

GE_GERICHTE A/4170/2015 vom 7. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4170_2015

FR: GE_GERICHTE A/4170/2015 du 7 juin 2016

IT: GE_GERICHTE A/4170/2015 del 7 giugno 2016

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée aux AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mélanie MATHYS DONZE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1954, au bénéfice d'un diplôme de nurse, a, depuis 1998, travaillé comme manutentionnaire à temps partiel dans un grand magasin d'alimentation en tant que salariée notamment de la Ferme avicole B_____ SA (dès juin 2002) et C_____ Sàrl (dès décembre 2002).! [endif]>! [if> 2. Dès le 8 février 2006, l'assurée a été en incapacité de travail totale.! [endif]>! [if> 3. Le 17 mars 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI). ! [endif]>! [if> 4. La B_____ SA a indiqué que l'assurée travaillait 1,15 heure par jour, six jours par semaine, pour un salaire horaire fixé à CHF 25.- (questionnaire du 24 mars 2006). C_____ Sàrl a noté un salaire horaire fixé à CHF 22.- (questionnaire du 28 juin 2006). ! [endif]>! [if> 5. Par rapport du 20 avril 2006, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assurée présentait une lombalgie sur dégénérescence lombaire. L'imagerie à résonance magnétique (ci-après l'IRM) et les radiographies montraient une discopathie pluri-étagée et une sténose radiologique sévère L3-L4 et L4-L5 surtout. La mesure la plus importante était un changement de poste de travail car le poste de manutentionnaire était absolument délétère pour la pathologie dégénérative.! [endif]>! [if> 6. Le 26 janvier 2007, l'assurée a informé l'OAI qu'elle se séparait de son mari. ! [endif]>! [if> 7. Par certificat du 9 février 2007, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a indiqué que l'assurée souffrait de douleurs lombaires et lombo-sciatalgies gauches chroniques et incurables. Dans une activité adaptée, elle avait une capacité de travail de 50% dès le 1 er mars 2007.! [endif]>! [if> 8. Par rapport du 22 mai 2007, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a, suite à un examen de l'assurée le 24 avril 2007, diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombocuralgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit et hernies discales médianes L3-L4 et L4-L5, une périarthrite scapulo-humérale droite avec conflit sous-acromial. Après avoir listé les limitations fonctionnelles, ce médecin a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 15 février 2006 et totale dans une activité adaptée dès le 22 février 2006.! [endif]>! [if> 9. Par avis du 5 juillet 2007, le SMR a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité de manutentionnaire depuis le 15 février 2006 et une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.! [endif]>! [if> 10. Suite à une enquête économique effectuée le 8 octobre 2007, l'OAI a indiqué qu'au moment du début de son incapacité de travail, l'assurée était

active à 20%. Toutefois, à compter de janvier 2007, soit au départ de son mari, l'assurée aurait travaillé à plein temps, de sorte qu'il convenait de retenir un statut d'actif à 100%.!endif]>![if> 11. Par rapport du 5 décembre 2007, le docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, a conclu à de légères difficultés attentionnelles. !endif]>![if> 12. Par rapport du 10 décembre 2007, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'enregistrement polysomnographique confirmait la présence d'un syndrome apnées-hypopnées mixtes du sommeil sévère. Un bilan cardiaque et neurologique avec IRM cérébrale était nécessaire.!endif]>![if> 13. Par rapport du 17 mars 2008, le docteur I_____, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué une pathologie du sommeil avec hypersomnolence diurne de type apnée centrale et obstructive sévère. L'assurée présentait une somnolence diurne, des troubles de la mémoire et une fatigabilité depuis environ trois ans.!endif]>![if> 14. Par rapport du 11 avril 2008, le docteur J_____, spécialiste FMH en pneumologie, a diagnostiqué un syndrome d'apnées du sommeil sévère mixte avec une forte composante centrale. L'assurée était équipée d'un CPAP depuis le 4 mars 2008, mais l'anamnèse révélait la persistance d'une somnolence diurne très importante sans modification de la qualité du sommeil. !endif]>![if> 15. Par rapport du 7 mai 2008, le Dr E_____ a indiqué que l'assurée présentait des douleurs aux hanches avec des difficultés à la marche et elle n'arrivait plus à monter les escaliers. Elle avait des insomnies et une humeur instable. Le médecin recommandait une psychothérapie et la perte de poids. Depuis 2006, l'état de santé était stable sans amélioration, avec une aggravation depuis fin 2007 au niveau intellectuel avec des troubles de la mémoire. !endif]>![if> 16. Par avis du 2 juin 2008, le docteur K_____ du SMR a relevé qu'il apparaissait que les conséquences du syndrome des apnées du sommeil étaient les plus limitatives. Le dernier enregistrement en avril 2008 confirmait les désaturations malgré le CPAP et une modification du traitement était envisagée. L'ensemble des troubles rendait impossible le travail habituel. Une activité sédentaire devrait encore être envisagée mais à un taux réduit (de l'ordre de 50%).!endif]>![if> 17. Par rapport du 11 juin 2008, la Dresse H_____ a effectué un bilan polysomnographique afin d'évaluer l'efficacité du traitement. Concernant la pathologie respiratoire, elle concluait que le traitement par pression positive continue était partiellement efficace et proposait une modification du traitement. Par ailleurs, elle constatait une pathologie motrice du sommeil très sévère. !endif]>![if> 18. Les 30 juin, 19 septembre et 23 octobre 2008, l'assurée a rappelé à l'OAI la précarité de sa situation financière et a sollicité qu'une décision soit rendue.!endif]>![if> 19. Par rapport du 6 novembre 2008, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI a indiqué la nécessité d'instruire le dossier sur le plan médical vu le syndrome des apnées du sommeil. !endif]>![if> 20. Selon une note d'entretien téléphonique du 7 novembre 2008 établie par l'OAI, le Dr E_____ ne confirmait pas le syndrome des jambes sans repos. L'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis mai 2008 et les troubles de la mémoire également. Il estimait qu'elle était apte à travailler dans une activité adaptée.!endif]>![if> 21. Par rapport du 25 novembre 2008, le Dr E_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, avec un changement de diagnostics et une capacité de travail nulle depuis septembre 2008. Elle présentait notamment de la fatigue, des difficultés à dormir en raison d'un syndrome des jambes sans repos, un syndrome d'apnée sévère et des lombalgies chroniques. Les limitations fonctionnelles étaient la marche, les escaliers, la mémoire et la fatigue. Son incapacité de travail était totale dans toute activité. !endif]>![if> 22. Par rapport du 10 août 2009, le docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif

