

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1476/2013

ATAS/1090/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 novembre 2013

9ème Chambre

En la cause

Madame G \_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, représentée par  
CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique S.A.

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente; Pierre-Bernard PETITAT,  
Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame G\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1953 au Portugal, sans formation, est arrivée en juin 2002 en Suisse où elle a travaillé en tant qu'employée d'entretien.
2. En 2008, l'assurée exerçait son activité auprès de X\_\_\_\_\_ S.A. (ci-après l'employeur I ou l'entreprise) et auprès de Y\_\_\_\_\_ (ci-après l'employeur II ou la Fondation).
3. Le 18 novembre 2008, l'assurée a subi une chute de deux mètres entraînant notamment un traumatisme crânien et la fracture des deux poignets. L'assurée a été en incapacité de travail totale.
4. La SUVA (ci-après l'assureur-accidents) a pris en charge les suites du cas.
5. Le 24 juin 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI).
6. Par rapport du 8 juillet 2009, la Dresse L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome du tunnel carpien bilatéral récidivé post-fracture radius distal bilatéral, un syndrome du nerf cubital droit récidivé post-fracture du radius distal droit et une contusion du coude. L'assurée avait subi une intervention du tunnel carpien à droite le 24 juin 2009 et une intervention au poignet gauche était planifiée. La reprise de l'activité professionnelle dépendait de l'évolution post-opératoire.
7. Par rapport du 28 juillet 2009, Y\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait débuté son activité le 12 avril 2008, qu'elle l'exerçait deux à trois heures par semaine et percevait un salaire horaire de 27 fr. (y compris 10.64% de vacances).
8. Par rapport du 13 août 2009, l'entreprise a indiqué que l'assurée exerçait son activité 40 heures par semaine depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008 et percevait un salaire horaire de 20 fr. 58 (19 fr. + 8.33 % de vacances).
9. Par rapport du 18 décembre 2009, la Dresse M\_\_\_\_\_, médecin auprès du département de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'HOPITAL UNIVERSITAIRE DE GENEVE (ci-après les HUG), a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, avec un changement dans les diagnostics. L'imagerie à résonance magnétique (ci-après l'IRM) cervicale montrait une cervicarthrose et des discopathies. Ce médecin était dans l'attente d'un avis neuro-chirurgical.
10. Par rapport du 2 février 2010, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie auprès des HUG, a noté que l'assurée se plaignait de fourmillements dans les deux mains et de nualgies gauches. La seule anomalie retrouvée était la présence de réflexes ostéotendineux hypervifs aux quatre membres. L'IRM

cervicale montrait des signes de dégénérescence, mais pas de compression radiculaire, ni médullaire. Le médecin ne proposait pas de geste neurochirurgical.

11. Par rapport du 12 mai 2010, le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, a relevé que la fonction des poignets de l'assurée était peu altérée, avec une bonne mobilité des doigts et aucun trouble dystrophique. Les troubles identifiés au niveau cervical ne concernaient pas l'accident. L'assurée avait une capacité de travail totale dans son activité habituelle.
12. Par rapport du 19 mai 2010, la Dresse P\_\_\_\_\_, médecin auprès du département de chirurgie orthopédique et traumatologie des HUG, a relevé chez l'assurée des douleurs neurogènes aux poignets et aux cervicales. Il n'y avait pas d'amélioration, les douleurs étaient invalidantes dans la vie quotidienne et l'incapacité de travail était totale.
13. Par décision du 26 mai 2010, l'assureur-accidents a mis fin aux prestations dès le 15 juin 2010 étant donné que l'assurée ne présentait plus de séquelles consécutives à l'accident.
14. Par rapport du 14 juillet 2010, le Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a rappelé que l'IRM réalisée en 2009 avait révélé un canal étroit en C3-C6 et des rétrécissements foraminaux C4-C6 prédominant à droite. Actuellement, l'assurée décrivait des cervicobrachialgies bilatérales, un engourdissement permanent des mains et une diminution de la force de préhension à droite. Les observations à l'examen clinique faisaient suspecter, malgré une IRM rassurante en décembre 2009, une myélopathie cervicale débutante. Dans ces conditions, un avis neurochirurgical était indiqué.
15. Par rapport du 6 août 2010, le Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a diagnostiqué une fracture de l'extrémité distale du radius bilatérale le 18 novembre 2008 avec ostéosynthèse, un status post opération des tunnels carpiens droit en 2001, gauche en 2002, droit en juin 2009 et gauche en août 2009 ainsi qu'une myélopathie cervicale débutante. L'assurée se plaignait de cervico-brachialgies bilatérales, d'un engourdissement permanent des mains et d'une diminution de la force de préhension à droite. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale car l'assurée ne pouvait se servir de ses mains et de ses bras. S'agissant de l'exigibilité d'une reprise professionnelle, il convenait d'attendre l'avis du neurochirurgien.
16. Par rapport du 6 septembre 2010, le Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a expliqué que l'IRM cervicale effectuée le 31 août 2010 confirmait une sténose canalaire C4 à C7 avec un élément compressif tout à fait net en C5-C6 droit et cohérente avec la symptomatologie. Il n'y avait pas d'autre alternative qu'une option chirurgicale décompressive par voie antérieure sur ce segment.

