

## **GE\_GERICHTE A/4434/2016 vom 12. Dezember 2017**

GE Cour de justice, 2017-12-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4434\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4434_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/4434/2016 du 12 décembre 2017

IT: GE\_GERICHTE A/4434/2016 del 12 dicembre 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT 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 ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1966, céramiste de formation, a travaillé en tant que nettoyeuse et blanchisseuse auprès de divers employeurs depuis son arrivée en Suisse le 19 avril 2007. Elle occupait, depuis le 22 juillet 2010, un poste d'employée d'entretien auprès de B\_\_\_\_\_ SA à raison de trente heures par semaine, jusqu'à la fin de son contrat au 31 octobre 2012. Inscrite au chômage depuis lors, elle a été réengagée le 4 décembre 2012 par le même employeur à raison de dix heures par semaine. En incapacité de travail totale depuis le 7 mai 2013, elle a été licenciée avec effet au 31 décembre 2013. 2. Selon un rapport « évaluation métier » du 4 avril 2013 des Etablissements publics pour l'intégration (EPI), l'assurée avait suivi un stage d'orientation professionnelle dans leurs locaux du 11 février au 8 mars 2013, sur mandat de l'office cantonal de l'emploi. Après quelques tests en atelier, les EPI avaient noté qu'elle avait fait la démonstration de ses capacités manuelles et digitales au poste de poterie en sachant maîtriser sa force manuelle, travailler avec douceur tout en ayant un bon coup d'œil et un geste sûr. C'étaient là des qualités maîtresses pour opérer en horlogerie. D'un point de vue physique, elle avait cherché à travailler le plus souvent possible en position assise au poste de poterie et avait eu rapidement mal à son genou et au dos en position debout. Au poste d'horlogerie, elle n'avait eu aucune peine à rester assise avec les épaules en extension et n'avait ressenti aucune douleur aux hanches. Elle avait intégré parfaitement les différentes sensations tactiles, manipulé les outils (pince, tournevis) avec délicatesse, ce qui lui avait permis de se concentrer sur l'ajustement des composants horlogers. En revanche, se disant fatiguée, elle avait eu des difficultés à maintenir son rythme après la pause de midi. En conclusion, les EPI ont proposé de permettre à l'assurée de suivre une formation complète d'opératrice en horlogerie en trois modules de six mois, ainsi qu'un cours de français. 3. Le 23 octobre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en précisant qu'elle souffrait d'une arthrose acromio-claviculaire droite, d'une tendinopathie sus-épineuse droite et d'une cirrhose hépatique. 4. Dans un rapport du 12 novembre 2013 à l'OAI, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué que les affections entraînant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée consistaient en une tendinopathie sus-épineuse gauche (sic), une arthrose acromio-claviculaire gauche (sic), un état dépressif réactionnel et une cirrhose hépatique. L'assurée portait également une prothèse totale de la hanche, souffrait de coxarthrose, d'une hypothyroïdie substituée et d'une rhino-sinusite mais ces diagnostics étaient sans effet sur la capacité de travail.

