

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3431/2016

ATAS/877/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 octobre 2017

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en 1961, mariée et sans enfant, au bénéfice d'un diplôme d'infirmière, travaillait en cette qualité depuis octobre 1998 auprès de B_____ SA, Laboratoire d'analyses médicales (ci-après l'employeur), à 60% dès septembre 1999.
2. Le 5 février 2010, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation entraînant la fracture de Weber B de la cheville droite.
3. Dès le 9 décembre 2010, l'assurée a présenté une incapacité de travail en raison d'une mastite granulomateuse.
4. Le 2 août 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI).
5. Par rapport du 2 septembre 2011, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, allergologie et immunologie, a diagnostiqué une mastite infectieuse/inflammatoire. L'incapacité de travail était totale depuis le 9 décembre 2010, et à 50% depuis le 9 mars 2011.
6. Des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un maintien au poste de travail pendant la reprise professionnelle progressive ont été mises en place le 31 octobre 2011 afin de garantir que celle-ci se déroule dans de bonnes conditions et qu'elle soit adaptée à son état de santé.
7. Par rapport du 4 janvier 2012, le Dr C_____ a indiqué que l'atteinte entraînait une limitation algofonctionnelle et une diminution de la force des membres supérieurs. L'assurée nécessitait un environnement calme. Sa capacité de travail était de 50% dans le poste habituel et de 50% dans une activité adaptée. Une prise en charge psychiatrique n'était pas nécessaire.
8. Par rapport du 29 février 2012, le docteur D_____, chef de clinique au département de gynécologie et d'obstétrique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis deux mois et que la capacité de travail était totale dans le poste habituel, étant précisé qu'il n'avait pas établi d'arrêt de travail depuis plusieurs mois.
9. Le 23 avril 2012, l'OAI a proposé de suivre la reprise professionnelle et de négocier avec l'employeur pour pérenniser le travail de l'assurée dans un seul centre et un horaire de travail plus régulier.
10. Le 25 avril 2012, l'OAI a pris en charge les frais pour un réentraînement musculaire avec un suivi physiothérapeutique du 2 avril au 31 août 2012.
11. Par rapport du 12 mai 2012, le Dr C_____ a indiqué que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle antérieure ou à une amélioration de la capacité de travail à 75% dès l'été. L'assurée était en rémission et participait à un programme de réinsertion précoce.

12. Par rapport du 1^{er} juin 2012, le Dr C_____ a indiqué qu'une reprise en plein (60%) était prévue dès l'automne.
13. Le 19 juillet 2012, l'OAI a noté que l'assurée avait repris à 60% en tant qu'infirmière fixe dès le 1^{er} juillet 2012.
14. Par avis du 3 août 2012, le Service médical régional AI (ci-après SMR) a indiqué que dès le 1^{er} juillet 2012, la capacité de travail était totale dans toute activité.
15. Le 3 août 2012, l'OAI a considéré qu'une enquête économique sur le ménage à domicile sur une période révolue n'était pas opportune, dans la mesure où l'assurée présentait une capacité de travail entière dès le mois de juillet 2012 dans toute activité et qu'elle avait effectivement repris un emploi dès cette date à 100% de son taux d'activité (60%).
16. Suite à un projet de décision de l'OAI lui niant le droit aux prestations, l'assurée a notamment indiqué, le 14 septembre 2012, qu'elle avait des angoisses, une grande irritabilité et de la peine à supporter le stress, de sorte qu'elle avait accepté de suivre une psychothérapie. C'était par ailleurs à tort que l'OAI avait retenu une capacité de travail entière puisqu'elle était toujours à 50% dans son activité habituelle.
17. Par décision du 17 septembre 2012, l'OAI a nié le droit à une rente et à des mesures professionnelles.
18. Le 12 octobre 2012, l'employeur a mis fin au contrat de travail avec effet au 31 janvier 2013.
19. L'assurée s'est inscrite au chômage et un délai-cadre a été ouvert dès le 1^{er} février 2013.
20. Par arrêt du 14 mai 2013, la Chambre de céans a admis le recours interjeté par l'assurée contre la décision du 17 septembre 2012 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision. Il apparaissait que l'assurée n'avait en réalité pas repris son activité à 100% (de son 60%). (ATAS/455/2013).
21. Le 4 octobre 2013, l'assurée a expliqué à l'OAI notamment que les séquelles physiques (fatigue, douleurs, démangeaisons, diminution de la force musculaire du bras gauche) et psychologiques (perte du contrôle émotionnel, peine à supporter le stress, grande irritabilité, perte de l'image corporelle, repli sur soi, peur profonde du danger à l'extérieur de son domicile) avaient eu des implications négatives sur sa capacité de travail, qui était restée à 50%. Elle avait eu une baisse de rendement au travail due à un sentiment de malaise, la souffrance des autres la touchaient énormément, elle était très irritable, s'emportait pour un rien, pleurait avec ses patients, avait les nerfs à fleur de peau, avec un sentiment permanent de fatigue, avec une lutte constante pour pouvoir sortir de son domicile en raison d'une peur profonde d'un danger et de la circulation. Depuis juillet 2012, elle suivait une psychothérapie, et l'annonce en octobre 2012 de son licenciement l'avait replongée dans une profonde tristesse de laquelle elle avait beaucoup de peine à sortir. Afin