17. Le 3 janvier 2011, l'assurée a subi une double discectomie C5-C6 et C6-C7 effectuée par le Dr N\_\_\_\_\_ . L'incapacité de travail était totale jusqu'au 24 février 2011, puis elle était à réévaluer (rapport du 25 janvier 2011 du Dr N\_\_\_\_\_).
18. Par rapport du 17 février 2011, le Dr N\_\_\_\_\_ a constaté une excellente évolution, hormis une éventuelle atteinte du nerf laryngé récurrent. Il proposait au Dr R\_\_\_\_\_ d'organiser la reprise progressive de travail.
19. Par rapport du 31 mars 2011, le Dr Q\_\_\_\_\_ constatait toujours des signes de dénervation pluri-radulaire C6, C7 et C8 avec une atteinte C6 gauche plus marquée qu'avant l'intervention. L'assurée signalait la persistance de cervico-scapulalgies prédominant à gauche et d'un engourdissement des doigts IV et V prédominant à gauche.
20. Par rapports des 19 et 20 juin 2011, le Dr R\_\_\_\_\_ a noté que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. Au plan clinique, l'assurée présentait toujours des douleurs diffuses des deux mains et une diminution globale de la force musculaire. La reprise du travail dans une activité manuelle ne pouvait donc être envisagée.
21. Interrogé par l'OAI sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée, le Dr R\_\_\_\_\_ a expliqué, le 25 juillet 2011, que l'assurée ne pouvait exercer aucune activité légère. Elle n'en avait pas les compétences.
22. Par avis du 7 septembre 2011, le SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci-après le SMR) a estimé qu'une expertise rhumatologique était nécessaire.
23. A la demande de l'OAI, le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a examiné l'assurée. Par rapport du 18 octobre 2011, ce médecin a diagnostiqué, avec une répercussion sur la capacité de travail, des douleurs neurogènes chroniques des deux poignets et des deux mains dans le contexte d'un status post cure du canal carpien à deux reprises des deux côtés, après transposition du nerf cubital au coude droit, après fracture de l'épiphyse distale des deux radius et après discectomie C5-C6 et C6-C7 et mise en place de deux cages intervertébrales en janvier 2011. L'expert a relevé que l'assurée souffrait de douleurs chroniques cervicales mais surtout des deux poignets et deux mains. Il s'agissait probablement d'un état chronique peu susceptible de s'améliorer et qui grevait considérablement les capacités manuelles de l'assurée. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assurée présentait des douleurs neurogènes chroniques des deux membres supérieurs au niveau de ses mains qui limitaient les efforts de préhension, les mouvements répétitifs avec les poignets, les ports de charges et les mouvements nécessitant une dextérité fine. S'agissant du traitement médical, le médecin estimait que l'on pourrait certes suggérer l'instauration de traitements à visée antalgique pour les douleurs de type neurogènes, qui pourraient permettre d'atténuer les douleurs, mais vraisemblablement sans les faire disparaître totalement. Selon l'expert,