!endif]>![if> Dans sa profession habituelle de nettoyeuse, la capacité de travail de l'assurée était nulle du 16 juin 2013 à ce jour en raison de douleurs à la mobilisation de l'épaule et d'un état dépressif. Ces restrictions se manifestaient par une impossibilité de lever le bras gauche, de la fatigue, de la fatigabilité et un manque d'entrain. D'un point de vue médical, l'activité de nettoyeuse n'était plus exigible. Interrogé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué en substance que l'assurée pouvait exercer une activité épargnant le bras gauche (pas de travail les bras au-dessus de la tête, ni de port/soulèvement de charges), à un taux compris entre 40 % et 50%. 5. Le 12 mars 2014, à la suite d'un entretien avec l'assurée qui avait eu lieu le même jour, l'OAI a noté dans un rapport d'évaluation qu'elle souffrait de douleurs lombaires bilatérales qu'elle attribuait à sa prothèse de la hanche droite. La station debout statique était limitée à environ quinze minutes et la station assise statique à trente minutes environ. Il était nécessaire d'alterner les positions assis/debout et la marche était limitée à quinze minutes. Elle souffrait également de douleurs à l'épaule droite (chez une droitrière). Ainsi, elle ne pouvait pas lever le bras à plus de 90°, ni accomplir, avec celui-ci, des efforts ou mouvements répétitifs. Elle ne pouvait notamment pas nettoyer les vitres ni passer l'aspirateur. Sur le plan psychique, elle souffrait d'une importante dépression qui se manifestait par de la fatigue, des troubles du sommeil, des pleurs quotidiens, une perte de motivation et d'appétit, des difficultés à réfléchir ainsi qu'une tendance à l'isolement et à l'impulsivité. !endif]>![if> 6. Dans un rapport du 25 avril 2014, le docteur C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, sans changement dans les diagnostics. La capacité de travail était nulle dans toute activité. !endif]>![if> 7. Le 24 mai 2014, le docteur D\_\_\_\_\_, psychiatre, a fait parvenir un rapport à l'OAI, aux termes duquel l'assurée souffrait d'un épisode dépressif moyen (F32.1) dont les symptômes étaient en lien avec un deuil (décès de sa compagne en août 2013) et se manifestaient par des troubles du sommeil, une humeur dépressive, de la fatigue et de l'anxiété. D'un point de vue psychique, le pronostic était bon et la psychothérapie donnait de bons résultats. Il n'existait pas d'incapacité de travail sur le plan psychique, ni de diminution de rendement. !endif]>![if> 8. Par communication du 18 juin 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un coaching auprès de Madame E\_\_\_\_\_, du 16 mai au 30 juin 2014, dans l'optique de la soutenir et de l'accompagner dans ses démarches de réinsertion. !endif]>![if> 9. Le 1 er juillet 2014, Mme E\_\_\_\_\_ a contacté la gestionnaire du dossier auprès de l'OAI pour l'informer que l'assurée ne possédait pas à ce jour les ressources pour s'inscrire dans une démarche de réinsertion en raison d'une situation administrative inquiétante (tendance à la procrastination, primes d'assurance-maladie impayées, etc.). Aussi proposait-elle plutôt un travail de développement de stratégie en vue d'une autonomisation dans les démarches administratives, point préalable à toute réinsertion. !endif]>![if> 10. Dans un rapport du 4 juillet 2014, Mme E\_\_\_\_\_ a précisé que si le but principal était de soutenir l'assurée dans une démarche de reprise du travail, le mandat qui lui avait été confié était bien loin de la cible et permettait au mieux de faire en sorte que sa situation ne décline pas plus encore « sur des aspects très pratiques ». En définitive, l'assurée ne pouvait pas être réinsérée dans quelque activité que ce soit. Mme E\_\_\_\_\_ avait constaté des limites à la fois physiques (intolérance à la position assise au bout d'une heure d'entretien) mais aussi cognitives (peu de concentration, difficultés de compréhension, absences). Selon ce coach, il était primordial que l'assurée entende des consignes simples, une à une, et vérifie ensuite ce qu'elle avait compris. À ce stade, elle n'était pas encore en mesure d'être intégrée dans un

atelier protégé et encore moins dans l'économie. ![endif]>![if> 11. Dans un rapport du 7 juillet 2014, la doctoresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, a indiqué que l'assurée souffrait d'arthropathie acromio-claviculaire et d'une lésion des rotateurs supérieure transfixiante à l'épaule droite, avec une nette péjoration depuis mai 2013. Ces diagnostics entraînaient une incapacité de travail totale dans sa profession habituelle et se manifestaient par une incapacité à porter des charges moyennes et lourdes et à réaliser des activités bi-manuelles répétées. En revanche, l'assurée pouvait exercer une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant pas de devoir travailler les bras au-dessus de la tête, soulever/porter des charges de plus de 5 kg, monter sur une échelle ou un échafaudage ou un travail répété des deux mains.![endif]>![if> 12. Par communication du 23 juillet 2014, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait examiné, suite aux mesures d'intervention précoce, la possibilité de mettre en place des mesures d'ordre professionnel. Celles-ci n'étaient actuellement pas indiquées mais l'instruction du dossier se poursuivait dans le but de déterminer si l'assurée remplissait les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité.![endif]>![if> 13. Par avis du 29 juillet 2014, la doctoresse G\_\_\_\_\_, médecin SMR, a considéré que s'il paraissait justifié de reconnaître une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le mois de mai 2013 en lien avec l'atteinte à l'épaule droite, il fallait à présent interroger les Drs F\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ non seulement au sujet du traitement et de l'évolution clinique de cette épaule après une prise en charge adaptée, mais aussi sur le pronostic, les limitations fonctionnelles ainsi que la capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. ![endif]>![if> 14. Dans un rapport du 7 août 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que le docteur H\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, avait été sollicité pour un avis au printemps 2014 mais que ce dernier avait écarté la nécessité d'une intervention chirurgicale. Selon le Dr C\_\_\_\_\_, l'atteinte de l'épaule évoluait défavorablement et le pronostic était réservé. Les limitations fonctionnelles prenaient la forme d'amplitudes articulaires diminuées et douloureuses et d'une mobilisation provoquant une douleur aiguë. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais aussi dans une activité adaptée « eu égard aux autres diagnostics que vous connaissez ».![endif]>![if> 15. Le 13 août 2014, la Dresse F\_\_\_\_\_ a mentionné pour sa part qu'en l'absence d'indication opératoire, un traitement conservateur était préconisé, comportant des séances de physiothérapie et d'auto-rééducation, ainsi qu'une médication antalgique. Le pronostic était défavorable au vu de l'évolution objectivée jusqu'à présent et des lésions osseuses. Sur le plan des limitations fonctionnelles, la mobilisation était douloureuse dans les mouvements dépassant le plan de l'horizontale, même avec une charge légère. Il existait également un déficit modéré de la force musculaire globale de la ceinture scapulaire gauche. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Actuellement, elle l'était également dans une activité adaptée. ![endif]>![if> 16. Le 5 mars 2015, l'OAI a demandé à une enquêtrice d'effectuer une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée et de collecter des informations sur le taux d'activité qui aurait été le sien sans atteinte à la santé.![endif]>![if> 17. Le 27 avril 2015, deux enquêtrices se sont rendues à l'appartement que l'assurée occupait avec sa mère.![endif]>![if> Entendue par les enquêtrices, l'assurée a déclaré que sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi son activité à 80 % ou 100 % pour subvenir à ses besoins ainsi qu'à ceux de sa mère dont elle avait la charge. 18. Par avis du 19 juin 2015, la doctoresse I\_\_\_\_\_, médecin SMR, a indiqué qu'elle s'était entretenue au téléphone le jour même avec le Dr C\_\_\_\_\_. Celui-ci considérait que la capacité de travail était définitivement nulle dans son activité habituelle depuis 2013 en raison des atteintes incapacitantes