d'être prise en charge par l'assurance-chômage, son médecin traitant avait cessé de lui délivrer de nouveaux certificats. Elle ne se sentait pas capable d'assumer son métier d'infirmière, de sorte qu'elle avait suivi une formation d'assistante en ressources humaines de février à juillet 2013. Elle n'avait toutefois pas pu se présenter à l'examen fédéral pour des raisons financières. Elle continuait le suivi psychothérapeutique auprès de Monsieur E_____, psychologue, spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie, sur indication du Dr C_____. Elle n'avait donc pas repris une activité professionnelle et était bénéficiaire des prestations de chômage.

22. Le 21 novembre 2013, l'OAI a indiqué dans une note de travail que l'assurée s'était inscrite au chômage depuis le 1^{er} février 2013 et qu'elle recherchait une activité à 100%. Ses recherches d'emploi visaient principalement des postes administratifs en privilégiant les domaines de la santé et des assurances sociales. Elle effectuait un stage de requalification depuis août 2013 auprès du service des paies de l'Etat.
23. Par rapport du 26 novembre 2013, le Dr C_____ a diagnostiqué, outre la mastite, une réaction à un facteur de stress sévère et adaptation (F43) et un état de stress post-traumatique grave (F45.1). L'assurée était suivie par M. E_____. Elle avait des difficultés à mobiliser le bras et bénéficiait d'une rééducation. Son état s'était amélioré depuis novembre 2012. La capacité de travail était de 80% dans le poste occupé à 60% (limitation due au stress) et entière dans une activité adaptée telle qu'infirmière administrative dans un lieu calme. Le traitement consistait en de la physiothérapie, de la rééducation et une psychothérapie. La gravité des troubles psychiques nécessitait une prise en charge psychiatrique.
24. Par avis du 20 décembre 2013, le SMR a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne.
25. A la demande de l'OAI, par rapport du 24 septembre 2015, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et la doctoresse H_____, spécialiste FMH en médecine générale auprès du BEM ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des synovites multiples, à tendance symétrique, d'origine indéterminée et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait des troubles statiques du rachis associés à un syndrome de déconditionnement musculaire, une ébauche de coxarthrose droite, un status après fracture de la cheville droite ostéosynthésée, avec discrète arthrose secondaire, un prurit du sein gauche d'origine indéterminée, un status après mastites unilatérales gauches depuis juillet 2010, au décours depuis fin 2012.

L'assurée se plaignait de douleurs chroniques prédominantes au rachis, au membre inférieur droit accidenté, aux membres supérieurs et au pli de l'aîne, à droite. Elle présentait une fatigue quotidienne et envahissante, une certaine lenteur dans les tâches de bureau, l'aversion par rapport à son métier d'infirmière et à la vue du sang.

En raison de son problème mammaire, l'assurée était restée à l'incapacité de travail partielle, avec des périodes d'incapacité de travail complète lors des poussées. La mastite gauche n'était plus active et ne justifiait pas d'incapacité de travail.

Les experts se ralliaient aux arrêts de travail prescrits par son médecin traitant jusqu'en janvier 2013. A partir de fin 2012, celui-ci retenait une amélioration de l'état de santé, globalement. Il n'y avait pas d'incapacité de travail au plan somatique depuis lors.