récurrent, épisode actuel sévère (F33.1) avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Il suivait l'assurée depuis le 5 février 2009 et sa capacité de concentration était limitée depuis cette date. 23. À la demande de l'OAI, par rapport du 25 février 2010, suite à des examens réalisés les 3 décembre 2009 et 1^{er} février 2010, les doctoresses M_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, et N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du Bureau romand d'expertises médicales (ci-après BREM), ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, une spondylodiscarthrose et trouble statique vertébral sévère, une gonarthrose bilatérale évoluée à gauche, une périarthrite scapulo-humérale bilatérale associée à une arthrose acromio-claviculaire et à un début d'omarthrose, ainsi qu'un status variqueux des membres inférieurs avec une insuffisance des jonctions saphéno-fémorales. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait de l'obésité, un status après cure de tunnel carpien bilatéral, un syndrome de la selle turcique vide, une hypovitaminose D relative, un syndrome d'apnée du sommeil de forme mixte avec forte composante centrale avec probable syndrome des jambes sans repos, un psoriasis sans manifestation rhumatismale, une dysthymie (F34.1) depuis 2006, une personnalité dépendante (F60.7) depuis jeune adulte et une hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4) depuis plusieurs années. 24. Après avoir fait réaliser des radiographies des épaules, du bassin, des genoux, des chevilles et des pieds (rapport du 10 décembre 2009 du docteur O_____, spécialiste FMH en radiologie) et procédé à un examen, les experts ont relevé notamment que celui effectué par le Dr F_____ était comparable au leur, excepté qu'il n'avait pas retenu de défaut d'axe des genoux et n'avait pas recherché de gonarthrose. Or, l'assurée avait tout de même d'occasionnelles gonalgies à cette période. Les atteintes de l'appareil locomoteur étaient donc confirmées, auxquelles s'ajoutait une gonarthrose donnant lieu à des limitations fonctionnelles supplémentaires. Celles-ci étaient, pour le rachis, limiter le port des charges réguliers à 5 kg et occasionnels à 10 kg, l'alternance de positions – travail semi-sédentaire sans porte-à-faux du rachis, pour les membres supérieurs, éviter le travail en hauteur en dessus du niveau de la ceinture, les activités en force et avec port de charges supérieures à 5 kg pour chaque bras, éviter l'utilisation d'engins provoquant des vibrations, pour les genoux, éviter les terrains instables, les échelles, les escabeaux, la position en flexion des genoux, à genoux et accroupie, et enfin, pour le status variqueux, éviter le travail debout en piétinement ou assis plusieurs heures d'affilée sans possibilité de faire quelques pas. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle, totale dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 20% en raison du syndrome des apnées du sommeil depuis février 2006. 24. Par avis du 6 août 2010, la doctresse P_____ du SMR a estimé qu'il convenait de confirmer les conclusions du SMR du 5 juillet 2007 qui étaient valables jusqu'à fin mars 2008. Dès avril 2008, il fallait admettre une baisse de rendement de 20% dans une activité adaptée. 25. L'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'un stage d'orientation professionnelle aux établissements publics d'intégration (ci-après EPI) du 24 janvier au 24 avril 2011. 26. Dès le 15 mars 2011, le stage a été interrompu en raison d'une phlébite du mollet gauche (rapports des 11 mars et 8 avril 2011 de la doctresse Q_____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie). 27. Par rapport du 14 avril 2011, les EPI ont conclu que l'assurée était difficilement réadaptable. Elle ne supportait pas les porte-à-faux et devait alterner les positions debout/assis. Ses capacités sensorielles et gestuelles ne lui permettaient pas d'effectuer des tâches fines et précises et ses rendements manuels dans des tâches simples et répétitives

étaient de l'ordre de 65%. En raison de ses problèmes de mémoire auditive, il ne fallait pas s'attendre à beaucoup plus en bureautique. Elle était assez démobilisée par rapport à un reclassement professionnel et peu prête à rebondir. Elle affichait une tristesse permanente et ses traits étaient tirés. Elle montrait peu d'enthousiasme, semblait abattue, sans ressource et dans l'incapacité à rebondir. Deux activités simples et légères à l'établi avaient été retenues ainsi que celle d'aide de bureau. ![/endif]>![if> 28. Par avis du 1^{er} novembre 2011, la Dresse P_____ a relevé que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas aggravé et il n'y avait pas de nouvelle atteinte. Les conclusions du SMR du 6 août 2010 étaient toujours valables.![endif]>![if> 29. Le 17 novembre 2011, l'OAI a indiqué que s'agissant du revenu sans invalidité, en raison du changement de statut et du fait que l'activité avant l'atteinte était exercée à temps très partiel, il convenait de se fonder sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après ESS), dont il en résultait un revenu de CHF 51'047.- en 2007 (ESS 2006, TA1, femme, activités simples et répétitives, indexé à 2007) et un revenu de CHF 51'491.- en 2008. Les activités adaptées aux limitations fonctionnelles exigibles étaient le conditionnement léger dans l'industrie alimentaire, le montage léger à l'établi et l'aide de bureau. L'assurée aurait pu obtenir un revenu avec invalidité en 2007 de CHF 40'838.- (ESS 2006, TA1, niveau 4, total, avec un taux horaire de 41.7, indexé à 2007 et un abattement de 20%). À compter d'avril 2008, en raison d'une baisse de rendement de 20%, le revenu avec invalidité était de CHF 32'954.-. La comparaison des revenus entraînait un degré d'invalidité de 20% en 2007 et de 36% dès avril 2008. ![/endif]>![if> 30. Par projet de décision du 22 novembre 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.![endif]>![if> 31. Le 9 décembre 2011, l'assurée a signalé que son état psychique avait empiré et qu'elle consultait régulièrement le docteur R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier avait constaté que son état était incompatible avec une activité professionnelle et avait attesté une incapacité de travail totale dès la première consultation, soit le 11 novembre 2011, selon un certificat annexé.![endif]>![if> 32. Par décision du 17 janvier 2012, l'OAI a maintenu son refus de prestations.![endif]>![if> 33. Le 18 janvier 2012, l'OAI a reçu un rapport du Dr R_____ selon lequel le status psychique de l'assurée au 11 novembre 2011 était celui d'une patiente triste, en pleurs, avec une apparence vestimentaire négligée, un discours monotone, plaintif, une discrète bradypsychie, une apathie, un manque de motivation et une diminution de l'élan vital, une labilité émotionnelle, une anhédonie, une aboulie et des pensées obsédantes à contenu de culpabilité sans idées suicidaires véritables ou projet. L'assurée avait présenté une lente amélioration clinique fin novembre à début décembre. Début décembre 2011, suite à une violente dispute avec son mari, elle avait eu une rechute symptomatique et le status était superposable à celui décrit. Par la suite, elle avait présenté une évolution lentement favorable avec une nouvelle rechute symptomatique peu avant Noël avec un status clinique plus sévère et des idées auto-hétéro agressives. Le médecin avait introduit un traitement de seroquel® 25 mg. Le 13 janvier 2012, le status était superposable à celui du 11 novembre 2011, avec un épisode dépressif modéré (F32.1). Début 2012, il avait introduit la fluoxétine®.![endif]>![if> 34. Le 26 janvier 2012, l'OAI a annulé sa décision du 17 janvier 2012.![endif]>![if> 35. Par rapport du 3 août 2012, le Dr R_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et une personnalité émotionnellement labile (F60.30). Depuis que le fils de l'assurée avait été impliqué dans une histoire d'homicide, elle présentait un trouble dépressif résistant à de multiples thérapies et médicaments. Actuellement, un trouble de la personnalité de type impulsif était aussi présent. Le status