suivantes :  
- limitations fonctionnelles des membres supérieurs sur rupture de la coiffe des rotateurs et arthrose acromio-claviculaire sévère à gauche et tendinopathie de la coiffe des rotateurs à droite ;  
- coxarthrose avec status post prothèse totale de la hanche ;  
- fatigabilité sur syndrome d'apnée du sommeil sévère (appareillé actuellement avec un bon résultat) ;  
- cirrhose d'origine indéterminée ;  
- ostéoporose ;  
- obésité (BME 38).  
Selon le Dr C\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail s'était prolongée en raison d'une évolution qui s'était avérée très lente au niveau des épaules essentiellement. Le tout s'était compliqué, en 2015, par un syndrome d'apnée du sommeil (SAS sévère) dont l'appareillage avait passablement amélioré la fatigue/somnolence diurne. Il estimait que dès le mois de mai 2015, la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dans un poste adapté du fait des nombreuses limitations fonctionnelles liées aux comorbidités (valeur cumulative). Sur la base de ces éléments, la Dresse I\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle adhérait aux conclusions du Dr C\_\_\_\_\_ en précisant que le début de la longue maladie remontait au 7 mai 2013 et le début de l'aptitude à la réadaptation à mai 2015. Depuis lors, il existait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire privilégiant un poste sédentaire ou semi-sédentaire où l'assurée puisse changer de position à sa guise, évitant le port de charges, la marche en terrain irrégulier, les activités en position accroupie, à genoux ou en porte-à-faux du rachis ainsi que les activités impliquant la position des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale et des gestes de force avec les membres supérieurs. 19. Dans une note du 24 juin 2015, le gestionnaire du dossier a considéré qu'il convenait de reconnaître à l'assurée un statut de personne active, motif pris qu'elle avait travaillé à 100 % en 2011 et 2012 et qu'elle s'était inscrite à 100 % au chômage en novembre 2012. Ayant perdu sa compagne en août 2013 « et donc le revenu principal », l'assurée devait travailler à 100 % pour faire face à ses charges. Sa mère était venue vivre en Suisse pour aider sa fille. Pour cette raison, l'assurée devait subvenir aux besoins des deux et donc avoir un revenu à 100 %.  
20. Le 17 juillet 2015, l'OAI a confié un mandat de réadaptation de l'assurée à un de ses collaborateurs en précisant que le droit aux mesures d'ordre professionnel était valable dès mai 2015.  
21. Par courrier du 29 août 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI que le dossier médical de l'assurée n'avait plus été mis à jour depuis l'été 2014, raison pour laquelle il souhaitait faire part des récentes découvertes et évolutions. Il avait noté, depuis le début de l'année 2015, une exacerbation constante des douleurs articulaires dans le cadre de sa maladie arthrosique diffuse, touchant la colonne vertébrale, ainsi que des articulations extra-axiales (épaules, bras, hanches). De plus, un état dépressif majeur s'était clairement développé depuis ce printemps. Ce trouble faisait actuellement l'objet d'une prise en charge psychiatrique.  
22. Par courriel du 22 octobre 2015 à l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_ a rappelé les informations communiquées le 29 août 2015 en ajoutant qu'il existait une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche nouvelle. De plus, l'assurée était connue également pour une hypothyroïdie. Dans ce contexte, sa capacité de travail paraissait nulle.  
23. Reçue le 29 octobre 2015 en entretien de réadaptation professionnelle, l'assurée a estimé qu'elle était totalement incapable de travailler ou de suivre une mesure d'ordre professionnel. Les douleurs aux épaules (gauche et droite) étaient très importantes et en augmentation progressive depuis l'année 2015. La nuque était bloquée, de même que les vertèbres lombaires et cervicales, qui n'étaient plus fonctionnelles. Psychiquement, son état s'était péjoré depuis le début de l'année 2015.  
24. Dans un rapport du 9 novembre 2015 à l'OAI, le Dr

