

## **GE\_GERICHTE A/3558/2016 vom 28. Juni 2017**

GE Cour de justice, 2017-06-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3558\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3558_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/3558/2016 du 28 juin 2017

IT: GE\_GERICHTE A/3558/2016 del 28 giugno 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN 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 en 1966, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de secrétaire, a travaillé à 100% dès le 1 er janvier 1998 en qualité d'assistante de direction auprès de l'État de Genève (ci-après : l'employeur).!endif]>!if> 2. Le 3 mars 2005, l'assurée a sollicité des prestations d'invalidité suite à une incapacité de travail de 100% du 3 au 19 octobre 2003 et de 50% du 20 octobre 2003 au 31 mars 2005, en raison de troubles psychiques.!endif]>!if> 3. Par décision du 11 octobre 2005, l'office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après : l'OAI) lui a accordé une demi-rente d'invalidité d'une durée limitée du 1 er octobre 2004 au 30 juin 2005. !endif]>!if> 4. En date du 26 mai 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, mentionnant souffrir d'une polyarthrite rhumatoïde.!endif]>!if> 5. Par rapport du 12 août 2011, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a diagnostiqué une polyarthrite rhumatoïde séropositive anti-CCP (pour « Peptides Cycliques Citrullinés ») positive, non érosive et non nodulaire. L'assurée, qu'il suivait depuis le

#### **E. 9**

mars 2009, signalait des polyarthralgies touchant principalement les poignets, les coudes, les épaules, les genoux et les orteils. Les douleurs pouvaient être fugaces, disparaître et réapparaître, avec de discrètes tuméfactions accompagnées d'érythème. Parallèlement à cette symptomatologie ostéoarticulaire, l'assurée décrivait une asthénie intense avec des endormissements sur son lieu de travail et une très grande fatigabilité. Les polyarthralgies, voire les polyarthrites, rendaient la dactylographie laborieuse avec de nombreuses erreurs possibles. De plus, l'intense asthénie et la fatigabilité très importante empêchaient l'assurée de mener à bien une activité à 100% et engendraient des troubles de la concentration et de la mémoire. L'incapacité de travail avait été de 100% du 11 janvier au 2 mars 2010, 50% du 3 au 31 mars 2010, 100% du 30 mars au 10 avril 2011, 50% du 17 mai au 30 juin 2011 et était à nouveau de 50% dès le 15 août 2011 pour une longue durée indéterminée. Actuellement, l'activité exercée était exigible à 50%, avec un rendement éventuellement réduit. Les limitations fonctionnelles concernaient le travail en position assise, debout et penchée, la montée d'escaliers, ainsi que les capacités de concentration, limitée à deux heures par jour, et de résistance, difficilement estimables. !endif]>!if> Le Dr B\_\_\_\_\_ a notamment communiqué à l'OAI les rapports suivants : - un rapport du 13 novembre 2009 du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale auprès du

Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), lequel a retenu le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séropositive anti-CCP positive ; à l'examen clinique, il avait trouvé de nombreuses articulations tuméfiées et douloureuses ; la première crise claire avec des tuméfactions datait de décembre 2008 - janvier 2009 ; l'assurée devait bénéficier d'un traitement précoce et agressif, étant relevé que les radiographies ne démontraient encore aucune érosion ;

[endif]>[if> - un rapport qu'il avait établi le 8 mars 2010, duquel il ressort qu'un traitement avait été instauré dès décembre 2009, avec une amélioration à 95% sur le plan ostéoarticulaire ; cependant, l'assurée avait de moins en moins de force, souffrait de lâchages d'objets, la dactylographie sur l'ordinateur était difficile après une heure, ses doigts étaient douloureux et elle présentait encore une asthénie intense, avec des endormissements au travail ;

[endif]>[if> - un rapport du 23 mars 2010 de la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, laquelle a signalé un endormissement des doigts d'origine incertaine et une asthénie avec des endormissements intempestifs d'origine incertaine ; l'examen neurologique était parfaitement normal et aucun indice clinique et électrophysiologique en faveur d'une participation myopathique n'était relevé ; vu l'importance des plaintes quant à la somnolence diurne, une évaluation en médecine du sommeil méritait d'être envisagée ;

[endif]>[if> - un rapport du 24 juin 2010 du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie, aux termes duquel l'hypersomnie était probablement en relation avec la polyarthrite rhumatoïde séropositive ; depuis environ deux à trois ans, l'assurée avait observé des périodes d'hypersomnie (besoin accru de dormir) qui s'étaient clairement aggravées depuis un an ; elle déclarait que ses activités physiques l'épuisaient et induisaient un besoin de dormir ; une composante psychologique ne pouvait pas être formellement exclue, même si l'assurée disait ne pas ressentir les mêmes symptômes que lors de sa dépression de 2003 ;

[endif]>[if> - un rapport qu'il avait rédigé le 13 septembre 2010, mentionnant une diminution des douleurs articulaires et de l'intensité des crises d'arthrite depuis l'introduction du traitement en décembre 2009 ; ce dernier avait toutefois été modifié en 2010 en raison de l'apparition de troubles visuels ; une intense asthénie persistait et nécessitait des siestes quotidiennes de deux à trois heures sur le lieu de travail ; un traitement martial avait donné un peu plus d'énergie à l'assurée pendant quelques semaines avec une réapparition de l'asthénie ;

[endif]>[if> - son rapport du 29 mars 2011, relevant que l'intense fatigue, le manque d'énergie et le ralentissement ne lui semblaient pas être en adéquation avec l'activité de la polyarthrite rhumatoïde ;

[endif]>[if> - un rapport du 14 avril 2011 du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie auprès du CHUV, lequel a constaté que la polyarthrite était bien contrôlée, qu'il y avait très peu de synovites, bien qu'il persistait une diminution de la force de préhension, et que le bilan ultrasonographique sans activité doppler correspondait à une maladie en rémission ; il préconisait de débiter un traitement d'Orencia ; concernant la fatigue, il avait suivi un certain nombre de patients pour lesquels les anti-TNF alpha s'étaient accompagnés d'une fatigue extrême, mais celle-ci pouvait être simplement liée à la polyarthrite ; il semblait que cette fatigabilité augmentait tout de même au travail, de sorte qu'il proposait de réduire l'activité professionnelle de l'assurée à 50%.

[endif]>[if> 6. Selon le questionnaire pour l'employeur signé le 19 août 2011, les tâches faisant partie de l'activité de l'assurée consistaient essentiellement en de la dactylographie, de la lecture, des prises de procès-verbaux, du classement et de l'archivage. L'assurée devait souvent soulever ou porter des charges jusqu'à 10 kg et rarement d'un poids supérieur. Les exigences intellectuelles en termes de concentration, d'attention, d'endurance, de soin et de faculté d'interprétation étaient grandes.