était superposable à celui du 11 novembre 2011. L'assurée était anosognosique de son état, il fallait insister pour qu'elle décrive son désespoir et elle faisait « bonne figure ».

L'incapacité de travail était totale depuis le 11 novembre 2011 et la résistance psychique de l'assurée était nulle. Les séances avaient lieu une à deux fois par semaine et le traitement consistait en la prise de fluoxétine®, seresta®, seroquel® et remeron®. Il existait une difficulté à augmenter le seroquel® en raison de l'excès pondéral. 36. Par avis du 18 février 2013, la Dresse P_____ a relevé qu'au vu des diagnostics posés par le Dr R_____, soit un trouble dépressif sévère et un trouble de la personnalité borderline type impulsive entraînant une incapacité de travail totale, il convenait de soumettre l'assurée à une expertise. 37. Le Dr R_____ a attesté que l'assurée était en incapacité de travail totale du 1^{er} mars 2013 au 1^{er} janvier 2014. 38. À la demande de l'OAI, le docteur S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a, sur la base d'un examen effectué le 11 juin 2013, par rapport du 29 août 2013, diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, un épisode dépressif majeur récurrent, actuellement de gravité sub-clinique à légère tout au plus et une personnalité état limite de type abandonnique non décompensée. L'incapacité de travail avait été totale du 11 novembre 2011 au 31 décembre 2012. Dès le 1^{er} janvier 2013, la capacité de travail était entière. L'assurée bénéficiait d'une prise en charge réalisée dans les règles de l'art. L'assurée ne présentait pas d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme. Il n'y avait pas d'idéation ou de projet suicidaire scénarisé. Il n'y avait pas de baisse majeure de l'élan vital, ni de symptomatologie anxieuse cliniquement incapacitante. En novembre 2011, l'assurée avait probablement présenté une aggravation de son état psychologique, liée à ses soucis de mère de famille, avec un fils délinquant et polytoxicomane, se montrant souvent violent. Grâce à une prise en charge psychiatrique soutenue, l'évolution avait été lentement favorable et l'assurée estimait que son état s'était amélioré début 2013. 39. Par rapport du 11 septembre 2013, le Dr O_____ a constaté, suite à une radiographie des membres inférieurs, notamment une excroissance osseuse à la hauteur des grands trochanters pouvant traduire une péri-trochantérite. 40. Par avis du 22 novembre 2013, la Dresse P_____ a admis une incapacité de travail totale du 11 novembre 2011 au 31 décembre 2012. À compter du 1^{er} janvier 2013, la capacité de travail était entière sur le plan psychiatrique. Hormis cette période, les conclusions du SMR du 6 août 2010 restaient donc valables. 41. Par projet de décision du 17 décembre 2013, l'OAI a octroyé une rente d'invalidité entière du 1^{er} novembre 2011 au 31 mars 2013 et nié le droit à des mesures professionnelles. 42. Le 1^{er} février 2014, l'assurée a contesté le projet. 43. Le 24 février 2014, le Dr E_____ a signalé une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Il a joint un rapport du Dr R_____ du 10 février 2014, confirmant que l'assurée présentait depuis le 4 décembre 2013 une aggravation de son état psychique suite à l'incarcération de son fils et à un bilan de vie négatif. Il constatait une rechute sur un mode dépressif d'intensité sévère. Le suivi et le traitement avaient été augmentés. Le médecin traitant a également joint deux rapports du Dr O_____ du 19 février 2014 suite à une échographie de l'épaule droite, selon lequel le tendon du supra-épineux présentait un aspect irrégulier avec fente en son sein de 1,85 mm et une hyperhémie focalisée traduisant une rupture partielle; une petite image hypoéchogène traduisant une bursite et une petite excroissance osseuse à la hauteur de la tête humérale, une ostéophytose de la partie inféro-postérieure de la glène et de la tête humérale dans le cadre d'une omarthrose modérée, un pincement acromio-claviculaire avec excroissance osseuse de l'extrémité distale de l'acromion provoquant une réduction de la distance