D\_\_\_\_\_ a indiqué que la demande AI avait été motivée par des douleurs somatiques qui étaient traitées par le Dr C\_\_\_\_\_. Pour sa part, le Dr J\_\_\_\_\_ a estimé qu'actuellement, le status psychiatrique de l'assurée était globalement superposable à ce qu'il était depuis 2014, avec une dépression moyenne qui perdurait en raison de l'inquiétude sur son avenir économique, d'autres soucis de santé physique ainsi que sa situation familiale. Compte tenu d'une augmentation des douleurs, le traitement antidépresseur avait été adapté (changement de médicament). Globalement, l'assurée n'allait pas mieux et avait même vécu des instabilités d'humeur ces derniers mois. La question de la douleur physique semblait être toujours au premier plan. ]> 25. Par courrier du 16 novembre 2015 à l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il existait, d'un point de vue somatique, une maladie arthrosique majeure par rapport à l'âge de l'assurée, avec notamment déjà une prothèse de hanche en place, touchant actuellement essentiellement les deux épaules et compliquée de tendinopathies chroniques de la coiffe des rotateurs. Ceci nécessitait une antalgie importante par AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) et dérivés morphiniques. Comme indiqué précédemment, l'assurée était déjà connue pour une cirrhose hépatique d'origine indéterminée, ainsi qu'un syndrome des apnées obstructives du sommeil appareillé. Dans ce contexte pathologique, auquel s'ajoutaient des difficultés socio-économiques majeures, la capacité de travail lui semblait nulle. ]> En vue d'étayer ses propos, le Dr C\_\_\_\_\_ a joint à son envoi : - un rapport du 16 octobre 2015 du docteur K\_\_\_\_\_, radiologue FMH, consécutif à des radiographies de l'épaule gauche effectuées le 15 octobre 2015. Selon ce médecin, il existait une déformation importante de la surface du trochiter d'allure ancienne et bénigne et un acromion crochu entraînant vraisemblablement un conflit mécanique. Pour le surplus, un examen échographique paraissait utile pour mieux cerner l'état du sus-épineux ; ]> - un rapport du 16 octobre 2015 du docteur L\_\_\_\_\_, radiologue FMH, relatif à une échographie de l'épaule gauche pratiquée le 15 octobre 2015. Il en ressortait que l'espace sous-acromial était complètement pincé. Cependant, la bourse était calme, sans tuméfaction ni épanchement. Le sus-épineux présentait des séquelles d'une ancienne rupture. Il avait complètement disparu et le muscle était atrophié en amont. En conclusion, il existait des séquelles d'un conflit chronique sous-acromial, une arthrose acromio-claviculaire et gléno-humérale, surtout humérale. Le long chef était en place, encore intact ; ]> - un rapport du docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie, relatant une polysomnographie pratiquée le 31 mars 2015. Cet examen avait confirmé un syndrome d'apnées obstructives du sommeil d'un degré modéré (sévère en position dorsale ou durant les stades REM) et révélé une mauvaise efficacité du sommeil, évidente ; ]> - un rapport relatif à une arthro-IRM de l'épaule droite, réalisée le 18 février 2014 par le docteur M\_\_\_\_\_, radiologue FMH, concluant à une fissuration longitudinale et transverse de l'insertion distale des deux supra-épineux avec passage du produit de contraste au niveau de la bourse sous-acromio-deltoïdienne, vraisemblablement en relation avec une arthrose acromio-claviculaire modérée à sévère ; ]> - un rapport du 10 juillet 2013 du docteur N\_\_\_\_\_, radiologue FMH, concernant des radiographies du bassin et de la hanche gauche effectuées le 4 juillet 2013. Selon ce médecin, il existait une iléite condensante droite banale, d'origine postpartum probable, une prothèse totale de la hanche droite, sans anomalie et une coxarthrose gauche modérée à tendance protrusive ; ]> - une échographie de l'abdomen du 4 juillet 2013, réalisée par le Dr L\_\_\_\_\_. Selon ce dernier, il existait une discrète hépatomégalie, sans splénomégalie, et d'importants remaniements principalement stéatosiques du foie ainsi

