les services d'orientation professionnelle de l'assurance-chômage étaient compétents. Au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services, un nombre significatif de ces activités était adapté aux empêchements de l'assurée. Une mesure d'orientation professionnelle ne se justifiait donc pas.
- Reclassement professionnel : le droit au reclassement existait si, compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque à gagner durable était de 20% au moins. Tel n'était pas le cas en l'espèce.
- Aide au placement : le droit à l'aide au placement actif n'était donné que lorsque les difficultés rencontrées lors de la recherche d'un emploi étaient liées à l'état de santé. En ce qui concernait l'assurée, elle n'était pas limitée par son atteinte à la santé dans la recherche d'un emploi. C'était l'office régional de placement qui était compétent pour l'aider au placement.

14. Le 21 octobre 2015, l'assurée a formé opposition contre le projet de décision, car elle n'était pas d'accord avec le déroulement de l'expertise et le bien-fondé des conclusions de cette dernière.
15. L'OAI a rendu, le 12 novembre 2015, une décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, précisant que les éléments produits à l'appui de l'opposition ne permettaient pas de modifier sa précédente appréciation.
16. L'assurée a formé recours devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, le 16 décembre 2015, concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique et, principalement, à l'annulation de la décision de l'OAI du 12 novembre 2015.
17. Par réponse du 22 décembre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours.
18. Le 24 novembre 2016, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique et rhumatologique de l'assurée, considérant que l'expertise du CEMed ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'expertise a été confiée au docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et à la doctoresse H_____, spécialiste FMH en rhumatologie.
19. À teneur du rapport établi par la Dresse H_____ le 19 mai 2017, l'expertise se fondait sur l'étude du dossier de l'expertisée, l'anamnèse et l'examen clinique de cette dernière et une discussion consensuelle avec le Dr G_____. L'experte concluait que, sur le plan rhumatologique, l'expertisée présentait :
 - des lombalgies chroniques depuis en tout cas 2005, toujours présentes, constantes et inchangées, malgré les différents traitements entrepris. Elles étaient en relation avec un spondylolisthésis L5-S1 sur lyse isthmique L5 bilatérale visualisé sur des radiographies et une IRM lombaire ;
 - des cervicobrachialgies gauches chroniques depuis en tout cas 2002. Les douleurs s'étaient aggravées progressivement depuis 2008, devenant insupportables selon l'assurée en 2010. Les douleurs cervicales persistaient à la mobilisation avec des contractures musculaires paravertébrales ;
 - des dorsalgies qui n'étaient pas mentionnées dans les plaintes spontanées, mais qui ressortaient de l'examen clinique ;
 - des gonalgies mécaniques d'apparition plus récente, prédominant à gauche, en relation avec les troubles de la statique des membres inférieurs et l'obésité.

On retrouvait des douleurs articulaires diffuses avec des points de Smythe tous positifs, associées à des troubles du sommeil, une fatigue chronique, un côlon irritable dans le cadre d'une fibromyalgie. Durant l'anamnèse et l'examen clinique, le comportement de l'assuré était adéquat, sans signe d'exagération manifeste.

Sur le plan fonctionnel, l'expertisée était limitée dans tous les travaux lourds, les ports de charges supérieures à 10 kg, les positions debout surtout ou assise

prolongée, les positions penchées en avant et les activités avec les bras en dessus de l'horizontale.

Sur le plan somatique, l'expertisée était en incapacité de travail dans toute activité depuis le 28 octobre 2009. Sur le plan rhumatologique, elle avait retrouvé une capacité de travail de 100%, dès le 1^{er} avril 2010, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Cependant pour des raisons gynécologiques, elle avait été en incapacité de travail à 100% depuis le 28 octobre 2009 jusqu'en novembre 2010.

En prenant en compte les aspects somatiques et psychiatriques, l'évolution de l'incapacité de travail globale se présentait comme suit :

- incapacité de travail de 100% dans toute activité d'octobre 2009 à novembre 2010 ;
- incapacité de travail de 30% dans toute activité de décembre 2010 à janvier 2011 ;
- incapacité de travail totale dans toute activité de février 2011 à février 2012 ;
- incapacité de 30% dans toute activité à partir de mars 2012 pour une durée indéterminée.

20. À teneur de son rapport du 21 mai 2017, le Dr G_____ a fondé son rapport sur l'étude du dossier, l'examen clinique de l'expertisée, une analyse de laboratoire et un contact téléphonique avec la Dresse B_____. Son rapport contient un résumé du dossier, une anamnèse psychosociale et il relate les plaintes actuelles de l'expertisée. L'expert a posé les diagnostics de symptômes dépressifs et anxieux et de symptômes « fonctionnels » (à la charnière entre le somatique et le psychique), principalement d'ordre douloureux.