acromio-humérale ainsi qu'une sclérose du trochiter avec excroissance osseuse de voisinage. 44. Le 17 mars 2014, le SMR a estimé qu'une instruction complémentaire était nécessaire auprès du Dr S_____.!endif]>![if> 45. Par décision du 18 juin 2014, l'OAI a confirmé les termes de son projet.!endif]>![if> 46. Suite au recours interjeté par l'assurée contre la décision du 18 juin 2014, l'OAI l'a annulée par décision du 11 novembre 2014 (ATAS/1224/2014 du 25 novembre 2014).!endif]>![if> 47. Le 15 septembre 2014, le Dr E_____ a relevé une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis décembre 2013, soit une gonarthrose droite avec pincement des compartiments internes et épines tibiales avec ostéophytose rotulienne supérieure, gonalgie droite (rapport du Dr O_____ du 11 septembre 2013), une excroissance osseuse des deux grands trochanters avec péri-trochantérite bilatérale et coxalgie chronique (rapport du Dr O_____ du 11 septembre 2013), une rupture partielle du tendon du sus-épineux de 1,8 mm avec bursite et petite excroissance osseuse de la tête humérale droite (rapport du Dr O_____ du 19 février 2014), un pincement articulaire acromo-claviculaire, épaule droite avec mobilité réduite et omalgie droite depuis le 16 février 2014 (rapport Dr O_____ du 19 février 2014).!endif]>![if> 48. À la demande de l'OAI, le Dr S_____, a, par rapport du 15 janvier 2015, suite à un examen de l'assurée réalisé le 13 octobre 2014, diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif majeur récurrent, actuellement léger, et une personnalité limite de type abandonnique, décompensée. L'état de santé de l'assurée s'était légèrement aggravé fin 2013, avec un retour à l'état antérieur au plus tard en mars 2014. L'impact des éléments extra-médicaux dans l'incapacité de travail était majeur.!endif]>![if> L'expert a relevé que le fils de l'assurée aurait dû être incarcéré, mais il avait fui la Suisse au mois de mars 2014 pour se rendre dans sa famille en Tunisie. D'une certaine manière, l'assurée s'était sentie soulagée et dans un même temps, elle craignait qu'il ne puisse pas revenir en Suisse avant de nombreuses années. Elle consultait mensuellement le Dr R_____ et hebdomadairement la psychologue, en psychothérapie déléguée. Il y avait trois au quatre mois, il avait interrompu la mirtazapine® car ce médicament provoquait des fringales. Autrement, le traitement n'avait pas été modifié. 49. Par décision du 27 février 2015, l'OAI a corrigé le montant de la rente due du 1 er juillet 2012 au 31 mars 2013.!endif]>![if> 50. Dans le cadre du recours interjeté par l'assurée contre cette décision, l'OAI a admis qu'elle n'aurait pas dû être notifiée et la chambre de céans l'a annulée (ATAS/446/2015 du 16 juin 2015).!endif]>![if> 51. Par rapport du 16 avril 2015, le Dr R_____ a indiqué ne constater aucune amélioration de l'état de santé de l'assurée, qui était stationnaire depuis le 15 septembre 2014. Il a relevé que son état actuel était plus sévère que celui qu'elle présentait en 2012-2013, période pendant laquelle elle avait été reconnue invalide à 100%. Il a diagnostiqué un épisode dépressif majeur récurrent (F33) et un trouble de la personnalité abandonnique (F60.31). Le traitement prescrit était de la fluoxétine® 40 mg, du seresta® 15 mg et du seroquel® 25mg.!endif]>![if> 52. Par avis du 24 avril 2015, le SMR a estimé qu'il convenait de suivre les conclusions du Dr S_____. Dès le 1 er janvier 2013, sur le plan médico-théorique, il existait une capacité de travail entière dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20%. Entre décembre 2013 et mars 2014, il y avait lieu d'admettre une nouvelle période d'incapacité de travail. Dès avril 2014, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20%.!endif]>![if> 53. Par projet de décision du 12 mai 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière du 1 er novembre 2011 au 31 mars 2013, puis du 1 er décembre 2013 au 30 juin 2014.!endif]>![if> 54. Par rapport du 5 juin 2015, le Dr E_____ a fait valoir que l'assurée ne

dramatisait pas ses plaintes. Outre les diagnostics déjà connus, il a indiqué une tendinopathie calcifiante dans l'ensemble de la coiffe du rotateur droite avec bursite sous-acromiale et une omarthrose gauche selon échographie et radiographie du docteur T_____, spécialiste FMH en radiologie, du 23 mars 2015. Par avis du 28 août 2015, le SMR a fait valoir que le Dr E_____ listait les diagnostics sans fournir les éléments cliniques objectifs (status clinique, imagerie, consultations spécialisées). Les atteintes rhumatologiques avaient fait l'objet d'un rapport SMR d'août 2010 dont les conclusions se basaient sur une expertise bidisciplinaire. Quant au Dr R_____, il signalait un épisode dépressif majeur récurrent, sans indiquer le degré de sévérité. Il signalait aussi un trouble de la personnalité abandonnique, mais aucun élément clinique objectif (status) n'était fourni. La possible aggravation de l'état de santé de l'assurée ne semblait avoir motivé ni un changement de traitement médicamenteux, ni une hospitalisation, ni un rapprochement des séances de psychothérapie. Ainsi, les nouvelles pièces n'étaient pas susceptibles de modifier les conclusions précédentes du SMR. Par décision du 26 octobre 2015, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2011 au 31 mars 2013 et du 1^{er} décembre 2013 au 30 juin 2014 et a refusé l'octroi de mesures professionnelles. L'assurée avait une capacité de travail restreinte en tant que manutentionnaire dès février 2006. Sa capacité de travail était toutefois entière dans une activité adaptée à ses troubles somatiques dès le 22 février 2006, et avec une baisse de rendement de 20% à compter du 1^{er} avril 2008. Bien qu'elle ait travaillé à 20% au moment de la survenance de l'atteinte, au vu des changements survenus dans sa vie privée, elle avait un statut d'actif dès janvier 2007. Il résultait de la comparaison des salaires sans invalidité et avec invalidité, un degré d'invalidité de 20% en février 2007 et de 36% dès le 1^{er} avril 2008, n'ouvrant pas droit à une rente. En raison d'une aggravation de son état de santé psychique du 11 novembre 2011 au 31 décembre 2012 et de décembre 2013 à mars 2014, l'assurée présentait une incapacité de travail totale pendant ces périodes, représentant un degré d'invalidité de 100% et le droit à une rente entière limitée. Dès avril 2014, le degré d'invalidité était à nouveau de 36%, comme initialement retenu en 2008. Enfin, l'assurée n'avait pas droit à des mesures de réadaptation professionnelle, étant donné qu'elle n'adhérait pas à une reprise d'activité et que toute mesure ne pouvait qu'être vouée à l'échec. Par acte du 30 novembre 2015, l'assurée, au bénéfice de l'assistance juridique et représentée par son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'un quart de rente dès le 1^{er} avril 2008 et à une rente entière dès le 1^{er} novembre 2011. La recourante a indiqué avoir reçu la décision le 29 octobre 2015 et a souligné qu'il s'agissait déjà du troisième recours interjeté. Sur le plan somatique, une expertise avait été réalisée fin 2009-début 2010. Or, selon le rapport du Dr E_____, son état de santé s'était aggravé depuis le 1^{er} juillet 2014 et plusieurs radiographies avaient été réalisées depuis l'expertise. En outre, les rapports du Dr E_____ n'avaient pas été soumis au SMR. La recourante a contesté en outre la valeur probante des expertises du Dr S_____, au motif notamment qu'il avait retenu des aggravations uniquement temporaires alors que cela était contredit par le suivi psychiatrique mis en place depuis plusieurs années. Par ailleurs, l'abattement à prendre en compte devait être de 25% pour prendre en compte notamment les nombreuses limitations fonctionnelles, ce qui ouvrait le droit à un quart de rente dès le 1^{er} avril 2008. À l'appui de son recours, la recourante a produit: - une attestation du Dr R_____ du 24 novembre 2015, selon laquelle il ne constatait aucune amélioration de son