qu'une fibrose centrale droite et gauche. En revanche, il n'y avait pas de lithiase biliaire associée. 26. Par avis du 18 novembre 2015, le docteur O\_\_\_\_\_, médecin SMR, a considéré que le Dr C\_\_\_\_\_ restait très vague « dans son rapport ». Celui-ci ne comportait pas non plus d'explications ni de bonne anamnèse. 27. Dans un rapport du 29 avril 2016, le chargé de réadaptation de l'OAI a estimé qu'au vu du positionnement de l'assurée – qui estimait ne pas être en mesure de travailler ou de suivre une mesure d'ordre professionnel – et de sa capacité de gain précédant l'atteinte, il n'était pas pertinent de mettre sur pied des mesures professionnelles dès lors que ces dernières ne réduiraient pas le dommage. En conséquence, il était possible de se contenter d'évaluer l'invalidité en l'état. S'agissant du revenu avec invalidité, l'OAI a estimé que l'appréciation portée par le coach (Mme E\_\_\_\_\_) et l'assurée elle-même ne constituaient pas des éléments médicaux. Or, sur ce plan, il était admis que l'assurée était capable d'assumer une activité adaptée à 50 %. Dans l'hypothèse d'un marché du travail équilibré, elle pouvait mettre à profit sa capacité de travail résiduelle dans une activité simple et répétitive, nécessitant tout au plus une formation pratique en emploi et n'impliquant pas de connaissances professionnelles approfondies. Il pouvait s'agir, par exemple, d'une activité de contrôle qualité en petite mécanique, de conditionnement léger ou encore de surveillante de cantines scolaires. Il convenait de relever à cet égard que lors de son stage réalisé aux EPI en 2013, elle avait déclaré « très bien supporter la position particulière de l'opératrice à l'établi horloger ». Néanmoins, en l'absence de cibles professionnelles concrètes, il y avait lieu de déterminer le revenu sans invalidité : en prenant pour base le salaire résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires en 2014 (ESS 2014), indexé à 2015, année prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité, l'assurée était en mesure de réaliser un revenu mensuel de CHF 4'300.- (tableau TA 1, secteur privé, ligne « total », activité de niveau 1 pour une femme), soit CHF 51'600.- par an. En tenant compte d'une durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures, cela correspondait à CHF 53'793.- ( $51'600 \times 41.7 / 40$ ), respectivement CHF 54'055.- après indexation selon l'ISS ( $53'793 \times 2'686 / 2'673$ ), soit CHF 27'027.- vu l'exigibilité de 50 %. Il convenait en outre d'admettre une réduction supplémentaire de 15 %, compte tenu du fait que seule une activité à temps partiel était possible et que cette dernière devait être légère, de sorte que le revenu d'invalidité s'élevait à CHF 22'973.-. Quant au revenu sans invalidité, il n'était pas possible, dans le cas particulier, de se baser en priorité sur les données fournies par l'employeur. Dans la mesure où au moment de l'incapacité de travail retenue par le SMR, l'assurée était au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage et réalisait des heures auprès de son dernier employeur sous forme de gain intermédiaire, il convenait de se référer à un salaire statistique, plus précisément l'ESS 2014. Dans une activité de nettoyage (ligne 81), de niveau 1, pour une femme, le revenu mensuel brut s'élevait à CHF 3'753.- pour une activité à plein temps. En prenant en compte un horaire hebdomadaire moyen de 41.7 heures et en réactualisant les données au moyen de l'ISS (année 2015), le revenu s'élevait à CHF 47'178.- par an. En comparant ce revenu au gain d'invalidité, il en résultait une perte de gain de CHF 24'205.-, soit un taux d'invalidité de 51.3 % ( $24'205 \times 100 / 47'178$ ). 28. Par projet de décision du 18 juillet 2016, l'OAI a octroyé une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 31 juillet 2015 puis une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> août 2015. À l'issue du délai de carence, soit le 7 mai 2014, son incapacité de travail, qui était totale dans toute activité, lui ouvrait le droit à une rente entière. Dès mai 2015, son état de santé s'était amélioré et elle avait retrouvé une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, sans reprise d'activité. Cette amélioration ayant duré plus de trois mois, la diminution du droit à la rente était devenue