Depuis l'expertise, en raison des synovites (mains, genoux), il existait une limitation de 40% comme infirmière de laboratoire (sur un 100% théorique), de 50% dans les activités ménagères et de 20% dans un travail purement administratif pour une durée de 6 mois. Le travail habituel nécessitait de marcher souvent, de porter quelques charges (de 5 à 10 kg), et de faire constamment des gestes répétitifs précis sur autrui (prises de sang). Les problèmes articulaires nécessitaient des pauses plus fréquentes justifiant une incapacité de travail. Dans un travail plus administratif, avec moins de déplacements, des gestes plus variés, sans charge, l'incapacité de travail était de 20% durant la durée des investigations et d'une observation sur 6 mois pour étayer le diagnostic d'un possible rhumatisme inflammatoire. C'était en raison de l'atteinte à l'appareil locomoteur que les limitations étaient données. Dans un travail administratif comme celui réalisé lors du stage, les troubles rachidiens, l'ébauche de coxarthrose, le status après fracture de la cheville droite ne jouaient pas de rôle limitatif, ni pour le ménage de deux personnes adultes.

Sur le plan psychique, selon toute vraisemblance, l'assurée avait développé dans les suites de l'accident de vélo, un état de stress post-traumatique. Par la suite, le trouble anxieux s'était compliqué par la survenue d'un syndrome dépressif favorisé par divers facteurs de stress, dont la maladie grave de son mari (cancer O.R.L. diagnostiqué au début de 2012) et l'apparition d'une mastite récidivante du sein gauche d'étiologie inconnue. Au pire de ces symptômes, en 2012, l'assurée était devenue suicidaire et avait commencé à recourir à l'alcool comme anxiolytique et antidépresseur. Des antidépresseurs lui avaient été prescrits, sans grand effet. Son médecin traitant l'avait alors encouragée à entreprendre dans le courant 2012 une psychothérapie. Ce traitement avait eu un bon effet sur l'état psychique, même s'il persistait encore des éléments anxieux et dépressifs. La psychothérapie avait pris fin en décembre 2014, d'un commun accord.

Les experts n'avaient pas trouvé mention d'atteintes psychiques avant le rapport du Dr C_____ de novembre 2013. Cela étant, dès novembre 2012, il était vraisemblable qu'il y avait eu une aggravation justifiant une incapacité de travail de 50% (de 100%) dans toute activité et de 30% dans l'activité ménagère. Le stage en août 2013 avait montré que des ressources persistaient.

26. Par avis du 19 novembre 2015, le SMR a estimé l'expertise convaincante et retenu que la capacité de travail était de 50% dans toute activité en raison de l'atteinte

psychique depuis novembre 2012. La capacité de travail était susceptible de s'améliorer dans les 6 mois à un an à 100%, sous réserve de l'introduction d'un traitement antidépresseur et d'un suivi psychothérapeutique. Sur le plan somatique, la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée durant 6 mois étant donné qu'il était nécessaire d'investiguer plus avant l'atteinte rhumatologique. Le suivi de l'atteinte rhumatologique était exigible. En cas de non amélioration spontanée sur le plan psychique dans les 6 mois, l'introduction d'un traitement anti-dépresseur et le suivi psychiatrique était exigible. Il convenait de transmettre l'expertise au médecin traitant afin qu'il procède aux investigations proposées et traite l'atteinte psychiatrique.