état de santé depuis le 4 décembre 2013. Son état était plus sévère que celui qu'elle présentait en 2012-2013;![endif]>![if> - un rapport du Dr E_____ du 26 novembre 2015 certifiant que la recourante souffrait de pathologies chroniques qui s'étaient aggravées depuis le 1 er juillet 2014. Elle prenait quotidiennement un traitement de fluoxétine® et de seresta® pour un état dépressif chronique avec une perte de la concentration et de l'attention, des ralentissements idéiques de son discours, un désinvestissement dans les activités quotidiennes, un manque de réactivité émotionnelle et tristesse de fond, avec des traits abandonniques qui ont engendré une décompensation dépressive avec des signes de gravité. La recourante se trouvait en retrait social, avec une forte adynamie et fatigabilité, une attitude pessimiste, des sentiments de frustration et d'impuissance, une labilité émotionnelle et des angoisses sous-jacentes présentes. La recourante n'avait plus de plaisir à manger et présentait un ralentissement psychomoteur avec des troubles du sommeil. Sa voix était monocorde avec des mimiques ralenties. Elle présentait donc un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F33.2) entraînant une incapacité de travail totale.![endif]>![if> 58. À la demande de la chambre de céans, l'intimé a indiqué que la décision litigieuse n'avait pas été adressée par pli recommandé.![endif]>![if> 59. Par réponse du 19 janvier 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision. Sur le plan somatique, le SMR s'était prononcé récemment sur les rapports du Dr E_____ (avis des 24 avril et 21 décembre 2015). Selon ce dernier avis établi par la doctoresse U_____, versé à la procédure, il en ressortait notamment que de l'avis des deux médecins traitants, l'aggravation concernait exclusivement l'état de santé psychique de la recourante. Dans son attestation du 24 novembre 2015, le Dr R_____ ne fournissait aucun élément clinique objectif. La Dresse U_____ était surprise par le fait que l'épisode dépressif sévère allégué par le Dr E_____ n'ait pas motivé d'hospitalisation, ni un changement de stratégie thérapeutique, ni un dosage sérique. Par ailleurs, l'intimé a fait valoir que le SMR avait bien pris en compte le fait que la recourante prenait de la fluoxétine® et du seresta®. Une pleine valeur probante devait être accordée au rapport du Dr S_____. Enfin, il n'y avait aucun motif pour porter l'abattement à 25%.![endif]>![if> 60. Par réplique du 17 février 2016, la recourante a souligné notamment que le SMR ne s'était pas prononcé sur ses atteintes physiques dans ces derniers avis. Par ailleurs, le Dr S_____ avait rendu son complément d'expertise sans connaître son traitement en cours.![endif]>![if> La recourante a produit: - un rapport du Dr R_____ du 2 février 2016, diagnostiquant un épisode dépressif sévère (F32.2) et une obésité morbide. Au status, la recourante était triste, en pleurs, avec un sentiment de culpabilité, de la dévalorisation, de l'aboulie, de l'anhédonie et du désespoir. Elle avait été victime de graves violences psychiques qu'elle revivait pendant les séances. Aux tests, elle présentait une estime d'elle-même très faible et une dépression sévère (le 1 er février 2016). Le médecin a ajouté qu'une hospitalisation n'était pas indiquée en l'absence de critères précis de dangerosité et d'urgence. De plus, la recourante était compliant et il n'hospitalisait que très rarement les patients compliants, même en cas de dépression sévère car l'hospitalisation pouvait être contre-productive. Par ailleurs, l'obésité morbide rendait difficile la prescription d'autres traitements que la fluoxétine®. Un dosage de la fluoxétine® n'avait effectivement pas encore été effectué, mais il était en cours;![endif]>![if> - un rapport du laboratoire Viollier, faisant état d'un dosage de fluoxétine® prélevée les 9 juillet 2015 et 2 février 2016;![endif]>![if> - un rapport du Dr E_____ du 3 février 2016, relevant qu'un changement de traitement était impossible vu l'obésité de la recourante et son intolérance aux autres traitements. La conclusion de la Dresse U_____ sur ce point lui semblait incompréhensible.![endif]>![if> 61. Par

duplique du 16 mars 2016, l'intimé a fait valoir notamment que les médecins traitants n'apportaient pas d'éléments objectivement vérifiables. Il se référait par ailleurs à l'avis du SMR du 16 mars 2016, versé à la procédure, selon lequel le status rédigé par le psychiatre traitant reposait principalement sur des éléments subjectifs. Aucun ralentissement, ni troubles cognitifs, ni idéation suicidaire n'étaient décrits, alors qu'il s'agissait pourtant d'éléments presque toujours présents lors de dépressions d'intensité sévère. Enfin, selon le Dr S_____, la recourante ne consultait le psychiatre qu'une fois par mois en 2014, de sorte que l'on était donc loin d'une prise en charge intensive.![endif]>![if> 62. Après avoir adressé une copie de cette écriture à la recourante, la chambre de céans a gardé la cause à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).![endif]>![if> 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.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4 ème révision), du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004, respectivement, le 1 er janvier 2008 et le 1 er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 26 octobre 2015 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4 ème , 5 ème et 6 ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 3. a. Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA).![endif]>![if> La partie qui doit accomplir un acte de procédure doit démontrer qu'elle l'a entrepris à temps. L'expéditeur doit ainsi prouver que son envoi a été expédié le dernier jour du délai à minuit au plus tard, peu importe que l'acte ait été remis au guichet de la poste ou déposé dans une

boîte aux lettres. Dans l'un et l'autre cas, la date de la remise ou du dépôt est présumée coïncider avec celle du sceau postal (arrêt du Tribunal fédéral 5A_267/2008 du 16 octobre 2008 consid. 3.1). Malgré ce qui précède, selon la jurisprudence, le fardeau de la preuve doit exceptionnellement être renversé lorsqu'une partie ne peut pas apporter une preuve pour des raisons qui ne lui sont pas imputables, mais à l'administration. Un tel cas de renversement du fardeau de la preuve a par exemple été admis en cas d'absence de preuve quant au respect du délai de recours, due au fait que l'administration ou l'autorité n'ont pas conservé au dossier de l'assuré l'enveloppe dans laquelle leur avait été envoyé l'acte de recours, en violation de leur devoir de gestion du dossier, et ont de ce fait empêché l'apport de la preuve quant au respect du délai de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 6.2.2).

b. En l'occurrence, la recourante allègue avoir reçu, en date du 29 octobre 2015, la décision litigieuse du 26 octobre 2015. S'agissant de la notification de la décision précitée, la chambre de céans relèvera que l'intimé n'a pas apporté la preuve de la date à laquelle la recourante l'a reçue. Par ailleurs, dans la mesure où aucune pièce versée au dossier ne laisse supposer que cette décision aurait été reçue à une date antérieure à celle alléguée par la recourante et que, de surcroît, l'intimé ne l'invoque pas, il y a lieu de retenir que le recours, déposé le 30 novembre 2015 dans la forme prévue par la loi, est recevable.