effective au 1<sup>er</sup> août 2015.![endif]>![if> 29. Le 2 août 2016, l'assurée a fait part de son désaccord avec ledit projet, soutenant que son incapacité de travail était totale depuis le 1<sup>er</sup> juin 2013, référence étant faite à une attestation du Dr C\_\_\_\_\_ du 28 juillet 2016.![endif]>![if> 30. Par courrier du 3 août 2016, l'OAI a invité l'assurée à faire parvenir un rapport médical circonstancié mentionnant une nouvelle atteinte ou une aggravation de son état de santé. ![endif]>![if> 31. Le 27 août 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI qu'au vu de l'aggravation progressive continue des symptômes des diverses pathologies psychiatriques et somatiques de l'assurée, il lui paraissait impossible d'escompter une reprise du travail, même à temps partiel. Sa capacité de travail était nulle, même dans une activité adaptée. D'un point de vue psychiatrique, elle présentait un état dépressif sévère nécessitant un traitement médicamenteux et une psychothérapie prolongée. Sur le plan somatique, le Dr C\_\_\_\_\_ a insisté sur le fait qu'en plus des diagnostics qu'il avait déjà évoqués précédemment, l'assurée souffrait d'une polyarthrose des deux épaules et des deux hanches, disproportionnée par rapport à son jeune âge. En effet, elle avait déjà une prothèse de la hanche (PTH) droite depuis 2007 et bientôt, une PTH à gauche allait être programmée. Cette polyarthrose engendrait des douleurs importantes à la mobilisation et une impossibilité de lever des charges. ![endif]>![if> 32. Par avis du 17 novembre 2016, le Dr O\_\_\_\_\_ a estimé qu'à part l'opération de PTH évoquée par le Dr C\_\_\_\_\_, qui allait engendrer une incapacité de travail limitée dans le temps, aucun élément nouveau n'avait été mis en évidence. Quant à l'état dépressif, il était connu depuis 2013 et le SMR en avait déjà tenu compte dans son évaluation.![endif]>![if> 33. Le 7 décembre 2016, la caisse de compensation FER CIAM 106.1 a notifié à l'assurée une décision lui octroyant une rente entière, soit CHF 586.- par mois du 1<sup>er</sup> mai au 31 décembre 2014, portée à CHF 589.- pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 juillet 2015. À partir du 1<sup>er</sup> août 2015, elle avait droit à une demi-rente d'invalidité d'un total mensuel de CHF 295.-. Dans la motivation à l'appui de cette décision, l'OAI a fait valoir qu'au vu de l'avis rendu par le SMR le 17 novembre 2016, il ne lui était pas possible de modifier son projet de décision du 18 juillet 2016.![endif]>![if> 34. Le 28 décembre 2016, l'assurée a interjeté recours contre cette décision et conclu à son annulation en faisant valoir que son état de santé précaire, sans amélioration depuis 2013, était à l'origine d'une incapacité totale de travail même dans une activité adaptée. Pour corroborer ses dires, la recourante a produit les pièces nouvelles suivantes :![endif]>![if> - une attestation du 20 décembre 2016 par laquelle le Dr C\_\_\_\_\_ confirmait que la recourante souffrait de « plusieurs maladies chroniques » et qu'à son sens, sa capacité de travail était nulle depuis l'été 2013. Actuellement, rien n'indiquait qu'une amélioration se produirait à court ou moyen terme. En ce sens, il soutenait la recourante dans sa demande d'une rente d'invalidité entière ;![endif]>![if> - une attestation du 27 décembre 2016 par laquelle Madame P\_\_\_\_\_, psychologue, qui traitait la recourante depuis juillet 2013, déclarait partager les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_ en ajoutant que d'un point de vue psychologique, la recourante était dans l'incapacité de travailler actuellement. En effet, la symptomatologie dépressive et anxieuse, qui se manifestait par des troubles de la concentration et de la mémoire, des troubles du sommeil ainsi qu'une labilité affective, se voyait aggravée à mesure que la polypathologie gagnait du terrain. En ce sens, elle soutenait, elle aussi, la recourante dans sa demande d'une rente d'invalidité entière.![endif]>![if> 35. Dans sa réponse du 13 février 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant à un avis SMR du 20 janvier 2017, émis par les Dresses G\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Selon ces deux médecins, les rapports médicaux annexés au recours ne permettaient pas de retenir d'aggravation objective de l'état de santé de la

recourante.![endif]>![if> 36. Par réplique du 22 mars 2017, la recourante, représentée par un mandataire, a persisté dans les conclusions de son recours, notamment quant à l'annulation de la décision du 7 décembre 2016 et conclu, avec suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité – et non d'une demi-rente – compte tenu de son incapacité de gain dans toute activité dès 2013. Sur le fond, elle a fait valoir en substance qu'il était difficile de comprendre comment l'intimé avait pu se fonder sur l'avis SMR du 15 juin (recte : 19 juin) 2015, selon lequel elle avait recouvré une capacité de travail de 50 % dès le mois de mai 2015 alors qu'aucune amélioration n'avait été notée dans son dossier médical. Au contraire, même le SMR avait retenu dans ledit rapport que « le tout [s'était] compliqué » en 2015 par un syndrome d'apnée du sommeil sévère. ![endif]>![if> En outre, la recourante a produit un rapport que le Dr D\_\_\_\_\_ avait établi le 15 mars 2017 en réponse à un courrier d'ASSUAS du 23 février 2017. Selon ce médecin, la recourante souffrait de dépression depuis décembre 2013, dont les symptômes fluctuaient selon l'intensité de la douleur. Depuis un mois, l'humeur était en nette baisse pour ces raisons-là. Actuellement, elle était incapable de travailler dans son activité habituelle ainsi que dans toute activité adaptée. Sa dépression était fortement dépendante de son état somatique qui n'évoluait pas favorablement. Sous réserve d'une évolution favorable sur le plan somatique et/ou d'une réorientation professionnelle en accord avec ses capacités physiques, la dépression était susceptible de s'améliorer à terme et de laisser place à une capacité améliorée. Ceci restait cependant peu probable actuellement. 37. Par duplique du 13 avril 2017, l'intimé a fait savoir que la dernière écriture de la recourante ne lui permettait pas de modifier son appréciation des faits, référence étant faite à un avis SMR du 7 avril 2017, dans lequel la Dresse I\_\_\_\_\_ a relevé en substance que l'aggravation rapportée par le Dr D\_\_\_\_\_ remontait au mois de février 2017 et qu'au surplus, ce médecin avait conclu dans son rapport du 24 mai 2014 que la recourante ne présentait pas d'incapacité de travail sur le plan psychique. Enfin, le Dr D\_\_\_\_\_ avait indiqué le 9 novembre 2015 que le status psychiatrique de l'assurée était globalement superposable à ce qu'il était depuis 2014.![endif]>![if> 38. Par écriture du 12 mai 2017, la recourante a renouvelé en substance les griefs développés dans sa précédente écriture.![endif]>![if> 39. Le 15 mai 2017, une copie de ce courrier a été transmise à l'intimé et la cause gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. a. 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, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI.![endif]>![if> b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Interjeté le 28 décembre 2016 contre la décision litigieuse du 7 décembre 2016, le recours a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touchée par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours

sera donc déclaré recevable. 2. Il convient de définir préalablement l'objet du litige. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En allouant rétroactivement une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, l'autorité administrative règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est toutefois pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause. En effet, l'augmentation, la réduction ou la suppression d'une rente par voie de révision repose toujours – même lorsqu'elle est rétroactive et décidée simultanément avec l'octroi de la rente – sur une comparaison de l'état de fait existant à l'époque de la décision d'octroi de la rente (ou du début du droit à celle-ci) avec les circonstances prévalant au moment de la révision (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d in fine et les arrêts cités). Dans un arrêt du 12 juillet 2007, le Tribunal fédéral a précisé que lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est d'une part le moment du début du droit à la rente et d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 1 RAI (arrêt du Tribunal fédéral I 716 du 12 juillet 2007 consid. 5.2). Il découle de ce qui précède que même si, en l'espèce, seule la suppression de la rente entière d'invalidité au 31 juillet 2015 est contestée, la chambre de céans ne saurait se contenter de déterminer s'il y a matière à révision. Il lui incombe, le cas échéant, d'examiner également si les conditions d'octroi d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> mai 2014 sont réunies (cf. ATF 125 V 413 consid. 3b). 3. a. Selon la jurisprudence, il n'est pas admissible que l'administration rende plusieurs décisions – échelonnées dans le temps – pour déterminer rétroactivement le degré d'invalidité d'une personne assurée. Ainsi, l'octroi d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire doit faire l'objet d'une seule décision notifiée à un seul et même moment. Seule une telle approche est compatible avec l'obligation de l'office AI de clarifier et évaluer l'état de fait sur l'ensemble de la période courant jusqu'à la prise d'une décision. En revanche, l'administration ne saurait procéder à une évaluation anticipée de l'invalidité pour réduire et/ou limiter l'octroi d'une rente pour la période postérieure à ladite décision (ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et les arrêts cités). b. L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> 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. Il

convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_134/2015 consid. 4.1 et les références). Suivant cette disposition réglementaire (al. 1), si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En revanche, l'art. 88bis RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2 et les références; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 3<sup>ème</sup> éd., 2014, n. 110 ad art. 30-31; voir aussi le ch. 4018 de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015). c. 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. 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 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3; 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). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

4. 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<sup>er</sup> janvier 2008).>[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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

5. 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 (art. 28 al. 2 LAI).

6. a. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

b. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

c/aa. 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).

c/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).

c/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). c/dd. 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). 7. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). 8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 9. 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 (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).

10. En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que la recourante présentait une incapacité de travail complète dans toute activité depuis le 7 mai 2013 et que celle-ci s'est maintenue à tout le moins jusqu'à la fin du mois d'avril 2015. En revanche, elles s'opposent sur la question du recouvrement d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à partir du mois de mai 2015.

Bien que seule la réduction de la rente soit contestée, la réduction de la rente par voie de révision – même lorsqu'elle est rétroactive et décidée simultanément avec l'octroi de la rente – n'en dispense pas moins la chambre de céans de comparer les circonstances prévalant au moment du début du droit à la rente d'une part et celles existant au moment de la diminution de la rente d'autre part (cf. ci-dessus : consid. 2).

11. Dans le cas particulier, il est constant que l'incapacité de travail de la recourante a été totale durant le délai d'attente de douze mois, soit du 7 mai 2013 au 7 mai 2014 dans son activité habituelle, et même en tout état jusqu'à fin avril 2015, et même au-delà de cette date.

Quant à elle, la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée a fait l'objet d'appréciations médicales ayant évolué. Alors qu'il l'avait évaluée entre 40 % et 50 % le 12 novembre 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a précisé, le 25 avril 2014, qu'elle était également nulle, avis qu'il a confirmé le 7 août 2014. De son côté, la Dresse F\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport du 7 juillet 2014, que la recourante pourrait exercer une activité adaptée, sans préciser à quel taux d'activité, mais elle a rectifié cette appréciation à peine un mois plus tard, dans son rapport du 13 août 2014. Dans l'intervalle, la recourante avait fait l'objet d'une évaluation de ses ressources en vue d'une éventuelle réinsertion professionnelle, ayant amené la spécialiste en la matière à constater qu'elle ne pouvait pas être réinsérée dans quelque activité que ce fût, n'étant pas même en état d'être intégrée dans un atelier protégé. Le contact que la Dresse I\_\_\_\_\_ du SMR a eu le 19 juin 2015 avec le Dr C\_\_\_\_\_ a dû la conforter dans l'évaluation d'une capacité de travail nulle aussi dans une activité adaptée jusqu'à fin avril 2015, puisque c'est à partir de mai 2015 que le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué lors de cet entretien téléphonique qu'elle aurait recouvré une capacité de travail de 50 %. La chambre de céans ne voit pas de motif de ne pas tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, donc sa capacité de gain, partant son degré d'invalidité, a été correctement évalué jusqu'à fin avril 2015, ni en conséquence d'envisager qu'une reformatio in pejus pourrait se justifier sur cette question. La question est dès lors de savoir si l'intimé avait des motifs suffisamment établis de considérer que la recourante avait recouvré une capacité de travail dès mai 2015.