27. Le 6 juin 2016, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle était suivie du point de vue général, rhumatologique et psychiatrique par le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales.
28. Par rapport du 13 juin 2016, le Dr I_____, qui suivait l'assurée depuis le 28 septembre 2015, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail de l'assurée, un état dépressif modéré avec syndrome somatique. Sans effet sur la capacité de travail, elle présentait des troubles statiques du rachis et une coxarthrose droite. Le médecin a relevé l'absence de syndrome inflammatoire et de synovites depuis fin septembre 2015. Il existait une amélioration progressive du point de vue psychique et somatique. Le traitement actuel consistait en de la physiothérapie active et une psychothérapie. L'assurée présentait une fatigabilité, l'activité habituelle n'était pas exigible et elle suivait une formation dans les ressources humaines. Les limitations fonctionnelles étaient: pas de travail en position debout uniquement, pas d'activités exercées principalement en marchant, éviter de se pencher, de s'accroupir, de se mettre à genoux, de monter les escaliers et de porter des charges de plus de 5 kg de manière répétitive. Enfin, la résistance était limitée.
29. Selon une note d'entretien téléphonique établie le 13 juillet 2016, le SMR a contacté le Dr I_____ pour clarifier la situation. Il y est noté que depuis qu'il suivait l'assurée, il n'avait pas constaté de synovites, ni d'éléments permettant de suspecter la présence d'un rhumatisme inflammatoire. Les douleurs dont se plaignait l'assurée (genou, poignet et dos) étaient d'origine mécanique et n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles. Par ailleurs, il n'y avait pas de récurrence de la mastite. Sur le plan psychiatrique, l'assurée n'avait jamais présenté de plaintes sur un mode dépressif et selon ses informations, la psychothérapie n'était actuellement plus poursuivie. Il n'avait pas été nécessaire d'introduire un traitement antidépresseur ni de référer l'assurée à un psychiatre. Il confirmait que depuis qu'il suivait l'assurée, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles justifiant une diminution de la capacité de travail.
30. Par avis du 13 juillet 2016, le SMR a relevé notamment que le rapport d'expertise n'était pas absolument clair s'agissant de l'évolution des incapacités de travail et des capacités de travail justifiées médicalement entre juin 2012 et la date de l'expertise.

Selon le Dr I_____, un rhumatisme inflammatoire avait pu être écarté. Il avait confirmé l'amélioration progressive sur le plan psychique. Selon lui, la capacité de travail n'était pas limitée depuis qu'il suivait l'assurée. Il n'y avait donc plus d'atteinte à la santé avec répercussion sur la capacité de travail.

Selon le SMR, les atteintes ayant justifié une incapacité de travail limitée dans le temps étaient un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, actuellement en rémission, un status après mastite gauche d'origine indéterminée depuis juillet 2010, au décours depuis fin 2012 et un status après fracture de la cheville droite en février 2010, avec une discrète arthrose secondaire. Les autres diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient des troubles statiques du rachis, un déconditionnement musculaire et une hypovitaminose D. Les limitations fonctionnelles étaient un travail léger d'épargne rachidienne avec la possibilité d'alterner les positions toutes les deux heures, sans port de charge lourde répétitif.

Ainsi, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était de 30% de juin 2012 à la fin 2012, de 50% depuis janvier 2013 et de 0% depuis fin septembre 2015. Il n'y avait pas d'atteinte justifiant que l'assurée ne puisse pas reprendre son activité habituelle d'infirmière.

31. Par décision du 13 septembre 2016, confirmant un projet du 15 juillet 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, précisant que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées car elles ne seraient pas de nature à améliorer la capacité de gain. Le statut retenu était celui d'une personne exerçant une activité professionnelle à 60% et se consacrant à ses travaux habituels pour les 40% restants. Depuis le 9 décembre 2010 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail dans l'activité habituelle était considérablement restreinte et dès le 29 septembre 2015, il existait une pleine capacité de travail dans toute activité. A la fin du délai d'attente, l'assurée présentait une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle, soit une perte économique de 30% dans la sphère professionnelle. Le droit éventuel à une rente pourrait être fixé au 1^{er} février 2012, or à cette date, l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail ouvrant le droit à une rente. L'OAI avait renoncé à effectuer une enquête économique sur le ménage: étant donné que le SMR indiquait une capacité de travail entière dès le 29 septembre 2015 dans toute activité, une enquête sur une période révolue n'était pas opportune. L'OAI estimait que dans la part ménagère, lors des périodes de reprises de travail à 50%, au vu des limitations fonctionnelles et de l'exigibilité des membres de la famille, il n'y avait pas d'empêchements dans la tenue du ménage, si ce n'était peut-être une certaine fatigabilité ou lenteur.