[endif]>[if> 7. En

date du 31 octobre 2011, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin auprès du service de santé de l'employeur, a adressé à l'OAI une copie des rapports de consultation établis par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin consultant de l'employeur, soit :  
>[if> - un rapport du 1 er juillet 2010 retenant que l'assurée souffrait d'une maladie inflammatoire chronique agressive qui ne semblait pas encore médicalement contrôlée ; elle présentait également une dyspnée à l'effort et une fatigue décrite comme de l'épuisement ; sa vie sociale était quasiment inexistante et elle devait se reposer très fréquemment ; elle n'était pas apte à travailler à plein temps ;  
>[if> - un rapport du 11 novembre 2010 indiquant que la diminution du taux d'activité convenue avec le médecin traitant n'avait pas été faite à la demande de l'assurée qui avait continué à travailler à 100% ; depuis le mois de juillet 2010, grâce à un changement de traitement, les effets secondaires touchant la vision avaient disparu, les symptômes de polyarthrite s'étaient un peu atténués, la fatigue était devenue moins intense et les arthralgies moins prononcées, mais encore bien présentes au niveau des pieds, des épaules et des poignets principalement ; cette amélioration notable avait permis à l'assurée de poursuivre son activité professionnelle de façon satisfaisante tant sur le plan de la qualité que de la quantité de travail ; si elle arrivait à assumer son activité professionnelle à plein temps, c'était au détriment de sa vie sociale qui restait inexistante ; à la fin de la journée de travail, l'assurée se sentait épuisée et devait immédiatement se coucher pour récupérer ;  
>[if> - un rapport du 28 février 2011 relevant que l'assurée se plaignait toujours d'une grande fatigue avec le besoin de se reposer dès qu'elle en avait l'occasion ; il lui arrivait de s'endormir sur sa place de travail et ne sortait plus de chez elle le soir ou le week-end, lesquels étaient consacrés au repos ; malgré des contrôles biologiques qui ne montraient plus aucun signe inflammatoire et un examen clinique qui n'objectivait aucun signe de synovite, l'assurée continuait à souffrir d'arthralgies touchant les mains, les poignets, les épaules, les pieds et les genoux ; son rendement au travail n'était pas celui qu'elle avait avant sa maladie ;  
>[if> - un rapport du 16 juin 2011 mentionnant que malgré la nouvelle thérapeutique, l'assurée se plaignait toujours d'une fatigue avec le besoin de se reposer la journée ; les arthralgies demeuraient fluctuantes bien que les signes inflammatoires aient disparu, tant sur le plan clinique que biologique ; selon le Dr F\_\_\_\_\_, il n'était pas étonnant que la symptomatologie soit si bruyante, car il s'agissait d'une forme particulièrement sévère de polyarthrite rhumatoïde ; le Dr F\_\_\_\_\_ avait été très surpris d'apprendre que l'assurée avait continué à travailler à 100%, les personnes affectées par ce type de pathologie ayant normalement une capacité de 50% ; le Dr F\_\_\_\_\_ avait fait part de ses conclusions au Dr B\_\_\_\_\_, lequel avait établi un arrêt de travail à 50% et demandé à l'assurée de déposer une demande de prestations d'invalidité ; depuis lors, l'assurée se sentait mieux moralement, plus concentrée sur son travail le matin et dormait deux à trois heures tous les après-midis ; en conclusion, elle souffrait d'une forme suffisamment sévère de polyarthrite rhumatoïde pour justifier médicalement une incapacité de travail de 50% de façon définitive ; l'état de santé, malgré les mesures thérapeutiques entreprises, n'était pas compatible avec une activité professionnelle à 100%.  
>[if> 8. Par rapport du 1 er novembre 2011, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis le mois de juin 2011. La polyarthrite rhumatoïde séropositive ainsi que l'asthénie importante avec une hypersomnie, qui découlaient de l'activité de la polyarthrite, avaient une influence sur la capacité de travail. Le traitement d'Orencia instauré depuis six mois n'apportait pas totalement le bénéfice escompté et l'examen clinique n'avait pas changé, avec la persistance des arthrites d'apparition fugace et

des arthralgies permanentes très importantes. Les atteintes limitaient les déplacements et la dactylographie, et l'assurée présentait une intense asthénie avec des troubles de la concentration et de la mémoire. Il n'y avait pas de trouble psychique. La capacité de travail dans l'activité habituelle avait été de 0% dès le 30 mars 2011, 100% dès le 11 avril 2011, 50% dès le 17 mai 2011, 0% dès le 3 octobre 2011 et 50% dès le 31 octobre 2011. Il n'y avait pas d'activité adaptée à envisager, l'assurée parvenant juste à assumer une activité professionnelle à 50% en tant que secrétaire de direction.!

9. En date du 2 décembre 2011, l'employeur a informé l'OAI que l'assurée avait souhaité reprendre son activité à 100% en juillet 2011, malgré les difficultés que cela entraînait, espérant parvenir à assumer son activité professionnelle. Force était de constater que son rendement était alors fortement diminué et que le plein temps avait augmenté ses douleurs et accentué sa fatigue. Ayant besoin de temps de récupération fréquents, elle devait marquer des arrêts pendant la journée. Cette période confirmait l'incapacité de l'assurée à travailler à temps complet.

10. Par avis du 14 décembre 2011, le docteur I\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a notamment relevé que les éléments à disposition ne permettaient pas de savoir si le poste occupé par l'assurée était adapté. En outre, quatre causes étaient évoquées pour la fatigue, soit la polyarthrite rhumatoïde, le traitement médicamenteux, un syndrome de fatigue chronique qui devait être assimilé à un trouble somatoforme et enfin la carence martiale dans un contexte alimentaire particulier. Aucun des médecins consultés par l'assurée ne détaillait les limitations fonctionnelles, ni n'appréciait sa capacité de travail dans une activité adaptée. Un bilan neuropsychologique et une expertise rhumatologique ou rhumato-psychiatrique étaient nécessaires.

11. À la demande de l'OAI, l'assurée a été soumise à une expertise neuropsychologique. Madame J\_\_\_\_\_, psychologue et neuropsychologue FSP, a exposé, dans son rapport du 20 mars 2012, que son examen mettait en évidence des performances sévèrement déficitaires aux tests d'attention, un ralentissement sévère aux épreuves chronométrées et aux tâches requérant des capacités exécutives, ainsi que des performances modérément à sévèrement déficitaires aux tests de mémoire. Il convenait toutefois de relever un mode de réponse compatible avec une majoration des troubles de la mémoire dans des tâches ad hoc et la présence de manifestations comportementales atypiques. En conséquence, il n'était pas possible en l'état de se prononcer avec exactitude sur l'existence et l'étendue d'une atteinte neuropsychologique effective. Une expertise psychiatrique serait à même d'apporter des éléments plus contributifs quant à l'évaluation du status.

12. Par courrier du 7 juin 2012, le service de santé de l'employeur a indiqué à l'OAI que depuis l'été 2011, l'assurée ne pouvait plus effectuer des travaux de frappe sur l'ordinateur plus d'une heure en continu à cause de ses douleurs dans les doigts et de raideurs, qui occasionnaient de multiples erreurs. En outre, sa mémoire, sa capacité de concentration et par moments sa vision étaient touchées, ce qui avait notamment pour conséquence que l'assurée mettait le double de temps qu'auparavant pour rendre un procès-verbal de séance. Elle n'était plus capable d'effectuer des tâches incombant à une assistante de direction, telle que la planification complexe de séances en réseau avec d'autres offices de Suisse romande ou le suivi d'un dossier nécessitant un peu de prise d'initiatives. En outre, sa fatigabilité était visible par sa hiérarchie puisqu'il lui arrivait de s'endormir sur sa place de travail. Ses horaires allaient devoir être modifiés afin de réduire ses déplacements au maximum, sa vigilance sur la route étant également touchée. Les tâches plus routinières et d'exécutante qu'elle effectuait depuis longtemps restaient de bonne facture. L'assurée tenait beaucoup à son travail et était appréciée par son employeur,