S'agissant des symptômes dépressifs, l'expert a retenu que l'expertisée présentait un syndrome dépressif depuis bientôt sept ans (2010), lequel n'avait pas entraîné de répercussions somatiques objectives graves et qui était influencé par le contexte. Bien que l'existence d'un véritable syndrome dépressif ne fasse pas de doute, la très longue durée de la dépression contrastant avec la quasi-absence de signes objectifs dépressifs, faisait retenir à l'expert le diagnostic de dysthymie plutôt que celui d'épisode dépressif. Cela n'excluait pas que, selon toute vraisemblance, à un moment donné de l'évolution (2011-2012), la dépression ait atteint le degré d'un véritable épisode dépressif.

S'agissant des plaintes douloureuses, les critères CIM-10 pour un syndrome douloureux somatoforme persistant étaient discutables en l'absence de conflits émotionnels ou de problèmes sociaux majeurs pouvant être considérés comme la cause des douleurs. Il n'y avait pas de raison de s'écarter du diagnostic de fibromyalgie retenu par la Dresse H_____. Concernant la personnalité de l'expertisée, l'examen n'avait pas mis en évidence d'arguments pour un trouble de la personnalité. En conclusion, l'expert retenait le diagnostic de dysthymie F34.1,

qui était un syndrome dépressif d'intensité modérée mais de longue durée. Sa durée, de près de sept ans pour l'expertisée, contribuait à entamer à la longue l'énergie disponible, la motivation et la capacité de se projeter vers l'avenir et, par conséquent, à entreprendre. Ces limitations fonctionnelles justifiaient sans doute une incapacité de travail de degré modéré que l'on pouvait estimer à 30%. Selon toute vraisemblance, ce taux d'incapacité avait débuté en décembre 2010 et persistait à ce jour. Toutefois entre février 2011 et février 2012, il était probable que la dépression avait atteint le degré d'un véritable épisode dépressif, moyen à sévère. Pendant ce laps de temps, l'incapacité avait été totale. S'agissant des périodes situées avant février 2011 et après 2012, l'expert estimait que la capacité de travail à 70% et non de 100%, comme l'avaient retenu les experts du CEMed, ou 0% comme le retenaient les médecins traitants. Les expert du CEMed n'avaient pas estimé justifié d'admettre qu'un trouble dépressif qui durait des années, même s'il était d'intensité modérée, avait des répercussions fonctionnelles par l'usure de l'énergie et de la motivation provoquée par la durée des symptômes. S'agissant des médecins traitants, les Drs B_____ et C_____, leur appréciation de la capacité de travail au plan psychique s'appuyait surtout sur les données subjectives de leur patiente, au détriment des données objectives.

Les limitations fonctionnelles susmentionnées n'étaient pas liées à un type d'activité ou à un domaine professionnel. Par conséquent le taux d'incapacité valait pour toute activité, y compris pour les activités professionnelles adaptées à l'état physique. Il n'y avait donc pas d'indications d'ordre psychique à des mesures de réadaptation professionnelle. Dans les activités ménagères où la pression sur le rendement était moindre que dans le domaine professionnel, le taux d'incapacité pouvait être estimé à 20%.

L'expert confirmait enfin l'évolution de la capacité de travail globale de l'expertisée, telle que décrite par la Dresse H_____.

21. Dans ses observations du 22 juin 2017, la recourante a fait valoir que l'amélioration transitoire de sa capacité de travail entre décembre 2010 et janvier 2011 n'était pas significative et qu'elle n'engendrait par conséquent aucune modification dans le degré d'invalidité à retenir du 28 octobre 2009 au 28 février 2012. Ainsi, à l'issue du délai d'attente d'une année à compter du 28 octobre 2009, elle présentait une incapacité totale de travail dans toute activité, qui avait perduré jusqu'au 28 février 2012, ce qui lui donnait droit à une rente entière. Dans la mesure où elle avait déposé sa demande le 3 janvier 2011, elle avait droit à une rente entière dès le mois de juillet 2011 jusqu'au mois de mai 2012, soit trois mois après la récupération d'une capacité partielle et durable de travailler.

Compte tenu de son invalidité avérée, qui remontait au mois d'octobre 2009, de son absence du marché du travail depuis lors et de ses limitations fonctionnelles sur le plan physique, elle estimait avoir droit aux mesures de réadaptation prévues l'art. 8 LAI. L'OAI n'avait cependant pas investigué ce droit.