l'activité de femme de ménage n'était plus exigible, par contre dans une activité plus légère, ne nécessitant ni des efforts de préhension importants et répétitifs, ni des mouvements en flexion-extension des deux poignets, ni une dextérité fine et des mouvements rapides ou répétitifs avec les doigts (tels que des travaux de manutention légère ou des activités de surveillance), l'assurée avait une capacité de travail entière avec un rendement diminué de 25% en raison des troubles neurologiques qui ralentiront certainement l'exécution des tâches. Enfin, l'assurée, volontaire, souhaitait ardemment pouvoir recommencer à travailler dans une activité plus légère. Le médecin suggérait la mise en place d'un stage d'évaluation pour déterminer dans quelle voie l'assurée pourrait être orientée pour une reconversion professionnelle, étant précisé que des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables de suite.

24. Par avis du 22 novembre 2011, le SMR, après avoir rappelé les conclusions de l'expert, a précisé que dans le cadre d'un rapport final, un renforcement du traitement antalgique serait exigé, puis, il restait à vérifier la baisse de rendement, probablement par mise en situation, tout ceci en prenant en compte le fait que l'assurée était âgée de 58 ans.
25. Le 25 novembre 2011, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assurée. S'agissant du salaire sans invalidité, il convenait de retenir un revenu annuel brut en 2008 de 46'316 fr. 40 au vu des rapports des deux employeurs [soit 42'806 fr. 40 (20 fr. 58 x 40 heures par semaine x 52 semaines) + 3'510 fr. (27 fr. x 2.5 heures par semaine x 52 semaines)]. Réactualisé en 2009, le salaire sans invalidité était de 47'299 fr. S'agissant du salaire avec invalidité, étant donné que l'assurée avait une capacité de travail entière dans une activité légère, il y avait lieu de se baser sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après ESS) 2008, TA1, tous secteurs confondus, pour une activité simple et répétitive (niveau 4), soit 52'457 fr. pour un plein temps ou 39'343 fr. à 75% (indexé à 2009). Il résultait de la comparaison des revenus avec et sans invalidité, un degré d'invalidité de 16.82%. Avec une diminution supplémentaire du salaire avec invalidité de 10% (pour tenir compte de l'âge), le degré d'invalidité s'élèverait à 25.14%. Après évaluation, aucun critère habituellement admis ne permettait une réduction supplémentaire du salaire avec invalidité.
26. Par avis du 22 décembre 2011, l'OAI a ajouté qu'une réduction supplémentaire du revenu avec invalidité n'était pas nécessaire, vu la baisse de rendement de 25% déjà prise en compte.
27. Par avis du 22 août 2012, la Dresse U \_\_\_\_\_ du SMR a repris les conclusions de l'expertise quant à une incapacité de travail totale définitive de l'assurée dès le 18 novembre 2008 dans l'activité habituelle et, depuis le 17 octobre 2011, une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles avec une baisse de rendement de 25%.

28. Par projet de décision du 20 septembre 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 31 janvier 2012. Selon les données au dossier, l'incapacité de travail avait été totale dès le 18 novembre 2008, de sorte qu'à compter du 18 novembre 2009, le droit à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100% était reconnu. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée tardivement le 24 juin 2009, le droit au versement de la rente avait pris naissance six mois à compter de cette date, soit le 1<sup>er</sup> décembre 2009. Par ailleurs, dès le 17 octobre 2011, la capacité de travail et de gain de l'assurée s'étaient améliorées puisque une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était raisonnablement exigible à 100% avec une baisse de rendement de 25%. La comparaison en 2009 des revenus avec invalidité (39'343 fr.) et sans invalidité (47'299 fr.) entraînait un degré d'invalidité de 16.82%, insuffisant pour le maintien d'une rente et pour l'octroi de mesures professionnelles, étant précisé qu'aucun des critères habituellement admis ne permettait une réduction supplémentaire du salaire avec invalidité. Le droit à la rente était par conséquent supprimé à compter du 1<sup>er</sup> février 2012 (soit trois mois dès l'amélioration de la capacité de gain), et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Sur demande écrite et motivée de l'assurée, l'OAI examinerait son droit à une aide en placement.
29. Par décision du 21 mars 2013, l'OAI a repris et confirmé son projet de décision.
30. Par acte du 7 mai 2013, l'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours contre la décision reçue le 25 mars 2013, concluant, préalablement, à l'ouverture d'enquêtes, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, et subsidiairement, au renvoi de la cause pour instruction complémentaire. Elle invoque une instruction incomplète dans la mesure où la diminution de rendement devait être vérifiée par une mise en situation selon l'avis du SMR du 22 novembre 2011. Elle invoque également le fait que l'intimé aurait dû procéder à un abattement du revenu d'invalidité de 20%, compte tenu de son âge, de sa vie passée en grande partie au Portugal, de sa maîtrise imparfaite de la langue française et de l'absence de formation dans laquelle elle pourrait travailler. L'intimé avait sommairement indiqué qu'aucun critère n'était rempli, alors même qu'il avait évoqué la problématique de l'abattement au vu de l'âge de la recourante le 25 novembre 2011. En prenant en compte un abattement de 20%, le nouveau degré d'invalidité lui donnait droit à un reclassement professionnel. Enfin, l'intimé n'avait mis en œuvre aucune mesure professionnelle, alors que l'expert avait pourtant suggéré de le faire.