qui souhaitait la garder tant que possible à 50% dans une fonction moins exposée et moins exigeante.![endif]>![if> 13. Dans un rapport du 16 août 2012, la doctoresse K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale interne et rhumatologie, laquelle a repris le suivi de l'assurée suite au décès du Dr B\_\_\_\_\_, a indiqué qu'il lui semblait que sa patiente présentait une polyarthrite rhumatoïde associée à un syndrome de Sjögren et à une fibromyalgie. L'examen clinique était plutôt rassurant, sans franges synovites et il n'y avait pas, sur le plan biologique, de syndrome inflammatoire (il n'y en avait jamais eu). L'assurée se plaignait d'importantes arthralgies et était très gênée par l'importante fatigue. Une expertise psychiatrique avait été confiée par l'employeur au docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel lui avait indiqué téléphoniquement qu'il n'avait retenu aucune pathologie. ![endif]>![if> 14. Par rapport du 27 août 2012, le professeur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale auprès des Hôpitaux universitaires du Canton de Genève (ci-après : HUG), a noté que l'assurée se plaignait d'arthralgies, de fatigue, de sécheresse oculaire, orale et vaginale. L'examen clinique ne montrait pas de synovite palpable, mais l'étreinte de plusieurs articulations des mains et des pieds, de même que la palpation de nombreux points de fibromyalgie était douloureuse. Les amplitudes articulaires étaient conservées et il ne notait pas de déformation. En conclusion, la situation était peut-être celle d'une polyarthrite rhumatoïde séropositive ou d'un syndrome de Sjögren primaire ou secondaire associé à une polyarthrite rhumatoïde. L'assurée présentait également des éléments en faveur d'une fibromyalgie, ce qui compliquait certainement l'évolution du cas. Pour toutes ces raisons, la fatigabilité était assez compréhensible. Comme l'assurée faisait état de dyspnée, il pouvait être utile de faire une évaluation pneumologique incluant une radiographie du thorax et des fonctions pulmonaires. ![endif]>![if> 15. Dans un rapport du 7 septembre 2012, la doctoresse N\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au service de rhumatologie des HUG, a indiqué qu'une échographie réalisée le 5 septembre 2012 révélait des synovites de stade 1/3 au niveau de 6/18 articulations examinées. En l'absence de synovite de stade 2/3 ou d'activité doppler, il n'y avait pas d'argument pour un rhumatisme actif. ![endif]>![if> 16. Le 14 septembre 2012, le Dr G\_\_\_\_\_ a écrit à la directrice des ressources humaines de l'employeur que l'assurée souffrait d'une affection médicale pour laquelle un arrêt de travail à 50% était justifié de manière durable. Les limitations consistaient en la nécessité de travailler une demi-journée par jour le matin au maximum, l'inaptitude totale à organiser et à coordonner les réunions intercantionales, l'inaptitude totale à prendre un procès-verbal pour des réunions dépassant deux heures, l'inaptitude partielle à effectuer un travail de longue durée, concentrée, ainsi que l'inaptitude partielle à effectuer un travail de saisie au clavier de façon continue. De plus, compte tenu de son état de santé, il convenait de respecter des baisses de rendement occasionnelles liées à une fatigabilité, ainsi qu'à des troubles occasionnels de la concentration. ![endif]>![if> 17. En date du 29 novembre 2012, l'employeur a informé l'OAI que l'assurée occupait toujours le même poste, mais avec une incapacité de travail à 50%. Elle souffrait d'une grande fatigabilité et présentait des limitations fonctionnelles très importantes qui l'empêchaient d'effectuer la totalité des tâches inhérentes à son cahier des charges d'assistante de direction, dont la plupart des tâches nécessitant concentration, mémoire et rythme soutenu. Tout ceci influençait donc le rendement de son travail. L'assurée était désireuse d'accomplir au mieux les tâches qui lui étaient confiées et culpabilisait énormément de ne pouvoir donner entière satisfaction. Il devenait urgent qu'elle puisse être affectée à 50% à un poste totalement adapté à ses aptitudes. Elle était une collaboratrice engagée et l'employeur souhaitait la garder au sein du

département.![endif]>![if> 18. Par rapport du 11 décembre 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ a rappelé le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde évoluant depuis septembre 2009. En outre, à l'anamnèse, l'assurée présentait un syndrome de Sjögren surajouté que la Dresse K\_\_\_\_\_ aurait constaté lors d'une prise de sang. Sur le plan articulaire, l'assurée relatait de multiples douleurs diffuses et la maladie paraissait relativement bien contrôlée par le traitement. Cliniquement, il n'y avait pas de synovite résiduelle, même s'il persistait une diminution de la force de préhension et une manœuvre de Gänsslen positive aux doigts. L'assurée faisait état de troubles neuropsychologiques, notamment de problèmes de concentration pour lesquels il lui était difficile de se prononcer. Si le syndrome de Sjögren devait se préciser, il pourrait potentiellement être mis en relation avec ces troubles neurologiques, voire neuropsychologiques, puisque de telles anomalies avaient été décrites assez fréquemment lors des syndromes de Sjögren, qu'ils soient primaires ou secondaires. ![endif]>![if> 19. Le 16 janvier 2013, le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et la doctoresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès du SMR, ont rendu un rapport suite à l'examen de l'assurée. Ils ont diagnostiqué une polyarthrite rhumatoïde séropositive non érosive ayant des répercussions sur la capacité de travail, ainsi qu'une personnalité dépendante de type immature, un syndrome douloureux somatoforme persistant et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans effets sur ladite capacité. Les examinateurs ont précisé que, concentrés lors de l'examen à rechercher des synovites, ils avaient omis de palper les points pour une fibromyalgie. Les éléments du dossier et l'examen faisaient conclure à une discordance marquée entre l'activité du rhumatisme inflammatoire, la gestuelle spontanée et les allégations de l'assurée. Comme mentionné par le Dr F\_\_\_\_\_, la polyarthrite rhumatoïde était bien contrôlée par le traitement de fond. Selon eux, l'asthénie et l'hypersomnie, antérieures à la polyarthrite rhumatoïde, ne pouvaient pas être attribuées à cette dernière. Selon les examinateurs, les douleurs ressenties et la fatigue étaient en relation avec une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques par crainte d'un handicap. Étaient contre-indiqués les travaux de force, la dactylographie prolongée au-delà d'une heure, un travail nécessitant un roulement ou réalisé de nuit, ou en ambiance froide ou humide, ainsi que le port de charges de plus de 5 kg. L'incapacité de travail durable avait débuté le 17 mai 2011 et l'assurée disposait depuis lors d'une capacité de travail de 75% dans l'activité habituelle d'assistante de direction décrite et dans une activité adaptée.![endif]>![if> 20. Par avis du 30 janvier 2013, la doctoresse Q\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a considéré que la polyarthrite rhumatoïde séropositive non érosive entraînait une incapacité de travail de 25% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis le 17 mai 2011.![endif]>![if> 21. Le 22 avril 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI que la réalité de l'observation professionnelle ne correspondait pas à l'exigibilité retenue. L'assurée travaillait à 50% dans un poste entièrement adapté, lequel ne correspondait pas au poste d'assistante de direction selon le cahier des charges prévalant avant l'aménagement professionnel, et dans lequel la capacité de travail était nulle. Dans toute activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles telles qu'établies le