12. a S'agissant des circonstances qui expliqueraient le recouvrement d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, il convient de relever, à titre liminaire, que l'avis du 19 juin 2015 de la Dresse I\_\_\_\_\_ du SMR se fonde sur un entretien téléphonique qu'elle a eu le jour même avec le Dr C\_\_\_\_\_. Il s'agit là de propos rapportés et résumés qu'il convient d'apprécier avec retenue (cf. arrêt

du Tribunal fédéral 9C\_723/2015 consid. 5.2 au sujet d'une note téléphonique), à plus forte raison qu'une amélioration de l'état de santé de la recourante ne ressort pas clairement de la phrase suivante prêtée au Dr C\_\_\_\_\_ : « L'IT s'est prolongée en raison d'une évolution qui s'est avérée très lente au niveau des épaules essentiellement ». De plus, le Dr C\_\_\_\_\_ ne semble pas avoir lui-même constaté d'amélioration de l'état de santé dans le dossier de sa patiente en mai 2015. Au contraire, ce médecin a fait savoir à l'OAI, le 29 août 2015, qu'il avait noté, depuis le début de l'année 2015, une exacerbation constante des douleurs articulaires dans le cadre de la maladie arthrosique diffuse de la recourante, touchant la colonne vertébrale, ainsi que des articulations extra-axiales (épaules, bras, hanches), à laquelle s'ajoutait, aux dires du même médecin, un syndrome des apnées du sommeil sévère ainsi qu'un état dépressif majeur qui s'était clairement développé depuis le printemps 2015. le Dr C\_\_\_\_\_ a confirmé, par courriel du 22 octobre 2015, que la capacité de travail de la recourante était nulle. b. Il est vrai que le Dr C\_\_\_\_\_ a fait en outre état, à l'appui de son évaluation, d'un état dépressif majeur, que le psychiatre de la recourante, le Dr Q\_\_\_\_\_, n'a cependant pas davantage admis dans son rapport du 9 novembre 2015 qu'il ne l'avait fait dans son précédent rapport, du 24 mai 2014. Le status psychiatrique de la recourante restait alors superposable au précédent ; la douleur physique apparaissait être au premier plan. C'est postérieurement à la décision attaquée, dans un rapport du 15 mars 2017, que ledit psychiatre a fait mention d'une dépression fortement dépendante de l'état somatique de la recourante. c. Le diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil évoqué par le Dr C\_\_\_\_\_ se trouve en revanche confirmé par le rapport de la pneumologue M\_\_\_\_\_ du 31 mars 2015, à un degré cependant modéré (sauf en position dorsale ou durant les stades REM, où il est de degré sévère). d. L'interaction des divers troubles somatiques et psychiques de la recourante n'est pas abordée, quand bien même des troubles psychiques pris isolément n'étaient pas invalidants au moment où l'intimé a rendu la décision attaquée. e. La décision de réduire la rente entière de la recourante à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> août 2015 ne repose pas sur des éléments médicaux suffisamment établis. Le dossier a été insuffisamment instruit par l'intimé. S'il n'apparaît pas exclu qu'il y ait eu amélioration de la capacité de gain de la recourante dans le courant du printemps 2015, cela n'est pas pour autant établi au degré de la vraisemblance suffisante. La cause doit être renvoyée à l'intimé pour qu'il invite les médecins à se prononcer de manière claire, au regard de l'ensemble des atteintes de la recourante, dûment actualisées et considérées aussi dans leurs interactions, sur l'existence et la durée d'une amélioration de l'état de santé à partir de mai 2015, et établisse notamment ses limitations fonctionnelles, le cas échéant son taux de capacité de travail dans l'activité habituelle et/ou adaptée, son rendement dans une telle activité ainsi que le cas échéant la date d'exigibilité d'une reprise de travail. À défaut d'obtenir sur ces questions des données fiables et claires de la part des médecins traitants, la question se poserait de savoir s'il ne faudrait pas que l'intimé ordonne une expertise médicale. 13. a. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision querellée annulée en tant qu'elle réduit la rente entière d'invalidité allouée à la recourante à une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> août 2015 et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. b. 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; art. 89H al. 4 LPA), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté au minimum de CHF 200.-. Une indemnité de procédure doit être allouée à la recourante, qui obtient partiellement gain de cause et est représentée par un avocat (art. 61 let. g

LPGA). Cette indemnité sera arrêtée à CHF 1'500.- (art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA – E 5 10.03). \*\*\*\*\* 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.