22. Dans ses observations du 14 juillet 2017, l'intimé, se référant à un avis du SMR établi le 22 juin 2017 par le docteur I_____, a constaté que les conclusions des experts confirmaient partiellement son appréciation. Cependant, les conclusions des expertises ne pouvaient pas être suivies. En effet les experts retenaient une baisse de 30% de la capacité de travail de l'assurée sur le plan strictement psychiatrique en raison d'une dysthymie. Or, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la dysthymie pouvait provoquer une baisse de régime, mais ne présentait pas de caractère invalidant durable au sens de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2008, consid. 3.2 du 4 novembre 2008). Les conclusions des experts ne pouvaient pas non plus être suivies s'agissant de l'incapacité de travail retenue pour des raisons gynécologiques, dans la mesure où les experts étaient sortis de leur champ de compétence et que, lors de l'expertise pluridisciplinaire du CEMed, l'expert interniste avait clairement indiqué que l'assurée ne présentait aucune atteinte gynécologique incapacitante. L'expertise judiciaire ne pouvait donc se voir reconnaître une pleine valeur probante et devait être écartée.

23. La recourante a encore observé, s'agissant de la dysthymie et de ses conséquences sur la capacité de travail, que dans l'arrêt invoqué par l'intimé, le Tribunal fédéral avait renvoyé le dossier à l'office compétent pour complément. Il s'agissait en effet de savoir si, compte tenu de la dysthymie diagnostiquée, l'assuré avait encore les ressources physiques et mentales pour assumer une charge de travail et, si oui, dans quelle mesure. En l'occurrence, l'expert psychiatre avait estimé que la dysthymie entraînait, dans le cas de l'expertisée, une incapacité de travail de degré modéré que l'on pouvait estimer à 30%. Force était de constater que l'expertise psychiatrique du Dr G_____ était concluante, puisqu'elle expliquait pour quel motif il y avait lieu de retenir une incapacité de travail durable de 30% dans le cas d'espèce.

S'agissant de l'incapacité totale de travail retenue pour raisons gynécologiques, la recourante relevait que l'intimé critiquait l'appréciation des experts en leur faisant grief de ce que leurs conclusions sur ce point sortaient de leur compétences respectives, tout en se référant à l'expertise du Dr J_____, lui-même spécialiste en médecine interne, lequel avait conclu à l'absence d'atteintes gynécologiques incapacitantes. Ce grief n'était donc pas sérieux et infondé. Le dossier médical montrait en effet que l'incapacité de travail était justifiée médicalement par d'importantes douleurs abdominales finalement attribuées à un myofibrome utérin et une hystérectomie pratiquée le 8 février 2010 suivie de persistance de douleurs. Pour cette raison, l'assureur perte de gains de l'employeur avait pris en charge l'incapacité de travail jusqu'à fin novembre 2010.

En définitive, les griefs de l'intimé devaient être écartés et l'expertise judiciaire se voir reconnaître pleine valeur probante sur tous les points qu'elle abordait.

24. L'intimé n'ayant pas réagi aux dernières observations de la recourante, 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 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le délai de recours est de 30 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 l'assurée à une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation.
5. a. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} 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).

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.

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).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en

considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

6. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (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, 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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 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).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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_581/2007 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

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).
8. 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 (art. 28 al. 1 let. b LAI), 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 (art. 29 al. 1 LPGa). La rente est versée au début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).
9. La survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40% au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de

fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 p. 373 et les références; arrêt 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 et les références, in SVR 2013 IV n° 45 p. 138; voir également MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3ème éd. 2014, n. 138 ad art. 4 LAI). Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse en effet d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveau de survenance de l'invalidité (arrêt 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.1 et 5.2 et les références).

10. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).
11. 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).
12. a. 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'invalidé 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).

13. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier

salaires que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1).

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

Selon l'art. 88^{bis} al. 1 RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a); rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner (let. b).