#### **E. 14**

septembre 2012, la capacité de travail était de 50%. Il ne pouvait qu'exprimer sa grande inquiétude par rapport aux conclusions du SMR et s'étonnait de l'incohérence manifeste dans l'évaluation de la santé mentale de l'assurée.![endif]>![if> 22. En date du 29 avril 2013, la Dresse K\_\_\_\_\_ s'est adressée au Dr O\_\_\_\_\_ afin de lui faire part de son désaccord concernant les conclusions de l'examen du SMR. Dans la liste des diagnostics

avec répercussion sur la capacité de travail, les examinateurs du SMR avaient omis de mentionner le syndrome de Sjögren (primaire ou secondaire), alors que l'assurée présentait cliniquement un syndrome sec, relevé pourtant dans l'anamnèse systématique, et biologiquement une constellation d'auto-anticorps évocatrice (FAN 1/160, anti-SSA positifs). Conclure à une majoration des symptômes aux motifs que la polyarthrite rhumatoïde était sous contrôle grâce au traitement énergétique et que la fatigue aurait dû s'atténuer, voire disparaître, semblait être un raccourci que l'on ne pouvait faire. Tant dans la polyarthrite rhumatoïde que dans les syndromes de Sjögren, la fatigue était un symptôme fréquent, souvent difficile à traiter. De nombreuses publications existaient sur cette problématique dans les rhumatismes immuno-inflammatoires qui montraient à quel point l'étiologie de cette fatigue était complexe et mal comprise. Par ailleurs, dans l'appréciation de cette fatigue, le Dr O\_\_\_\_\_ n'avait pas tenu compte du syndrome de Sjögren, dont l'activité ne pouvait clairement pas être évaluée par une échographie des mains. Dans ce contexte, l'estimation de la capacité de travail de 75% était exagérée. Selon elle, la poursuite de l'activité à 50% semblait beaucoup plus proche des capacités réelles de l'assurée.

23. Dans un avis du 5 juillet 2013, le Dr O\_\_\_\_\_ a relevé que le syndrome de Sjögren, qui se manifestait par une sécheresse des glandes lacrimales et salivaires, était connu lors de l'examen du 6 novembre 2012. La fatigue pouvait être mise en relation avec le rhumatisme inflammatoire, mais aussi avec la fibromyalgie ou avec des troubles psychiques. À chaque fois que l'assurée était en vacances, les choses s'amélioraient, ce qui ne permettait pas de confirmer que l'asthénie serait en relation avec la polyarthrite ou le traitement médicamenteux. Le syndrome de Sjögren ne permettait pas à lui seul d'expliquer l'asthénie et certainement pas les poussées d'hypersomnie décrites dans le dossier. Enfin, l'appréciation de la capacité de travail de 75% reposait sur le fait que l'assurée avait un poste physiquement léger.

24. Par décision du 23 septembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a retenu que la capacité de travail de cette dernière était de 75% dans toute activité depuis le 17 mai 2011 et que le taux de l'incapacité de travail, lequel se confondait avec le degré d'invalidité, était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

25. Par arrêt du 10 février 2014, la chambre de céans a partiellement admis le recours de l'assurée, annulé la décision du 23 septembre 2013 et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale auprès de spécialistes en rhumatologie, psychiatrie et neuropsychologie, et, en cas de nécessité, d'un stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible et les activités à la portée de l'assurée ( ATAS/169/2014 ). Elle a en effet considéré que les conclusions des Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ne permettaient pas d'apprécier les atteintes à la santé de l'assurée et leurs répercussions sur sa capacité de travail, et a nié toute valeur probante à leur rapport du 16 janvier 2013.

26. Faisant suite à l'arrêt précité, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été confiée à la Polyclinique médicale universitaire (ci-après : PMU).

27. Dans leur rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2015, les doctresses R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, et T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu, à titre de diagnostics ayant une influence essentielle sur la capacité de travail, une polyarthrite rhumatoïde séropositive (facteurs rhumatoïdes et anticorps anti-CCP, anamnétiques) non érosive, non nodulaire, avec actuellement une absence de synovite à l'examen clinique, sous traitement d'Orencia et d'Arava, ainsi qu'une fatigue chronique et des troubles neuropsychologiques modérés (scores insuffisants obtenus à des épreuves mnésiques antérogrades en conditions

d'apprentissage, de reconnaissance et de récupération différées associés à un défaut attentionnel se manifestant au premier plan par une sensibilité aux interférences), d'origine multifactorielle. Dans leur appréciation consensuelle du cas, les signataires du rapport ont indiqué que, tant à l'examen par l'interniste que par le rhumatologue, n'avait été relevée aucune limitation fonctionnelle articulaire sous traitement d'Orencia et d'Arava, associé à des anti-inflammatoires non stéroïdiens à doses variables. C'étaient essentiellement les douleurs, la fatigue et le manque de concentration qui empêchaient en l'état l'augmentation de la capacité de travail au-delà de 50%. Les douleurs et la fatigue étaient des éléments subjectifs, non mesurables mais dont l'authenticité n'était pas remise en doute. Si la polyarthrite rhumatoïde, même sans activité inflammatoire, ainsi que les traitements de fond pouvaient expliquer en partie la présence de fatigue, l'importance et la sévérité de ce symptôme n'étaient certainement pas expliquées entièrement par cela. D'un point de vue rhumatologique strict, la capacité de travail médico-théorique était de 80% selon l'expert, le docteur U \_\_\_\_\_. Cette évaluation concordait avec celle du Dr O \_\_\_\_\_ qui avait examiné l'assurée en novembre 2012. Les limitations fonctionnelles concernaient les travaux de force, de dactylographie prolongée au-delà d'une heure et le port de charges supérieures à 5 kg, ainsi qu'un environnement humide ou froid. Au plan psychiatrique, l'expert n'a retenu aucune pathologie pouvant influencer les difficultés liées à la fatigabilité et aux troubles neuropsychologiques objectivés. L'évaluation rejoignait celle de la Dresse P \_\_\_\_\_ qui avait examiné l'assurée en novembre 2012. Concernant les résultats de l'examen neuropsychologique, qui avait montré des scores insuffisants obtenus aux épreuves mnésiques antérogrades en modalité verbale, ainsi qu'un ralentissement à certaines épreuves chronométrées dans le domaine exécutif et attentionnel et à une épreuve de lecture sous contrainte temporelle, les déficits étaient globalement moins sévères que lors de l'expertise neuropsychologique de 2012. Notamment, étaient constatés une normalisation de la productivité verbale et de la rapidité d'exécution d'une double tâche ainsi que des déficits mnésiques moins sévères en rappel et en reconnaissance. Ce tableau s'inscrivait dans le contexte de l'importante fatigue rapportée par l'assurée et était faiblement évocateur d'une atteinte cérébrale organique. Cela rejoignait l'appréciation de la Dresse V \_\_\_\_\_ qui avait examiné l'assurée en novembre 2014. Sur le plan strictement neuropsychologique, l'activité en tant que secrétaire dont le cahier des charges avait été adapté et dans le contexte professionnel actuel bienveillant était exigible à un taux d'activité de 60%. En conclusion, l'assurée souffrait de polyarthrite rhumatoïde contrôlée, sans activité inflammatoire sous traitement biologique, avec une fatigue, des troubles de la concentration, des troubles neuropsychologiques modérés non expliqués par une atteinte organique et sans pathologie psychiatrique sous-jacente. C'était donc subjectivement la fatigabilité et les troubles de la concentration, avec des douleurs diffuses, qui ne lui avaient pas permis de travailler à plus de 50% depuis début novembre 2011. Concernant les répercussions fonctionnelles de ces symptômes en termes de capacité de travail, étaient mis en avant des éléments de bon pronostic, dont la présence de ressources psychiatriques, la capacité à respecter un cadre, à s'adapter aux nouvelles conditions de travail, à s'organiser, à garder des capacités relationnelles sociales, familiales. L'assurée mettait tout en œuvre pour aller mieux et était compliant au traitement. L'appréciation du SMR de novembre 2012, selon laquelle la capacité de travail s'élevait à 75% dans toute activité, était trop optimiste. En effet, il ne s'agissait pas d'un syndrome de fatigue chronique en tant que tel car l'assurée présentait une pathologie physique bien documentée, à savoir la polyarthrite rhumatoïde. Bien que contrôlée du point de vue inflammatoire, la prise de traitements