A l'appui de son recours, la recourante produit un rapport établi le 3 mai 2013 par le Dr V \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et chirurgie de la main, selon lequel les capacités de travail de la recourante en tant que femme de ménage sont nulles, comme l'avait souligné le Dr T \_\_\_\_\_. Le Dr V \_\_\_\_\_ est d'avis

que l'exercice d'une activité adaptée pourrait être envisagée, à condition de tenter un reclassement professionnel.

31. Par courrier du 10 mai 2013 adressé à l'intimé, la Cour de céans a notamment sollicité la preuve de la date à laquelle la décision litigieuse avait été reçue par la recourante.
32. Par réponse du 7 juin 2013, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision. Il ajoute que l'instruction du dossier a été complète puisqu'il appartenait au service de réadaptation professionnelle de déterminer si des mesures d'ordre professionnel étaient nécessaires et l'avis de l'expert était, à ce propos, une simple suggestion. S'agissant de l'abattement de 20% invoqué par la recourante, il ne pouvait être retenu, de sorte que le degré d'invalidité de 16.82% devait être confirmé. S'agissant du rapport produit par la recourante, l'intimé explique l'avoir soumis à la Dresse W \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR. Par avis du 31 mai 2013, ce praticien relève que le Dr V \_\_\_\_\_ ne conteste pas la capacité entière de la recourante avec baisse de rendement de 25% dans une activité adaptée. Les aspects concernant un reclassement professionnel ne sont pas du ressort des médecins, de sorte que les conclusions du SMR rendues le 22 août 2012 demeuraient inchangées.
33. Par réplique du 8 juillet 2013, la recourante persiste dans ses conclusions.
34. Par duplique du 25 juillet 2013, l'intimé relève que la recourante aurait déjà pu solliciter une aide au placement, conformément au projet de décision et à la décision. Un abattement sur le revenu d'invalidité ne se justifie pas. La recourante est en Suisse et y travaille depuis 1986, l'âge de la recourante au moment de la survenance de l'invalidité est éloigné du seuil à partir duquel la jurisprudence parle d'un âge avancé et les limitations fonctionnelles ont déjà été prises en compte dans le cadre de la baisse de rendement de 25% et ne peuvent l'être une deuxième fois. Le fait de ne pas maîtriser la langue française et le manque de formation professionnelle ne constituent pas des critères de réduction du salaire statistique.
35. Après avoir adressé une copie de cette écriture à la recourante, la Cour de céans a gardé la cause à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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. A 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.

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 le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, 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. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 21 mars 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié 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. Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7<sup>ème</sup> jour avant Pâques au 7<sup>ème</sup> jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA).

Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure

où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 174 consid. 3.2 ; ATF 128 III 411 consid. 3.2). Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3). Le Tribunal fédéral a ainsi statué que le fardeau de la preuve doit exceptionnellement être renversé lorsqu'une partie ne peut pas apporter une preuve pour des raisons qui ne lui sont pas imputables, mais à l'administration. Un tel cas de renversement du fardeau de la preuve a par exemple été admis en cas d'absence de preuve quant au respect du délai de recours, due au fait que l'administration ou l'autorité n'ont pas conservé au dossier de l'assuré l'enveloppe dans laquelle leur avait été envoyé l'acte de recours, en violation de leur devoir de gestion du dossier, et ont de ce fait empêché l'apport de la preuve quant au respect du délai de recours (ATF non publié 9C\_632/2012 du 10 janvier 2013, consid. 6.2.1 et les arrêts cités).

En l'occurrence, la recourante allègue avoir reçu, en date du 25 mars 2013, la décision litigieuse datée du 21 mars 2013.

S'agissant de la notification de la décision précitée, la Cour de céans relèvera que l'intimé n'a pas apporté la preuve de la date à laquelle la recourante l'a reçue. Par ailleurs, dans la mesure où aucune pièce versée au dossier ne laisse supposer que cette décision aurait été reçue à une date antérieure à celle alléguée par la recourante et que, de surcroît, l'intimé ne l'invoque pas, il y a lieu de retenir que le recours, déposé le 7 mai 2013 dans la forme prévue par la loi, est recevable compte tenu de la suspension du délai de recours du 7<sup>ème</sup> jour avant Pâques au 7<sup>ème</sup> jour après Pâques inclusivement.

5. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a supprimé le droit de la recourante à toutes les prestations à compter du 1<sup>er</sup> février 2012, étant précisé que la recourante ne conteste pas le versement d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009.
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 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, 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 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

8. a) 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).

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. 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 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

9. 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).

Enfin, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance

prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. En l'occurrence, l'intimé a retenu, en se fondant sur l'appréciation du Dr T\_\_\_\_\_, que la recourante présentait dès le 18 novembre 2008, en raison de ses atteintes à la santé, une incapacité de travail totale, puis dès le 17 octobre 2011, une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 25%. La recourante est d'avis que la baisse de rendement de 25 % aurait dû faire l'objet d'une instruction complémentaire.

Dans son rapport du 18 octobre 2011, le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué des douleurs neurogènes chroniques des deux poignets et des deux mains dans le contexte d'un status après cure de canal carpien à deux reprises des deux côtés, après transposition du nerf cubital au coude droit, après fracture de l'épiphyse distale des deux radius et après discectomie C5-C6 et C6-C7 et mise en place de deux cages intervertébrales en janvier 2011. L'expert a expliqué que ces atteintes avaient des répercussions sur la capacité de travail de la recourante, en raison des douleurs neurogènes chroniques des deux membres supérieurs au niveau des mains qui limitaient ses efforts de préhension, les mouvements répétitifs avec les poignets, les ports de charges et les mouvements nécessitant une dextérité fine. L'activité habituelle n'était plus exigible, mais dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit les travaux ne nécessitant pas des efforts de préhension importants et répétitifs, ni des mouvements en flexion-extension des deux poignets, ni une dextérité fine et des mouvements rapides avec les doigts, l'expert a estimé que la recourante avait une capacité de travail entière, mais avec un rendement diminué de 25%.

La Cour de céans constate que l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_ repose sur un examen de la recourante effectué le 17 octobre 2011 et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. L'expertise est en outre très bien motivée puisqu'elle explique pourquoi l'expert a retenu les diagnostics précités, leurs répercussions sur la capacité de travail de la recourante et sur son rendement. Ses conclusions sont ainsi dûment motivées.

Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière à ce rapport d'expertise, ce que les parties ne contestent pas au demeurant.