Le degré d'invalidité pondéré résultant des deux domaines était le suivant du 1^{er} février 2012 au 31 décembre 2012 (capacité de travail de 50% d'un 60%):

<i>Activités</i>	<i>Part</i>	<i>Perte économique/empêchement</i>	<i>Degré d'invalidité</i>
<i>Professionnel</i>	60%	50%	30%
<i>Travaux habituels</i>	40%	0%	0%
<i>Degré d'invalidité total</i>			30%

Le degré d'invalidité pondéré résultant des deux domaines était le suivant du 1^{er} janvier 2013 au 28 septembre 2015 (capacité de travail de 50% d'un 100%) :

<i>Activités</i>	<i>Part</i>	<i>Perte économique/empêchement</i>	<i>Degré d'invalidité</i>
<i>Professionnel</i>	60%	17%	10%
<i>Travaux habituels</i>	40%	0%	0%
<i>Degré d'invalidité total</i>			10%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

32. Par acte du 10 octobre 2016, l'assurée a interjeté recours contre la décision, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière. La recourante a invoqué l'illicéité de l'application de la méthode mixte au vu de la récente jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH).
33. Le 1^{er} mars 2017, la recourante a expliqué qu'elle avait été suivie sur le plan psychiatrique par M. E_____ dès juillet 2012, par le Dr C_____ de janvier à juin 2015, par le Dr I_____ dès octobre 2015, lequel l'avait adressée dès décembre 2016 chez la doctoresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Depuis le mois de mars 2017, elle avait dû arrêter de manière abrupte les consultations pour des raisons financières.
34. Par réponse du 14 mars 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les conditions pour l'application de l'arrêt de la CourEDH du 2 février 2016 faisaient défaut. En outre, avant son atteinte à la santé, la recourante avait toujours travaillé à 60%. Il était donc établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, la recourante aurait continué à vivre comme elle le faisait. C'était donc à juste titre que l'intimé avait reconnu un statut mixte de 60% active et 40% ménagère.
35. Par courrier daté du 13 novembre 2016, déposé auprès de la Chambre de céans le 10 mai 2017, la recourante a notamment indiqué que sa demande de prestations avait pour but de l'aider à suivre une reconversion professionnelle. Elle avait fait tout son possible pour réduire la durée et l'étendue de son incapacité de travail. Elle

avait recommencé une nouvelle formation comme assistante des ressources humaines, mais sans aide tout lui semblait difficile.

La recourante a versé à la procédure:

- une attestation du 30 juillet 2013 de M. E_____ selon laquelle il suivait la recourante depuis le 25 juillet 2012 une fois par semaine en raison d'un épisode dépressif;
- un rapport établi le 5 novembre 2013 par le Dr C_____, indiquant notamment que la recourante avait débuté une psychothérapie de soutien chez M. E_____ fin juillet 2012. Les raisons en étaient un syndrome post-traumatique consécutif à l'accident de circulation et entraînant des attaques de panique à vélo. Cette condition avait été amplifiée par une grave maladie gynécologique et auto-immune;
- un rapport du 22 décembre 2014 du Dr C_____ indiquant que la recourante présentait notamment une dépression récurrente et qu'elle suivait une psychothérapie de soutien auprès de M. E_____.

36. Le 7 juin 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

37. Après avoir adressé une copie de cette écriture à la recourante, la Chambre de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
3. L'objet du litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations d'invalidité.
4. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence

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

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

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

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

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

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent

un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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).

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).

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

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

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

6. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
7. 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).
8. En l'occurrence, l'intimé a retenu, en se fondant sur l'expertise du BEM, que la recourante présentait une incapacité de travail de 70% de janvier à décembre 2012 en raison d'atteintes somatiques uniquement, et une incapacité de travail de 50% dès janvier 2013, en raison d'atteintes psychiques (et rhumatologiques entre juin et septembre 2015). Dès le 29 septembre 2015, sa capacité de travail était entière dans toute activité.

Sur le plan psychique, les experts ont retenu que la recourante présentait un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) qui entraînait une incapacité de travail de 50% depuis novembre 2012.

La Chambre de céans estime toutefois que ces conclusions ne sont pas convaincantes, pour les motifs qui suivent.

Les experts ont expliqué que selon toute vraisemblance, la recourante avait développé dans les suites de l'accident en 2010 un état de stress post-traumatique. Par la suite, le trouble anxieux s'était compliqué par la survenue d'un syndrome dépressif favorisé par divers facteurs de stress, dont la maladie grave de son mari diagnostiquée au début de 2012 et l'apparition d'une mastite récidivante. Au pire de ces symptômes, en 2012, la recourante était devenue suicidaire. Son médecin lui avait prescrit des antidépresseurs, sans grand effet. Il l'avait alors encouragée à entreprendre dans le courant 2012 une psychothérapie auprès d'un psychologue. Le traitement spécialisé, qui avait pris fin en décembre 2014, avait eu un bon effet, bien que des éléments anxieux et dépressifs persistaient encore (p. 55 du rapport d'expertise).