lourds expliquait au moins en partie les symptômes de fatigue. Les troubles neuropsychologiques avaient été bien documentés, sans que l'assurée ne montre d'exagération dans ses plaintes ou qu'il y ait des incohérences évidentes entre l'anamnèse et les constatations objectives. Aucun élément ne permettait d'évoquer une majoration des troubles de la mémoire. Les troubles neuropsychologiques étaient à prendre en compte et impliquaient une diminution de la capacité de rendement, de concentration dans un travail de secrétaire de direction et même en partie dans le contexte professionnel actuel bienveillant. Au vu d'une amélioration objective dans les tests neuropsychologiques entre l'examen de 2012 et leur examen actuel, il paraissait raisonnable d'admettre une capacité de travail de 60%, quelle que soit l'activité. Entre 2011 et actuellement, au vu des tests neuropsychologiques réalisés en 2012, la capacité de travail était évaluée à 50%. Ainsi, l'incapacité de travail continue avait été de 50% à partir du 17 mai 2011, hormis une période d'incapacité totale du 3 au 30 octobre 2011. Le degré de la capacité de travail était resté fortement abaissé, d'au moins 50% dans l'activité de secrétaire de direction. Depuis l'expertise, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 60% au vu de l'amélioration des tests neuropsychologiques. Étant donné que l'assurée avait pu bénéficier d'une adaptation de son poste de travail à partir du 31 octobre 2011 et qu'elle travaillait en continu depuis lors à 50%, sans absences répétées, le pronostic quant au maintien de cette activité était tout à fait bon. Cependant, par rapport à ce qui était effectué à un taux de 50% actuellement, au vu de l'amélioration des tests neuropsychologiques entre 2012 et 2015, avec moins de répercussions fonctionnelles, la capacité de travail pourrait être légèrement supérieure à celle effectuée actuellement. Les limitations fonctionnelles concernaient les positions de travail (debout assis, etc.) car l'assurée devait pouvoir alterner les positions « quelques minutes aux heures » et éviter les positions debout prolongées, la marche prolongée, et la nécessité d'un rendement en dactylographie. En cas d'horaire à plein temps, il faudrait tenir compte d'une diminution de rendement de 40%. Le port de charges de plus de 5 kg était contre-indiqué, ainsi que les travaux lourds. En outre, les restrictions comprenaient une diminution de la concentration, de la possibilité de gérer de nombreuses tâches en même temps, et une diminution globale du rendement. 28. Le SMR a sollicité un complément d'expertise, lequel a été rendu le 22 mars 2016. Il en ressort que l'estimation de la capacité de travail correspondait à un 60% d'un 100%. Concernant l'évolution de l'état de santé, l'état rhumatologique était resté stable, sous contrôle, mais avec un traitement biologique en cours. L'état psychique était également stable et l'état neurologique était légèrement amélioré par rapport aux tests de 2012, mais globalement, l'état de santé était assez stationnaire. Les tests neuropsychologiques, bien que légèrement améliorés par rapport à la description de ceux effectués en 2012, demeuraient perturbés, avec la persistance de scores déficitaires aux épreuves mnésiques antérogrades en modalité verbale, avec un ralentissement à certaines épreuves chronométrées dans le domaine exécutif et attentionnel et à une épreuve de lecture sous contrainte temporelle. L'importante fatigue rapportée par l'assurée et pour laquelle il n'y avait pas de critères évoquant une simulation ou une exagération des symptômes, expliquait en grande partie ses déficits neuropsychologiques. Le retentissement des troubles neuropsychologiques, bien que modérés, avait été un peu sous-évalué. En outre, l'assurée avait fait preuve de certaines capacités adaptatives pour mettre en valeur sa capacité de travail de 50% depuis 2011, ce qui correspondait rétrospectivement à l'exigibilité que l'on pouvait retenir en termes de capacité de travail. Concernant l'atteinte neuropsychologique, il existait un lien entre la fatigue et les perturbations neuropsychologiques. La fatigue pouvait être liée à la prise des

traitements biologiques, même si cela ne l'expliquait probablement pas en totalité. Ce symptôme ne pouvait néanmoins pas être purement et simplement écarté dans le contexte des traitements lourds. La fatigue chronique était d'origine multifactorielle, mais un syndrome de fatigue chronique qui serait apparenté à un trouble somatoforme douloureux n'avait pas été retenu, car il n'y avait pas d'évidence d'exagération des symptômes, de conflit psychosocial, émotionnel à l'origine de cette fatigue, de sorte qu'un trouble somatoforme douloureux n'était pas retenu au plan psychiatrique. !

29. Dans un avis du 18 mai 2016, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a estimé qu'il y avait lieu de suivre les conclusions des experts et de retenir une capacité de travail de 50% dès le 17 mai 2011 et de 60% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015 dans toute activité tenant compte des limitations fonctionnelles décrites dans le rapport d'expertise. !

30. Par décision du 23 septembre 2016, l'OAI a confirmé son projet du 14 juin 2016 et octroyé à l'assurée, dès le 1<sup>er</sup> mai 2012, une demi-rente, réduite à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015. Il a en effet considéré que l'incapacité de travail était de 50% depuis le 17 mai 2011 dans toute activité et de 40% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015. Les taux d'incapacité de travail se confondaient avec les degrés d'invalidité de 50% et 40%. !

31. Par acte du 20 octobre 2016, l'assurée, représentée par un conseil, a interjeté recours contre la décision précitée et conclu, sous suite de dépens, à son annulation dans la mesure où elle réduisait la demi-rente à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015. En substance, elle a contesté l'évaluation de sa capacité de travail par les experts et relevé que son médecin traitant considérait que ladite capacité n'excédait pas 50%. En outre, la Caisse de prévoyance de l'État de Genève (ci-après : la CPEG) avait admis, par décision du 22 octobre 2014, un degré d'invalidité de 50% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2013, en dépit de la décision qui avait à l'époque été rendue par l'intimé. La recourante a également rappelé qu'elle travaillait toujours à 50% grâce aux allègements considérables de son employeur, particulièrement compréhensif. Il lui était impossible d'augmenter son taux d'activité à 60% au vu de ses diverses atteintes à la santé. !

À l'appui de son recours, elle a produit : - la décision de la CPEG du 22 octobre 2014 lui reconnaissant un degré d'invalidité de 25% du 1<sup>er</sup> mai 2012 au 30 septembre 2013 et de 50% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2013 ; !