Selon la jurisprudence, dans le cadre d'une procédure de révision de rente AI (art. 17 LPGA) et d'une *reformatio in peius*, l'art. 88bis al. 2 RAI est applicable par analogie (ATF 107 V 17). L'art. 88bis al. 2 lettre a RAI prévoit que « la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision ». En procédure judiciaire, la réduction ou la suppression de rente prend effet le 1er jour du deuxième mois qui suit la notification du jugement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_58/2008 du 29 octobre 2008). Une réduction ou une suppression avec effet rétroactif n'est possible qu'à titre exceptionnel, si, conformément à l'art. 88bis al. 2 lettre b RAI, l'assuré s'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI. Par contre, dans le cadre d'une procédure portant sur la rente initiale, la situation est toute autre. Ce n'est qu'avec l'entrée en force de la décision que le droit aux prestations AI est exigible. Aussi longtemps que l'assuré conteste une

décision de rente, il doit en regard de l'art. 61 lettre d LPGA compter avec une *reformatio in peius* en rapport avec l'objet du litige. À cet égard, en allouant rétroactivement une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, l'autorité administrative règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 136 V 45 consid. 6.2).

15. a. En l'espèce, les rapports des experts se fondent sur le dossier médical de l'assurée, des examens cliniques de celle-ci et une anamnèse complète. Les conclusions des experts sont claires et motivées et contiennent une appréciation consensuelle du cas.

b. L'intimé estime que les conclusions de l'expert psychiatre ne peuvent être suivies, dès lors qu'il a retenu une baisse de 30% de la capacité de travail en raison d'une dysthymie, en contradiction avec la jurisprudence du Tribunal fédéral. À cet égard, il faut relever, comme l'a fait la recourante, que dans l'arrêt invoqué par l'intimé (arrêt 8C_481/2008 consid. 3.2 du 4 novembre 2008), le Tribunal fédéral n'a pas exclu un caractère invalidant de la dysthymie, puisqu'il a renvoyé le dossier à l'office compétent pour complément, afin de savoir si, compte tenu de la dysthymie diagnostiquée, l'assuré avait encore les ressources physiques et mentales pour assumer une charge de travail et si oui dans quelle mesure.

Dans un arrêt plus récent, le Tribunal fédéral a retenu qu'une dysthymie associée à un grave trouble de la personnalité pouvait entraîner une diminution de la capacité de travail, même si elle ne représentait pas à elle seule une atteinte à la santé au sens de la LAI (arrêt 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et les références).

En l'espèce, l'expert a expliqué, de façon convaincante, qu'il retenait un caractère invalidant à la dysthymie dont souffre l'expertisée du fait que cette atteinte durait depuis près de sept ans et qu'elle avait contribué à entamer, à la longue, l'énergie disponible, la motivation ainsi que la capacité à se projeter vers l'avenir et à entreprendre de l'expertisée.

Au vu de la motivation convaincante de l'expert, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise, qui emportent conviction. Il sera en outre relevé que cette question est sans incidence concrète dans le cas d'espèce, l'incapacité de travail liée à la seule dysthymie n'étant pas suffisante pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité et faire courir le délai de carence d'un an, comme cela sera démontré ci-après (art. 28 al. 1 let. b LAI).

c. L'OAI estime encore que les experts sont sortis de leur champ de compétence en retenant une incapacité totale de travail du 28 octobre 2009 à novembre 2010 pour des raisons gynécologiques. Force est toutefois de constater que la Dresse H_____ s'est contentée de prendre en compte l'incapacité de travail de l'assurée pour des problèmes gynécologiques telle qu'elle résultait du dossier, sans émettre elle-même

d'appréciation à ce sujet, de sorte que l'on ne peut considérer qu'elle s'est prononcée sur une question ne relevant pas de sa compétence. Elle a en outre clairement distingué les périodes d'incapacité de travail de l'assurée pour des motifs rhumatologiques et pour des motifs gynécologiques.

d. Il convient ainsi de retenir que l'assurée a connu, du point de vue rhumatologique, une première période d'incapacité de travail totale de travail du 28 octobre 2009 au 1^{er} avril 2010, puis qu'elle a retrouvé une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il s'agit là de la première atteinte durable à sa santé qui doit être distinguée de l'atteinte psychique, différente, qui est intervenue dans un second temps. L'expert psychiatre a en effet retenu une incapacité de travail de travail de 30% dès décembre 2010, et de 100% de février 2011 à février 2012.

Dans la mesure où la recourante a requis des prestations de l'OAI le 3 janvier 2011, son éventuel droit à une rente, pour des motifs rhumatologiques, est né dès le 1^{er} juillet 2011 (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

Son statut est celui d'une personne exerçant une activité professionnelle à 95% et se consacrant à ses travaux habituels pour le 5% restant.

Elle aurait pu prétendre en 2008 à un salaire annuel brut de CHF 48'372.-, soit CHF 50'404.- en 2011 (CHF 48'372.- x 2604 / 2499).