Compte tenu de ce qui précède, la Chambre de céans peine à comprendre pour quelles raisons le taux d'incapacité de travail de 50% constaté par les experts lors de leur examen le 5 juin 2015 - soit après que la recourante ait suivi pendant plus de 2 ans une psychothérapie ayant eu un effet positif - est identique à celui que présentait la recourante dès 2012, soit l'année où elle était au pire des symptômes et suicidaire.

S'agissant du début de l'incapacité de travail, les experts ont expliqué que c'était en 2011-2012 que l'état psychique de la recourante aurait été le plus altéré, mais que cela n'était pas documenté. Selon l'anamnèse, qui leur paraissait plausible, l'état psychique se serait aggravé après l'annonce de son licenciement, de sorte qu'il paraissait raisonnable de faire remonter l'incapacité de travail actuelle à novembre 2012 (p. 56 rapport d'expertise).

La Chambre de céans est d'avis que si l'état psychique de la recourante s'est certes aggravé lors de l'annonce de son licenciement le 12 octobre 2012, on ne saurait toutefois retenir que sa capacité de travail était entière jusqu'au 31 octobre 2012, puisqu'il apparaît que des antidépresseurs lui ont été prescrits avant ce mois-là et qu'une psychothérapie a été débutée dès juillet 2012. À cet égard, la Chambre de céans relèvera que les experts n'ont sollicité aucune information complémentaire auprès de M. E_____, alors que ce dernier a pourtant suivi la recourante de juillet 2012 à décembre 2014.

Qui plus est, lors de l'examen effectué par les experts, ceux-ci ont retenu que la recourante présentait une seule atteinte psychique, soit un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (p. 46 du rapport d'expertise). Or, de manière contradictoire, les experts ont ensuite expliqué que sur le plan anxieux, ils avaient constaté un manque de confiance en soi, certains évitements et une altération du sommeil, de sorte qu'ils retenaient le diagnostic d'état de stress post-traumatique au décours (p. 55 du rapport d'expertise). En outre, selon les explications fournies par les experts, il apparaît que le trouble anxieux a une influence sur la capacité de

travail de la recourante puisqu'ils ont expressément indiqué que les deux pathologies (le trouble dépressif et le trouble anxieux) se renforçaient mutuellement et entraînaient une incapacité de travail (p. 56 du rapport d'expertise).

Sur le plan somatique, la Chambre de céans constate que les experts se contredisent également. On relèvera en effet que les experts ont d'abord indiqué que les synovites multiples à tendance symétrique, d'origine indéterminée entraînaient une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle (p. 53 du rapport d'expertise), puis, de manière contradictoire, ils ont retenu une incapacité de travail de 40% (pp. 57 et 58 du rapport d'expertise). S'agissant des répercussions sur la tenue du ménage également, ils ont expliqué d'abord que l'incapacité était de 30% (p. 53 du rapport d'expertise), pour ensuite retenir, sans aucune explication, un taux de 50% (pp. 57 et 58 du rapport d'expertise).

Par ailleurs, les experts ont retenu que seules les synovites multiples avaient une répercussion sur la capacité de travail de la recourante, laquelle présentait en outre, sans répercussion sur sa capacité de travail, des troubles statiques du rachis, une ébauche de coxarthrose droite et un status après fracture de la cheville droite (p. 46 du rapport d'expertise). Or, les experts ont expliqué que dans un travail administratif comme celui réalisé lors du stage en 2013, l'ensemble de ces derniers diagnostics ne jouaient pas de rôle limitatif (p. 53 du rapport d'expertise), laissant ainsi entendre que ces atteintes joueraient un rôle limitatif dans l'activité habituelle d'infirmière de laboratoire qui nécessitait de marcher souvent et de porter quelques charges (de 5 à 10 kg).

Pour l'ensemble de ces motifs, la Chambre de céans est d'avis que le rapport d'expertise, tant sur le plan somatique que psychique, ne remplit pas les conditions jurisprudentielles permettant de lui accorder une pleine valeur probante.