- un rapport du 30 septembre 2016 de la Dresse K\_\_\_\_\_, laquelle s'est déclarée surprise que le diagnostic de syndrome de Sjögren ne figure pas dans les diagnostics avec une influence essentielle sur la capacité de travail. Elle a indiqué que ce diagnostic, également retenu par le Prof. M\_\_\_\_\_, avait été posé sur la base d'un syndrome sec buccal, oculaire et vaginal anamnestique et sur la présence dans les examens de laboratoire de l'anticorps anti-SSA/Ro. Elle n'avait pas jugé nécessaire d'effectuer des tests de confirmation diagnostique en raison de l'absence de sanction thérapeutique autre qu'un traitement symptomatique du syndrome sec. Toutefois, compte tenu des enjeux asséculogiques actuels, elle pensait utile d'entreprendre de telles démarches, étant relevé que le syndrome de Sjögren s'accompagnait très souvent d'états de fatigue très importants, notoirement résistants au traitement. En outre, la polyarthrite rhumatoïde pouvait s'associer à des états de fatigue et les traitements pris par la recourante pouvaient également contribuer à cette fatigue importante, comme relevé dans l'expertise. Il lui semblait difficile, voire impossible, de conclure à une amélioration de la capacité de travail sur la base de tests neuropsychologiques, très légèrement meilleurs en 2015 par rapport à 2012, et elle estimait que la capacité de travail n'excédait pas 50%. Elle a rappelé que sa patiente bénéficiait d'un entourage professionnel très bienveillant et qu'elle n'effectuait pas le travail d'une assistante de direction. La contraindre à travailler à 60% risquerait d'entraîner une

décompensation de son état de santé. ]>[if> 32. En date du 23 novembre 2016, la recourante a persisté dans les termes de son recours, soutenant qu'elle souffrait d'une affection médicale chronique qui se manifestait pas des poussées et des rémissions, malgré le traitement médical suivi. Elle travaillait actuellement à 50% et était uniquement chargée des activités de routine, avec un rendement diminué. Les experts n'avaient pas tenu compte d'une lenteur d'exécution, d'une diminution de la mémoire, d'une diminution importante de la mobilité des doigts, d'une fatigabilité, d'une perte de rendement sur la capacité de travail de 60%, qu'elle estimait à 15%, ce qui représentait une capacité de travail de 51%, soit celle attestée par le médecin-conseil de l'employeur sur la base d'une appréciation concrète de son travail. L'expertise était contestée concernant l'amélioration de l'état de santé. ]>[if> À l'appui de son écriture, la recourante a produit les pièces suivantes :

- un courrier du Dr G\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2016, soulignant que le périmètre des activités effectuées par la recourante renseignait sur son état de santé, ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail résiduelle ; le service de santé du personnel de l'employeur estimait que la recourante ne possédait pas de capacité de travail qui excédait 50%, étant précisé qu'elle devait bénéficier d'aménagements professionnels pour travailler comme secrétaire à un tel taux ; ses limitations fonctionnelles durables consistaient en des troubles de la concentration, une lenteur d'exécution, une diminution de la mémoire, une diminution importante de la mobilité des doigts et une fatigabilité ; la recourante bénéficiait d'aménagements horaires, d'une tolérance à une diminution du rendement et d'une simplification des tâches ; l'expression de la maladie de la recourante et la comorbidité consécutive se manifestaient sous forme de poussées et de rémissions, avec une traduction immédiate sur les limitations fonctionnelles ; ceci expliquait en partie les différences qui avaient prévalu dans l'analyse neuropsychologique effectuée à deux temps différents, appréciations ponctuelles à deux instants qui ne reflétaient en rien l'évolution de la maladie ; depuis 2016, la recourante était uniquement chargée des activités de routine, ne pouvait plus prendre que des procès-verbaux limités à des séances internes et nécessitait un temps prolongé pour les rédiger compte tenu de la diminution de la mobilité de ses doigts ; la fatigabilité l'obligeait à aménager son travail avec des horaires restreints au matin et son rendement était limité ; ]>[if> - un courrier de son employeur daté du 4 novembre 2016, relevant que la recourante n'avait plus pu réellement faire face à une activité à 100% dès 2011 car elle était fréquemment en arrêt maladie à 50% ; la recourante avait bénéficié de droits acquis en raison de son ancienneté et son poste avait été fortement adapté ; elle n'accomplissait désormais que des tâches de secrétariat ; elle avait perdu de la dextérité en dactylographie et la durée des activités était réduite en raison des douleurs articulaires ; elle se fatiguait rapidement et rencontrait des problèmes de concentration et de mémoire depuis l'apparition de la polyarthrite rhumatoïde ; elle ne parvenait plus à se concentrer suffisamment pour suivre un dossier, à rédiger un texte quelque peu complexe, organiser des séances dont les participants seraient plus nombreux et externes, à effectuer des tâches impliquant de mémoriser un certain nombre d'éléments et d'en assumer le suivi ; étaient constatés des oublis et de la confusion, et maints supports étaient nécessaires pour éviter les manquements ce qui entraînait une lenteur dans l'exécution des missions ; en outre, le rendement de la recourante fluctuait d'un jour à l'autre ; en fin de matinée, les difficultés de mémoire et de concentration étaient accentuées par la fatigue ; ainsi, la recourante n'était plus à même de remplir les tâches incombant à une assistante de direction, ni de travailler à plus de 50%. ]>[if> 33. Dans sa réponse du 15 décembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision

entreprise. Il a considéré qu'il était légitimé à se fonder sur le rapport d'expertise de la PMU dont les diagnostics étaient clairs et les conclusions motivées, exemptes de contradiction. Il a rappelé que d'un point de vue neuropsychologique, les déficits étaient moins sévères que lors de l'expertise du 20 mars 2012. Sur le plan rhumatologique, compte tenu de l'aménagement du poste de travail, la capacité de travail médico-théorique était de 80%, et aucune incapacité de travail n'était retenue sur le plan psychiatrique. Dès lors, il convenait de retenir que la recourante disposait d'une capacité de travail de 50% dès le 17 mai 2011 et de 60% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015 au vu de l'amélioration neuropsychologique. La recourante ne faisait valoir aucun élément objectivement vérifiable ayant été ignoré dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinent pour en remettre en question les conclusions. Les nouvelles pièces médicales produites n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de remettre en question les dernières conclusions du SMR qui demeuraient valables.!

!> L'intimé a communiqué un rapport de la doctoresse W\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, daté du 29 novembre 2016 et confirmant les conclusions du SMR du 18 mai 2015. Elle a souligné que, contrairement à ce qui était indiqué dans le rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_, les experts avaient tenu compte du syndrome de Sjögren, notamment dans le récapitulatif des affections, le recueil des plaintes et lors de l'anamnèse. Ce syndrome était purement anamnestique et secondaire à la polyarthrite rhumatoïde et ses répercussions se manifestaient par une limitation du port de verres de contact. Aucune complication n'était mentionnée et ce syndrome se traitait de façon symptomatique, notamment par l'administration de larmes artificielles oculaires et des soins buccaux. L'expertise ne mentionnait pas de tels traitements et la recourante bénéficiait d'un traitement biologique d'Orencia qui était potentiellement efficace sur ce syndrome. S'agissant de la fatigue associée au syndrome sec, elle se confondait avec celle engendrée par la polyarthrite. Elle était considérée d'origine multifactorielle par les experts qui en avaient largement tenu compte dans la diminution de rendement retenue. L'appréciation différente du médecin traitant concernant la capacité de travail résiduelle n'était soutenue par l'apport d'aucun élément objectif nouveau. Quant au rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2016, il ne contenait aucun fait médical nouveau ou qui aurait été ignoré et l'accent était mis sur la dimension subjective des troubles, dont il avait été tenu compte dans l'appréciation de la capacité de travail résiduelle. La capacité de travail de 60% concernait l'activité habituelle aménagée telle qu'exercée actuellement ou tout autre activité adaptée, étant précisé qu'une activité de secrétaire de direction comprenant des tâches complexes n'était pas adaptée. 34. En date du 31 janvier 2017, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a notamment relevé que l'avis du Dr G\_\_\_\_\_, lequel n'était pas son médecin traitant, était objectif et tenait compte de manière concrète des conséquences de l'atteinte à la santé sur l'activité professionnelle. En outre l'avis de son directeur n'avait pas été pris en considération par l'intimé. !> 35. Copie de cette écriture a été communiquée à l'intimé le 3 février 2017.!