4. L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a limité le droit à la rente du 1^{er} novembre 2011 au 31 mars 2013 et du 1^{er} décembre 2013 au 30 juin 2014.

5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA.

L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

6. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la

notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). 7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 ; ATF 115 V 134 consid. 2 ; ATF 114 V 314 consid. 3c ; ATF 105 V 158 consid. 1). [endif]>![if> 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 consid. 3). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 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 352 consid. 3b/aa et les références). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 8. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (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 ; 122 V 157 consid. 1d). 9. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 10. a. Dans sa décision litigieuse, l'intimé a retenu que la recourante présente, compte tenu de ses atteintes somatiques, une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès février 2006, avec une baisse de rendement de 20% dès avril 2008. En raison des atteintes psychiques, sa capacité de travail a été nulle du 11 novembre 2011 au 31 décembre 2012 et de décembre 2013 à mars 2014. La recourante conteste présenter, sur le plan somatique, une capacité de travail résiduelle totale avec baisse de rendement de 20% dès juillet 2014 et, sur le plan psychique, une capacité de travail totale. b. La chambre de céans relèvera qu'il n'est pas contesté, ni contestable au vu des pièces versées au dossier, qu'en raison de ses atteintes somatiques, la recourante présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis février 2006. S'agissant de la capacité de travail résiduelle de la recourante, l'intimé a mis en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique auprès des Dresses M_____ et N_____. Selon leur rapport du 25 février 2010, la recourante souffrait d'une spondylodiscarthrose et d'un trouble statique vertébral sévère, d'une gonarthrose bilatérale évoluée à gauche, une périarthrite scapulo-humérale bilatérale associée à une arthrose acromio-claviculaire et à un

début d'omarthrose, ainsi que d'un status variqueux des membres inférieurs avec une insuffisance des jonctions saphéno-fémorales. Sans répercussion sur la capacité de travail, elle présentait notamment un syndrome d'apnée du sommeil de forme mixte avec forte composante centrale avec probable syndrome des jambes sans repos, une dysthymie (F34.1) depuis 2006 et une personnalité dépendante (F60.7) depuis jeune adulte. Les experts ont mis en évidence un certain nombre de limitations fonctionnelles, en raison de ses atteintes somatiques. Son incapacité de travail était totale dans son activité habituelle depuis février 2006, mais sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée depuis février 2006, avec une baisse de rendement de 20% en raison du syndrome des apnées du sommeil depuis 2006 également. La chambre de céans constate que ce rapport se base sur des examens de la recourante et sur son dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les experts se sont exprimés sur l'état de santé de la recourante, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Leurs conclusions sont cohérentes, convaincantes et ne laissent pas apparaître de contradictions. Il s'ensuit que ce rapport a pleine valeur probante, ce que les parties ne contestent pas au demeurant. Ainsi, au moment des examens effectués par les experts, la recourante présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20% depuis février 2006. C'est par conséquent à tort que l'intimé a retenu, dans sa décision litigieuse, une baisse de rendement de 20% à compter du 1^{er} avril 2008. c. Sur le plan somatique, la recourante fait valoir que son état de santé s'est aggravé postérieurement à cette expertise, ce que conteste l'intimé en alléguant que selon le Dr E_____, l'aggravation éventuelle concernait l'état de santé psychique exclusivement. La chambre de céans constate, à la lecture des pièces versées à la procédure, que le Dr E_____ a signalé une aggravation de l'état de santé de sa patiente par plis des 24 février et 15 septembre 2014, en joignant les rapports établis par le Dr O_____ les 11 septembre 2013 et 19 février 2014. Il en résulte que selon ce spécialiste en radiologie, la recourante présentait alors notamment une excroissance osseuse à la hauteur des grands trochanters pouvant traduire une péri-trochantérite (rapport du 11 septembre 2013), une rupture partielle du tendon du supra-épineux avec bursite et une sclérose du trochiter à l'épaule droite (rapport du 19 février 2014). En outre, le 5 juin 2015, le Dr E_____ a fait état également d'une tendinopathie calcifiante dans l'ensemble de la coiffe du rotateur à l'épaule droite et d'une omarthrose gauche, en se référant s'agissant de cette dernière atteinte, à des examens complémentaires effectués le 23 mars 2015 par le Dr T_____. Si, dans le cadre de l'expertise réalisée par la Dresse -M_____, des examens radiologiques complémentaires ont certes été effectués (rapport du Dr O_____ du 10 septembre 2009), il n'en demeure pas moins que les examens réalisés en 2013 et 2014 par ce radiologue font état de constats qui n'existaient pas en 2009, tels qu'une éventuelle péri-trochantérite, une rupture partielle du tendon du supra-épineux avec bursite et une sclérose du trochiter à droite. En outre, la recourante présenterait une tendinopathie calcifiante à l'épaule droite (rapport du Dr E_____ du 5 juin 2015). Or, dans la mesure où l'intimé n'a pas instruit ces nouveaux éléments médicaux - étant précisé que le SMR a rendu ses conclusions finales sans s'être déterminé au préalable sur les derniers examens radiologiques effectués par le Dr O_____ (les 11 septembre 2013 et le 19 février 2014) et sans avoir demandé à prendre connaissance du rapport du Dr T_____ du 23 mars 2015 - la chambre de céans n'est pas en mesure d'établir si ces atteintes entraînent de nouvelles limitations fonctionnelles et des répercussions sur la capacité de travail résiduelle de la recourante. Partant, en l'absence de rapports probants sur ces éléments de faits déterminants, la chambre de céans n'est pas en