Par ailleurs, l'intimé a retenu, en se fondant sur l'avis du SMR du 13 juillet 2016, que la recourante ne présente aucune atteinte incapacitante à compter du 29 septembre 2015. Selon le SMR, depuis que la recourante était suivie par le Dr I_____, il n'y avait plus d'atteinte ayant une répercussion sur sa capacité de travail.

Or, la Chambre de céans constate que le point de vue du SMR se fonde uniquement sur un entretien téléphonique qu'il a eu avec le Dr I_____ le 13 juillet 2016, à la suite duquel une note a été établie et selon laquelle le médecin traitant aurait affirmé notamment que la recourante ne lui avait jamais présenté de plaintes sur un mode dépressif, que la psychothérapie n'était plus poursuivie et qu'il confirmait que depuis qu'il suivait la recourante, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles justifiant une diminution de la capacité de travail. On relèvera qu'il s'agit là toutefois de propos rapportés et résumés qu'il convient pour ce motif d'apprécier avec retenue (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_723/2015 du 6 avril 2016 consid. 5.2). Or, force est de constater que ces propos ne correspondent pas à la teneur du rapport que le Dr I_____ a établi un mois auparavant seulement, soit le

13 juin 2016, et dans lequel il indiquait que la recourante, qui suivait une psychothérapie, présentait un état dépressif modéré avec syndrome somatique, précisant que l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'il existait plusieurs limitations fonctionnelles.

Pour ce motif, les conclusions du SMR concernant la capacité de travail de la recourante à compter du 29 septembre 2015 ne peuvent pas non plus être confirmées.

Force est donc de constater l'absence d'informations fiables et suffisantes sur l'état de santé de la recourante dès 2012, sur les diagnostics entraînant une répercussion sur sa capacité de travail, sur les limitations fonctionnelles qu'ils entraînent et sur les taux de sa capacité de travail. La Chambre de céans n'est ainsi pas, en l'état, en mesure d'apprécier de manière adéquate la situation médicale de la recourante.

Pour ce motif déjà, la décision litigieuse doit être annulée.

9. a. Il convient encore d'examiner le statut de la recourante, l'intimé ayant retenu un statut mixte (60% dans l'activité lucrative et 40% dans l'activité ménagère), ce que la recourante conteste en invoquant la jurisprudence récente rendue par la CourEDH.

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

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

c. Selon l'arrêt de la CourEDH Di Trizio *contre Suisse* du 2 février 2016 (n° 7186/09), l'application dans l'assurance-invalidité de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité à une assurée qui, sans atteinte à la santé, n'aurait travaillé qu'à temps partiel après la naissance de ses enfants et s'est vue de ce fait supprimer la rente d'invalidité en application des règles sur la révision de la rente constitue une violation de l'art. 14 CEDH (interdiction de la discrimination) en relation avec l'art. 8 CEDH (droit au respect de la vie privée et familiale; arrêt du Tribunal fédéral 9C_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4).

On ne saurait déduire des considérants de l'arrêt de la CourEDH que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité « viole la Convention » sans égard à la situation concrète dont avait à juger la CourEDH (arrêt du Tribunal fédéral 9C_473/2016, op. cit., consid. 4). Ainsi, la suppression d'une rente d'invalidité dans le cadre d'une révision est contraire à la CEDH lorsque seuls des motifs d'ordre familial (la naissance d'enfants et la réduction de l'activité professionnelle qui en découle) conduisent à un changement de statut de « personne exerçant une activité lucrative à plein temps » à « personne exerçant une activité lucrative à temps partiel » (en consacrant son temps libre à l'accomplissement de travaux habituels; ATF 143 I 50 consid. 4). La diminution d'une rente dans le cadre d'une révision est aussi contraire à la CEDH lorsque seuls des motifs d'ordre familial (la naissance d'enfants et la réduction de l'activité professionnelle qui en découle) conduisent à un changement de statut de "personne exerçant une activité lucrative à plein temps" à "personne exerçant une activité lucrative à temps partiel" (en consacrant son temps libre à l'accomplissement de travaux habituels; ATF 143 I 60 consid. 3.3.4). La méthode mixte reste applicable lorsque le changement de statut n'était pas dicté par des motifs familiaux, ou lorsque l'octroi initial d'une rente concerne une personne active à temps partiel pendant toute la durée de la période déterminante (ATF 143 I 50 consid. 4.1 et 4.4).