!> 36. Sur ce, la cause a été gardée à juger.!

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

!> 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). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1<sup>er</sup> janvier 2004, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. ![endif]>![if> 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 466 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 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications de la LAI, 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).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).![endif]>![if> 5. Au vu des conclusions du recours, le litige porte uniquement sur le degré d'invalidité de la recourante à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015, plus particulièrement sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a réduit, dès cette date, la demi-rente accordée à compter du 1<sup>er</sup> mai 2012 à un quart de rente.![endif]>![if> 6. 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'art. 17 LPGA. ![endif]>![if> L'art. 17 al. 1 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). 7. 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).>[if> 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). 8. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.>[if> 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). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). 9. 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).>[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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération

les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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 des assurances 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). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé

(influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). 10. Lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie qui évolue par poussées, il convient d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte notamment de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'est pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation ; celle-ci doit bien au contraire tracer de manière précise l'évolution - passée et future - de la capacité de travail. À cet égard, le médecin doit examiner l'évolution temporelle de la capacité de travail, en tenant compte, eu égard à l'évolution fluctuante de la maladie, aussi bien des phases actives que des phases moins actives de celle-ci. En d'autres termes, il doit se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_153/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.2, 3.3 et 3.4). 11. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en

considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 3.2).<sup>12</sup> 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).<sup>13</sup> En l'espèce, l'intimé considère, sur la base de l'avis du SRM du 18 mai 2016, lui-même fondé sur les conclusions du rapport d'expertise de la PMU du 1<sup>er</sup> décembre 2015, que la capacité de travail de la recourante a été de 50% dès le 17 mai 2011 et est de 60% depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2015, dans toute activité tenant compte des limitations fonctionnelles décrites dans le rapport d'expertise.<sup>14</sup> La recourante quant à elle conteste cette appréciation et soutient qu'elle n'est pas apte à travailler à plus de 50%, comme en attestent ses médecins traitants et le service médical de son employeur. Elle reproche notamment aux experts d'avoir omis de tenir compte du syndrome de Sjögren, lequel entraîne des répercussions sur sa capacité de travail, et d'une diminution de rendement alors qu'elle est lente dans l'exécution des tâches confiées, présente des troubles de la mémoire, souffre d'une perte de mobilité des doigts et d'une fatigabilité intense.<sup>15</sup> Il convient dès lors d'examiner la valeur probante du rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2015.<sup>16</sup> Ce document est basé sur le dossier de l'intimé, ainsi que sur un examen de médecine interne, un consilium en neuropsychologie, un consilium en rhumatologie et un consilium en psychiatrie, puis une synthèse pluridisciplinaire entre les experts signataires. Chaque spécialiste a présenté une anamnèse détaillée et relaté les plaintes de la recourante, avant de présenter les résultats de ses propres observations. Le rapport remplit donc a priori les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une valeur probante.<sup>17</sup> La chambre de céans constate cependant qu'il existe de nombreux indices concrets permettant de douter du bien-fondé de ses conclusions.<sup>18</sup> a. En ce qui concerne tout d'abord les diagnostics, il est établi que la recourante souffre de polyarthrite rhumatoïde, soit un rhumatisme inflammatoire chronique caractérisé par une inflammation des articulations et qui évolue par poussées.<sup>19</sup> Les experts ont exposé qu'il n'y avait pas d'activité de la polyarthrite rhumatoïde mise en évidence. Lors des auscultations réalisées par le rhumatologue et par l'interniste, ils n'avaient pas relevé de limitations fonctionnelles articulaires. Les radiographies des mains et des pieds et l'examen ultrasonographique fonctionnel réalisés en mai 2015 n'avaient pas montré d'atteinte en faveur d'une arthropathie inflammatoire active et il n'y avait pas d'activité inflammatoire humorale d'après le dernier bilan sanguin de juin 2015. Ils ont ainsi estimé que l'atteinte était bien contrôlée sous traitement biologique, sans activité inflammatoire. Ces constatations ne tiennent toutefois pas compte de la particularité de la maladie, évolutive et qui progresse par poussées. Les experts n'ont notamment livré aucune indication sur la persistance de telles poussées et, cas échéant, sur leur fréquence et leur intensité. Ils n'ont pas non plus cherché à déterminer si et à quels intervalles des activités inflammatoires avaient été constatées, étant relevé que les pièces du dossier sont contradictoires à ce propos. En effet, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que les signes inflammatoires avaient disparu

(rapport du 16 juin 2011), alors que le Dr B\_\_\_\_\_ a noté la persistance des arthrites (rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2011) et que la Dresse K\_\_\_\_\_ a affirmé qu'il n'y avait jamais eu de syndrome inflammatoire (rapport du 16 août 2012). Partant, le rapport d'expertise ne permet pas de tirer des conclusions sur les éventuelles fluctuations de l'affection dont souffre la recourante et sur les limitations fonctionnelles qui pourraient intervenir en cas de poussées. b. En outre, les signataires du rapport ont relevé que les pièces du dossier faisaient état d'éléments en faveur d'une fibromyalgie et l'expert en rhumatologie a signalé « la notion de fibromyalgie et de fatigue chronique » (rapport d'expertise p. 11). Si les experts ont constaté des douleurs à la palpation des articulations, ils n'ont toutefois pas vérifié les points de fibromyalgie et n'ont pas exclu ou confirmé ce diagnostic. Or, il est rappelé que la Dresse K\_\_\_\_\_ a signalé une telle maladie (rapport du 16 août 2012), sans toutefois la confirmer dans ses rapports ultérieurs. Le Prof. M\_\_\_\_\_ a relevé la présence d'éléments en faveur d'une telle atteinte, sans la confirmer (rapport du 27 août 2012) et les examinateurs du SMR ont omis de vérifier si ce diagnostic pouvait être posé (rapport du 16 janvier 2013), bien qu'ils aient indiqué par la suite que la fatigue pouvait être mise en relation avec la fibromyalgie, semblant ainsi admettre son existence (avis du Dr O\_\_\_\_\_ du 5 juillet 2013). Compte tenu de ces éléments, la chambre de céans avait relevé, dans son arrêt du 10 février 2014, qu'il n'était pas possible de déterminer si la recourante présentait effectivement cette atteinte et, cas échéant, si elle avait des répercussions sur la capacité de travail ( ATAS/169/2014 consid. 10). Il sera encore relevé que la recourante présente plusieurs symptômes associés à cette pathologie, dont un état de fatigue intense et persistant, des difficultés de concentration ou encore un dérouillage matinal. En outre, il semblerait qu'elle présente des troubles digestifs fonctionnels puisqu'elle prend quotidiennement un sachet d'Importal et a relaté une tendance à la constipation de longue date (rapport d'expertise p. 8 et 9). c. Les experts n'ont pas mentionné, dans la liste des diagnostics retenus, le syndrome de Sjögren, quand bien même ils ne l'ont pas remis en cause et l'ont relevé dans l'anamnèse respiratoire (rapport d'expertise p. 8). Le SMR a estimé que ce syndrome était purement anamnestique et secondaire à la polyarthrite rhumatoïde et se manifestait par une limitation du port des verres de contact, et que la fatigue associée se confondait avec celle engendrée par la polyarthrite (avis de la Dresse W\_\_\_\_\_ du 29 novembre 2016). Une telle argumentation ne convainc pas. En effet, le Prof. M\_\_\_\_\_ et la Dresse K\_\_\_\_\_ n'ont pas pu déterminer si ce syndrome était primaire ou secondaire à la polyarthrite rhumatoïde (cf. rapports du 27 août 2012, respectivement du 29 avril 2013). En outre, le syndrome de Sjögren est souvent accompagné d'états de fatigue très importants et résistants au traitement (rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2016) et peut être mis en relation avec des troubles neurologiques et neuropsychologiques (rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 11 décembre 2012). Il était donc essentiel de procéder à des investigations complémentaires afin de déterminer si un syndrome de Sjögren et une fibromyalgie accompagnaient effectivement la polyarthrite rhumatoïde, et si des restrictions complémentaires ayant une influence sur la capacité de travail de la recourante devaient être retenues. d. En ce qui concerne la fatigue chronique et les troubles neuropsychologiques, les experts ont expliqué dans leur complément d'expertise qu'il existait un lien entre ces deux diagnostics. Ils ont considéré que la polyarthrite rhumatoïde et les traitements de fonds pouvaient « expliquer en partie la présence de fatigue », mais que l'importance et « la sévérité de ce symptôme » n'était « pas quantifiable et certainement pas expliquée entièrement par cela » (rapport d'expertise p. 19). Cette appréciation ne saurait en l'état être suivie puisque deux diagnostics pouvant avoir une influence importante sur la fatigue et les