mesure de dire si ou non la capacité de travail totale dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20%, exigible dès février 2006, s'est maintenue au-delà du 11 septembre 2013. Ainsi, force est de conclure qu'à compter du 11 septembre 2013, un doute existe sur la capacité de travail résiduelle de la recourante sur le plan somatique, étant précisé que la chambre de céans ne saurait se prononcer uniquement sur la base des rapports du médecin traitant. d. Sur le plan psychique, l'intimé a retenu que depuis l'expertise de la Dresse N_____ la recourante a présenté une aggravation de son état de santé entraînant une incapacité de travail totale du 11 novembre 2011 au 31 décembre 2012 et de décembre 2013 à mars 2014, en se fondant sur les conclusions du Dr S_____, que la recourante conteste. Le Dr S_____ a, par rapport du 29 août 2013, diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail de la recourante, un épisode dépressif majeur récurrent, actuellement de gravité sub-clinique à légère tout au plus et une personnalité état limite de type abandonnique non décompensée. Il a estimé que la recourante avait présenté une aggravation de son état psychologique en novembre 2011, entraînant une incapacité de travail totale jusqu'au 31 décembre 2012. Depuis, sa capacité de travail était à nouveau entière. La chambre de céans constate que ce rapport se base sur des examens de la recourante et sur son dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'état de santé de la recourante et sur son évolution. Ses conclusions sont cohérentes, convaincantes et ne laissent pas apparaître de contradictions. La recourante conteste la valeur probante de cette expertise, en se référant à l'appréciation de son psychiatre traitant. La chambre de céans relève que par rapport du 3 août 2012, le Dr R_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et une personnalité émotionnellement labile. L'incapacité de travail était totale depuis le 11 novembre 2011. Force est de constater que les conclusions du Dr S_____ ne contredisent pas l'appréciation du Dr R_____. Postérieurement au 3 août 2012, aucun rapport du psychiatre traitant n'a été versé à la procédure, avant celui daté du 10 février 2014 faisant état d'une aggravation sur un mode dépressif d'intensité sévère depuis le 4 décembre 2013. Dans la mesure où ce rapport évoque une aggravation de l'état de santé survenue postérieurement aux conclusions émises le 29 août 2013 par le Dr S_____, il ne permet pas d'écarter l'appréciation de cet expert. Enfin, si des certificats d'incapacité de travail totale dès le 1^{er} mars 2013, établis par le psychiatre traitant, figurent certes au dossier de la recourante (pièce 205 pages 27 à 29 chargé de l'intimé), il n'en demeure pas moins que ces attestations ne suffisent pas à mettre en doute les conclusions du Dr S_____ du 29 août 2013. Il s'ensuit que c'est à bon droit que l'intimé a retenu une incapacité de travail totale dans toute activité du 11 novembre 2011 au 31 décembre 2012. Par ailleurs, suite à l'aggravation de l'état de santé signalée par le Dr R_____ dans son rapport du 10 février 2014, le Dr S_____ a rendu un deuxième rapport d'expertise en date du 15 janvier 2015. Il a estimé que la recourante présentait, sans répercussion sur sa capacité de travail, un épisode dépressif majeur récurrent, actuellement léger et une personnalité limite de type abandonnique décompensée. Il a conclu que l'état de santé s'était légèrement aggravé fin 2013, avec un retour à l'état antérieur au plus tard en mars 2014. À la lecture du rapport du Dr S_____ et des pièces versées au dossier, la chambre de céans est d'avis qu'il existe un doute sur les conclusions émises par cet expert quant à l'amélioration de l'état de santé en mars 2014. En effet, on relèvera tout d'abord que l'état de santé de la recourante semble s'être péjoré entre l'examen effectué le 11 juin 2013 et celui réalisé le 13 octobre 2014, dans la mesure où le trouble de la personnalité limite de

type abandonnique s'est décompensé. Or, le rapport du Dr S_____ ne permet pas de comprendre pour quelle raison, malgré la décompensation de ce trouble, la capacité de travail de la recourante resterait entière. Qui plus est, alors que le Dr S_____ a diagnostiqué un trouble de la personnalité décompensé (page 11 du rapport d'expertise), de manière contradictoire, il indique ensuite que ce trouble n'est pas décompensé (page 12). De surcroît, le Dr S_____ a estimé que l'aggravation de l'état psychique a pris fin en mars 2014, sans toutefois indiquer les éléments qui lui ont permis de retenir une amélioration de l'état de santé de la recourante à compter de ce mois-là. Par ailleurs, s'agissant du traitement médicamenteux prescrit, le Dr S_____ a mentionné uniquement le seresta®, en réserve (page 4 du rapport d'expertise) et a précisé que si un anti-dépresseur devait être introduit, il conseillait la fluoxétine® (page 12 du rapport d'expertise). Or, il apparaît que le Dr S_____ n'a pas pris en compte l'ensemble des médicaments prescrits par le Dr R_____, puisqu'il résulte des explications fournies par la recourante lors de l'anamnèse médicale, qu'hormis l'interruption de la mirtazapine®, le traitement médicamenteux n'avait pas été modifié (page 3 du rapport d'expertise) et que ce traitement comprenait, lors de la première expertise, du seresta®, de la fluoxétine® et de la mirtazapine® (rapport du 29 août 2013). À cela s'ajoute encore que le Dr R_____ a confirmé que le traitement suivi par la recourante comprend notamment la fluoxétine® et le seroquel® (rapport du 16 avril 2015). Enfin, le bilan sanguin réalisé le 9 juillet 2015 atteste la prise de la fluoxétine® par la recourante. Au vu de l'ensemble de ces éléments, on ne saurait reconnaître une pleine valeur probante au rapport du Dr S_____ du 15 janvier 2015 concluant à une amélioration de l'état de santé de la recourante à compter du mois de mars 2014. La chambre de céans n'est ainsi pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante dès mars 2014, étant encore précisé que l'on ne saurait se fonder, s'agissant de cet élément de fait, sur les seuls rapports du Dr R_____, psychiatre traitant. Cela étant, quand bien même les rapports versés à la procédure ne permettent pas de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, la capacité de travail résiduelle de la recourante à compter du 11 septembre 2013, sur le plan somatique, et à compter de mars 2014, sur le plan psychique, la chambre de céans est d'avis que l'on peut renoncer à une instruction complémentaire pour les motifs qui suivent.