S'agissant du salaire avec invalidité, compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part de la recourante dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir CHF 50'700.- par année (CHF 4225.- x 12; ESS 2010, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 (41,7 heures, Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 52'855.- (CHF 50'700.- x 41.7 / 40) et à CHF 53'367.- indexé à 2011 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (ISS, en 2010 : 2579 et en 2011 : 2604; soit CHF 52'855.- x 2604 / 2579), ce qui correspond à un salaire de CHF 50'699.- à 95%. Il convient encore d'effectuer un abattement supplémentaire sur le salaire statistique de 10% pour tenir compte des limites fonctionnelles de la recourante. Le revenu avec invalidité à prendre en compte pour 2011 est ainsi de CHF 45'629.- (CHF 50'699.- – 5'069.9).

En procédant à la comparaison des salaires sans et avec invalidité, le taux d'invalidité est de 9% ([CHF 50'404.- – CHF 45'629.-] x 100 / CHF 50'404.-). Même si ses empêchements ménagers étaient de 100%, la recourante ne pourrait se

voir reconnaître de droit à une rente d'invalidité, car son degré d'invalidité total resterait inférieur à 40% (art. 28 al. 1 let. c LAI).

e. Du point de vue psychique, le délai de carence d'un an de l'art. 28 al. 1 let. b LAI a débuté seulement en février 2011, dès lors qu'auparavant, l'assurée ne présentait pas une incapacité de travail d'au moins 40%, étant rappelé que l'expert psychiatre a conclu à une incapacité de travail de 30% de décembre 2010 à janvier 2011. À l'échéance du délai de carence, soit en février 2012, l'assurée présentait encore une incapacité de travail de 100% dans toute activité. Un droit au versement d'une rente entière a ainsi pris naissance au début du mois de février 2012 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Dès le mois de mars 2012, l'incapacité de travail de l'assurée a de nouveau été de 30%.

Il convient de déterminer si elle avait encore droit à une rente d'invalidité avec cette capacité de travail, en 2012.

Elle aurait pu prétendre en 2008 à un salaire annuel brut de CHF 48'372.-, soit CHF 50'907.70.- en 2012 (CHF 48'372.- x 2630 / 2499).

S'agissant du salaire avec invalidité, compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part de la recourante dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir CHF 50'700.- par année (CHF 4225.- x 12; ESS 2010, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures, Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 53'071.27 (CHF 50'907.70.- x 41.7 / 40) et à CHF 54'120.76 indexé à 2012 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (ISS, en 2010 : 2579 et en 2012 : 2630; soit CHF 53'071.27.- x 2630 / 2579), ce qui correspond à un salaire de CHF 51'414.72 à 95%. Il convient encore d'effectuer un abattement supplémentaire sur le salaire statistique de 10% pour tenir compte des limites fonctionnelles de la recourante. Le revenu avec invalidité à prendre en compte pour 2012 est ainsi de CHF 46'273.25 (CHF 51'414.72.- - 5'141.47).

En procédant à la comparaison des salaires sans et avec invalidité, le taux d'invalidité est de 9% ((CHF 50'907.70.- - CHF 46'273.25 -) x 100 / 50'907.70.-).

Même si ses empêchements ménagers étaient de 100%, la recourante, ne pourrait se voir reconnaître de droit à une rente d'invalidité, car son degré d'invalidité total serait inférieur à 40% (art. 28 al. 1 let. c LAI).

Il en résulte que la recourante n'a plus droit à une rente entière d'invalidité trois mois après le moment où elle retrouvée une capacité de travail de 70% dans une

activité adaptée, en application de l'art. 88a al. 1 RAI, étant relevé qu'aucune complication prochaine n'était à craindre au vu du dossier.

16. 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).

La recourante qui n'était plus invalide ni menacée d'invalidité lorsque la décision querellée a été prise, le 12 novembre 2015, ne peut pas se voir reconnaître le droit à des mesures de réadaptation.

17. En conclusion, le recours est partiellement admis. La décision querellée sera annulée et il sera dit que la recourante a droit une rente d'invalidité entière du 1er février au 31 mai 2012.
18. La recourante, représentée par un conseil et obtenant gain de cause en partie, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens que la chambre de céans fixera à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 1 LPA).
19. Il ne sera pas perçu d'émolument, dès lors que l'assurée a eu partiellement gain de cause.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 12 novembre 2015.
4. Dit que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière du 1^{er} février au 31 mai 2012.
5. Condamne l'intimé à verser une indemnité de CHF 1'500.- à la recourante à titre de dépens.
6. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

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