troubles neuropsychiques ont été évoqués par les médecins traitants de la recourante, sans être analysés par les experts. 17. a. En ce qui concerne la capacité de travail, les experts ont conclu que la recourante était apte à exercer sa fonction, avec les aménagements consentis par l'employeur, à 50% dès le 17 mai 2011 et à 60% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015, au motif que les résultats des tests neuropsychologiques réalisés dans le cadre de leur expertise étaient meilleurs que ceux effectués en 2012, lesquels permettaient de retenir une capacité de travail de 50%. [endif]>![if> L'argumentation des experts quant à l'amélioration de l'état de santé de la recourante et de sa capacité de travail au 1<sup>er</sup> octobre 2015 est essentiellement fondée sur la comparaison des tests neuropsychologiques de 2012 et de 2015. Leur évaluation est donc le reflet de deux moments instantanés, ce qui n'est pas suffisant au regard de la jurisprudence déjà citée. b. En outre, la motivation des experts quant à la capacité de travail est pour le moins confuse et vague. D'une part, ils semblent avoir déterminé la capacité de travail au jour de leur examen sur la base de celle retenue en 2012 puisqu'ils ont indiqué : « Au vu d'une amélioration objective des tests neuropsychologiques entre l'examen de 2012 et notre examen actuel, il nous paraît raisonnable d'admettre une capacité de travail de 60% » (rapport d'expertise p. 21) ; « Depuis notre expertise, nous estimons que la capacité de travail dans une activité adaptée est de 60% au vu de l'amélioration des tests neuropsychologiques » (rapport d'expertise p. 22). D'autre part, ils paraissent arrêter la capacité de travail en 2012 par comparaison avec celle de 2015 : « Étant donné que par rapport à ceux de 2012, les valeurs sont meilleures, on estime rétrospectivement que la capacité de travail était plutôt de 50% en 2012 » (complément d'expertise du 22 mars 2016). Enfin, les experts ont mentionné que l'état était « stationnaire » sur le plan rhumatologique et qu'il y avait une « légère amélioration » du point de vue neuropsychologique. Ils ont conclu à une « très légère amélioration, mais globalement l'état de santé est assez stationnaire » (complément d'expertise du 22 mars 2016). Cette évaluation ne semble pas propre à justifier une amélioration de la capacité de travail de l'ordre de 10%. c. À toutes fins utiles, la chambre de céans relèvera encore que l'estimation globale des experts à l'issue de leur colloque se confond avec celle établie par la spécialiste en neuropsychologie, laquelle a retenu que l'activité en tant que secrétaire dont le cahier des charges avait été adapté et dans le contexte professionnel actuel bienveillant était exigible à 60%, sur le plan neuropsychologique strict. C'est dire qu'une capacité de travail totale de 60% ne prend pas en considération les limitations fonctionnelles résultant du diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, dont la nécessité d'alterner les positions, d'éviter les positions debout prolongées, la marche prolongée et la nécessité d'un rendement en dactylographie, ainsi que la contre-indication du port de charges de plus de 5 kg et des travaux lourds (rapport d'expertise p. 23). Il est rappelé à ce propos que le Dr U \_\_\_\_\_ a retenu que la capacité de travail de la recourante était, sur le plan rhumatologique strict, de 80% dans une activité adaptée respectant les restrictions. C'est encore le lieu de relever qu'il est surprenant que les conclusions relatives à la capacité de travail globale aient été discutées dans le cadre d'un colloque de « synthèse multidisciplinaire », en l'absence des deux spécialistes ayant retenu dans leurs champs d'activité propres des diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. En définitive, le « colloque multidisciplinaire » n'a en réalité réuni que deux spécialistes en médecine interne, abstraction faite de la psychiatre, laquelle n'a diagnostiqué aucune atteinte à la santé. 18. Dans la mesure où les conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGA s'appliquent à la décision par laquelle une rente échelonnée ou limitée dans le temps est accordée à la personne assurée, la modification du droit à la rente suppose une

modification des circonstances, soit une amélioration de l'atteinte à la santé susceptible de rétablir la capacité de gain. En l'occurrence, le rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> décembre 2015 est entaché de nombreuses lacunes et aucune valeur probante ne saurait lui être reconnue. Ce document ne permet donc pas de considérer comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une amélioration au sens de l'art. 17 LPGA est véritablement intervenue au 1<sup>er</sup> octobre 2015. Quant aux autres pièces produites dans le cadre de la procédure, elles ne font pas état d'un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité de la recourante. Au contraire, les rhumatologues qui suivent ou ont suivi la recourante ont unanimement fixé sa capacité de travail à 50%, sans variation de ce taux (cf. rapports du Dr F\_\_\_\_\_ du 14 avril 2011, du Dr B\_\_\_\_\_ des 12 août et 1<sup>er</sup> novembre 2011, de la Dresse K\_\_\_\_\_ des 29 avril 2013 et 30 septembre 2016). Leur appréciation est confirmée par les médecins du service de santé de l'employeur (cf. rapports du Dr H\_\_\_\_\_ du 16 juin 2011 et du Dr G\_\_\_\_\_ des 14 septembre 2012, 22 avril 2013 et 26 octobre 2016), ainsi que par les observations du supérieur hiérarchique de la recourante. Le Dr G\_\_\_\_\_ a exposé que la recourante présentait une diminution importante de la mobilité de ses doigts et a fait état d'une diminution de la concentration, d'une lenteur d'exécution et de troubles de la concentration. Compte tenu de la fatigabilité, la recourante devait aménager son travail et restreindre ses horaires à la matinée (courrier du 26 octobre 2016).

19. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le taux d'invalidité de la recourante aurait subi une modification notable à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015.

20. Partant, le recours sera admis et la décision du 23 septembre 2016 annulée en ce qu'elle réduit la demi-rente accordée à partir du 1<sup>er</sup> mai 2012 à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2015.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; 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<sup>er</sup> 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 200.-.

**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.