11. a. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) et de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur à compter du 1^{er} janvier 2008), 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!>![if> Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). b. 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 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et art. 28a al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 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). Le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). c. 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). Quant au revenu d'invalidé, 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'invalidé 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 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).

d. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2). Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c) ou dans le cas d'un assuré de 63 ans, soit à deux ans de l'âge de la retraite (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 9C_366/2014 du 19 novembre 2014). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2). Lorsqu'il n'est pas exigible de la part d'un assuré qu'il mette en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, il y a lieu de procéder au calcul du degré d'invalidité en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.4). Enfin, dans le cas d'un assuré dont l'état de santé

avait fait l'objet d'une expertise judiciaire, le Tribunal fédéral a indiqué que c'était à la date du dépôt de l'expertise - laquelle avait permis de constater de manière fiable les faits déterminants quant à la capacité résiduelle de travail et l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée - qu'il convenait d'examiner si on pouvait exiger de l'assuré qu'il mît en valeur sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Tel n'étant pas le cas, au vu de son âge proche de la retraite et de sa faible capacité résiduelle, le Tribunal fédéral a relevé que compte tenu du fait que le doute, concernant les répercussions sur la capacité de travail des différentes affections, n'avait été levé qu'à la date du dépôt de l'expertise judiciaire, il convenait, pour la période antérieure, de déterminer le degré d'invalidité en se référant aux seuls éléments qui n'étaient pas englobés par le doute évoqué, à savoir l'existence d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, ce qui ouvrait droit en l'occurrence à une rente entière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.4). e. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable. 12. a. En l'occurrence, la recourante présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis février 2006, de sorte qu'il y a lieu de déterminer le taux d'invalidité dès février 2007, soit à l'échéance d'une année d'attente, étant précisé qu'il n'est pas contesté qu'à cette date, son statut était celui d'actif à 100%.> Il a été établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ses capacités de travail résiduelles ont été les suivantes: - dès février 2007, une capacité de travail totale dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20%; - du 11 novembre 2011 au 31 décembre 2012, une incapacité de travail totale; - du 1 er janvier au 10 septembre 2013, une capacité de travail totale dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20%.> À compter du 11 septembre 2013, les éléments au dossier ne permettent pas de déterminer de manière fiable la capacité de travail résiduelle de la recourante sur le plan somatique. Tel est également le cas à compter de mars 2014 sur le plan psychique. b. S'agissant du revenu sans invalidité, dans la mesure où la recourante exerçait son activité lucrative à un taux très partiel avant la survenance de son incapacité de travail, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les ESS, ce que la recourante ne conteste pas au demeurant. Étant donné que lors du début de son incapacité de travail, la recourante travaillait depuis huit ans dans un magasin d'alimentation en tant que manutentionnaire salariée de diverses entreprises, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes travaillant dans « le commerce de gros, intermédiaire du commerce » (ESS 2006, TA1, ligne 51, niveau 4), soit CHF 50'928.- (4'244 x 12). 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 le commerce de gros en 2006 (42 heures ; Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, ligne 46, OFS), ce montant doit être porté à CHF 53'474.- (50'928 x 42/40) et à CHF 54'292.- indexé à 2007 selon l'évolution des salaires

pour les femmes en termes nominaux (53'474 x 2454/2417). S'agissant du salaire avec invalidité, la recourante n'exerçant pas d'activité adaptée, c'est également à juste titre que l'intimé s'est référé aux ESS. En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2006, TA1, tous secteurs confondus, niveau 4), soit CHF 48'228.- (4'019 x 12). 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 2006 (41.7 heures ; Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, total, OFS), ce montant doit être porté à CHF 50'277 (48'228 x 41.7/40) et à CHF 51'046.- indexé à 2007 selon l'évolution des salaires pour les femmes en termes nominaux (50'277 x 2454/2417) et à CHF 40'837.- vu la baisse de rendement de 20% (51'046 - 10'209). Par ailleurs, l'intimé a retenu qu'il y avait lieu d'effectuer un abattement supplémentaire sur le salaire statistique de 20% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, du fait que seuls des travaux légers peuvent être exercés, des problèmes de mémoire auditive et de l'âge de la recourante. Au vu des critères jurisprudentiels, la chambre de céans ne saurait, comme l'invoque la recourante, s'écarter du taux reconnu par l'intimé, étant relevé au surplus qu'elle est de nationalité suisse et au bénéfice d'une capacité résiduelle de travail totale. Compte tenu donc d'un abattement de 20%, le revenu d'invalidité sur la base statistique s'élève à CHF 32'670.- (40'837 - 8'167), qui, une fois comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 54'292.-, conduit à un taux d'invalidité de 39,8% (54'292 - 32'670/54'292 x 100), soit arrondi à 40%, ce qui ouvre droit à un quart de rente dès le 1^{er} février 2007. L'incapacité de travail totale du 11 novembre 2011 au 31 décembre 2012, donne droit à une rente entière dès le 1^{er} février 2012 (soit trois mois après l'aggravation de la capacité de gain) et à un quart de rente dès le 1^{er} avril 2013 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain). À compter du 11 septembre 2013, des doutes existent sur la capacité de travail résiduelle de la recourante. Or, quand bien même une instruction complémentaire orthopédique, rhumatologique et psychiatrique serait effectuée par la chambre de céans, les rapports probants - permettant de constater de manière fiable les faits déterminants quant à la capacité résiduelle de travail - ne pourraient être versés à la procédure qu'au plus tôt début de l'année 2017. Or, la recourante sera alors âgée de 62 ans, soit à deux ans de l'âge ouvrant droit à une rente de vieillesse de l'AVS [art. 21 al. 1 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10)]. Au vu de son âge, des nombreuses limitations fonctionnelles qu'elle subit, de la baisse de rendement et de la durée prévisible des rapports de travail et au vu de la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.4), on ne peut exiger de la recourante qu'elle reprenne une activité adaptée. Par conséquent, pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante à compter du 11 septembre 2013, il y a lieu de se référer aux seuls éléments établis au degré de la vraisemblance prépondérante, à savoir l'existence d'une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. La recourante a par conséquent droit à une rente entière à compter du 1^{er} septembre 2013. Il s'ensuit que la recourante a droit à un quart de rente dès le 1^{er} février 2007, à une rente entière dès le 1^{er} février 2012, à un quart de rente dès le 1^{er} avril 2013 et à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2013. Le recours sera par conséquent partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à un quart de rente du 1^{er} février 2007 au 31 janvier 2012, à une rente entière du 1^{er} février 2012 au 31 mars 2013, à un quart de rente du 1^{er} avril au 31 août 2013 et à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2013. 13. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre

de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.!

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.