Par la suite, le Tribunal fédéral a contesté l'existence d'une violation des art. 14 et 8 CEDH en cas d'application de la méthode mixte à une assurée travaillant à temps partiel et qui n'avait plus de responsabilités éducatives envers des enfants mineurs (arrêts du Tribunal fédéral 9C_514/2016 du 18 janvier 2017 consid. 3.2.1). Il a également nié une telle violation dans les cas suivants : assurée qui travaillait à temps partiel avant la naissance de sa fille déjà (arrêt du Tribunal fédéral 9C_525/2016 du 15 mars 2017 consid. 4), assurée travaillant à temps partiel avant son mariage et la naissance de son fils, dont la garde était du reste assumée par le

père (arrêt du Tribunal fédéral 9C_179/2016 du 11 août 2016 consid. 4.3.3 et 5), assurée vivant seule avec son époux (arrêt du Tribunal fédéral 9C_552/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1 et 4.3), assurée travaillant depuis des années à 80 % (arrêt du Tribunal fédéral 9C_615/2016 du 21 mars 2017 consid. 5.2), assurée mère de deux fils adultes et vivant seule avec son époux (arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2016 du 16 mars 2017 consid. 7. 2), assurée dont les enfants sont majeurs, de sorte que la volonté (hypothétique) de travailler à temps partiel ne repose pas sur un motif d'ordre familial (arrêt du Tribunal fédéral 9C_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4), assurée divorcée vivant avec son fils majeur et n'ayant pas de motif familial de travailler à temps partiel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_633/2015 du 12 février 2016 consid. 4.3). Dans le cas d'une assurée active à 57 %, vivant avec son époux et ses deux enfants adultes, le Tribunal fédéral a confirmé que la méthode mixte s'appliquait malgré l'arrêt Di Trizio, car il s'agissait d'une première demande et non d'une révision du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_820/2016 du 19 avril 2017 consid. 3.2). S'agissant d'une aide de cuisine travaillant à 80 % tout en s'occupant de ses enfants, à qui l'OAI avait octroyé une rente entière limitée dans le temps, le Tribunal fédéral a répété que la situation n'était pas comparable à celle du cas Di Trizio, dès lors qu'il s'agissait d'un octroi initial de rente à une personne active à temps partiel pendant toute la période pour laquelle des prestations pouvaient entrer en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 9C_843/2016 du 11 avril 2017 consid. 5.2).

d. La situation de la recourante - mariée, sans enfant et qui travaillait auprès de son employeur à temps partiel depuis plus de 11 ans lorsque son incapacité de travail de longue durée a débuté le 9 décembre 2010 - diffère clairement de celles dans lesquelles on peut, selon le Tribunal fédéral, renoncer à l'application de la méthode mixte, puisqu'il s'agit de l'octroi initial éventuel d'une rente concernant une personne active à temps partiel pendant toute la période déterminante.

Force est ainsi de constater que l'intimé a, à juste titre, retenu un statut mixte.

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

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

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

b. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

c. En l'occurrence, l'intimé a renoncé à effectuer une enquête économique sur le ménage sur une période révolue étant donné que la recourante avait recouvré une

capacité de travail entière dès le 29 septembre 2015. Il a estimé que dans la part ménagère, lors des périodes de reprises de travail à 50%, au vu des limitations fonctionnelles et de l'exigibilité des membres de la famille, il n'y avait pas d'empêchements dans la tenue du ménage, si ce n'était peut-être une certaine fatigabilité ou lenteur.

Force est de constater que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire. Dans la mesure où le statut mixte a été retenu, il y avait lieu d'examiner, compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier, s'il existait des empêchements dans la tenue du ménage méritant d'être pris en considération, et ce au moyen d'une enquête sur place effectuée par une personne qualifiée et ayant connaissance de la situation locale et spatiale, même si cette enquête devait porter sur une période révolue. L'intimé ne pouvait effectuer un examen général et abstrait de la situation de la recourante et conclure que celle-ci ne présentait aucun empêchement dans la tenue du ménage.

Pour ce motif également, la décision litigieuse doit être annulée.

Compte tenu de ce qui précède, il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre, dans les plus brefs délais, une expertise rhumatologique et psychiatrique ainsi qu'une enquête économique ménagère, puis rende une nouvelle décision.

11. Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision querellée sera annulée et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants.
12. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**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 de l'intimé du 13 septembre 2016.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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