S'agissant de la baisse de rendement de 25% retenue par le Dr T\_\_\_\_\_, le SMR, dans son avis du 22 novembre 2011, a certes indiqué, comme le mentionne la recourante, qu'elle restait à vérifier probablement par mise en situation. Cela étant, à la lecture de cet avis, il apparaît que la vérification du rendement se justifiait dans le cas où un renforcement du traitement antalgique pour les douleurs neurogènes serait exigé de la part de la recourante, car celui-ci pouvait réduire le dommage. Or, il n'apparaît pas au dossier qu'une telle mesure ait été mise en place. Par ailleurs, on rappellera que la diminution de rendement relève spécifiquement de l'évaluation médicale de la capacité résiduelle de travail (voir ATF non publié 9C\_289/2012 du 15 octobre 2012, consid. 3.2) et le Dr T\_\_\_\_\_ a expliqué de manière convaincante que la baisse de rendement retenue se justifiait par les troubles neurologiques qui ralentiraient certainement l'exécution des tâches confiées (page 8 du rapport d'expertise). En outre, aucun autre spécialiste n'a émis une opinion contraire apte à mettre en doute l'appréciation de l'expert sur ce point. A cet égard, si le Dr V\_\_\_\_\_, dans son rapport du 3 mai 2013, ne s'est certes pas prononcé sur le rendement de la recourante dans une activité adaptée, il n'a néanmoins nullement contesté les conclusions retenues par l'expert sur ce point.

Ainsi, au vu des pièces versées au dossier, il apparaît qu'il n'existe pas d'élément susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions du Dr T\_\_\_\_\_ s'agissant de la baisse de rendement retenue.

Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que la recourante présentait, en raison de ses atteintes physiques, une capacité de travail nulle dès le 18 novembre 2008 et une capacité de travail totale dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 25%, dès le 17 octobre 2011.

11. Il convient dès lors d'examiner le degré d'invalidité que présentait la recourante compte tenu de l'amélioration de sa capacité de gain dès octobre 2011.
12. 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.

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement

supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

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

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en principe au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). En cas de changement important ayant une incidence sur la capacité de gain, il y a lieu de se placer au moment où a lieu le changement (ATFA I 95/07 du 15 février 2008, consid. 5).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité

de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C\_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

Le Tribunal fédéral a ainsi pris en compte l'âge en tant que critère justifiant un abattement du salaire statistique dans le cas d'un assuré ayant 55 ans (ATF non publié 9C\_289/2012 du 15 octobre 2012, consid. 3.3.2.2), 52 ans (ATFA non publié I 28/04 du 9 mars 2005) et même 49 ans (ATF non publié 9C\_854/2010 du 30 décembre 2010, consid. 4).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs récemment rappelé que la prise en compte d'une diminution de rendement dans le cadre de l'évaluation médicale de la capacité de travail résiduelle n'empêche pas par ailleurs de procéder à un abattement sur le salaire statistique, dont la fonction est de prendre en compte dans le cadre des perspectives salariales de la personne assurée, les circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. Il a ainsi retenu, outre une diminution de rendement de 20%, qu'un abattement de 15% se justifiait en raison de l'âge de l'assuré (55 ans), de l'absence prolongée du marché du travail et de la nature des limitations fonctionnelles, ces critères pouvant jouer concrètement sur ses perspectives salariales dans le cadre de l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière (ATF non publié 9C\_289/2012 du 15 octobre 2012, consid. 3.3.2 et 3.3.2.2).

Enfin, s'il est vrai que les facteurs tels que le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent

---

pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATF non publié 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2).

14. En l'espèce, dans la mesure où l'amélioration de la capacité de gain a eu lieu en octobre 2011, il convient de se placer en 2011 pour procéder à la comparaison des revenus.

S'agissant du revenu sans invalidité, c'est à juste titre que l'intimé a retenu, sur la base des renseignements fournis les 28 juillet et 13 août 2009 par les deux employeurs, que la recourante aurait pu réaliser en 2008, sans atteinte à la santé, un salaire annuel brut de 46'316 fr. (42'806 fr. + 3'510 fr.), montant que la recourante ne conteste au demeurant pas. Indexé en 2011 selon l'évolution des salaires pour les femmes en termes nominaux, le salaire annuel sans invalidité en 2011 s'élève à 48'262 fr. (46'316 fr. x 2604 / 2499; La Vie économique, 9-2012, p. 95, B 10.3).

S'agissant du salaire avec invalidité, la recourante n'ayant pas repris d'activité lucrative, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé aux ESS. En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 50'700 fr. par année (4'225 x 12; ESS 2010, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 (41,7 heures; La Vie économique, 9-2012, p. 94, B 9.2), ce montant doit être porté à 52'854 fr. (50'700 x 41.7 : 40) et à 53'382 fr. indexé à 2011 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (1%; La Vie économique, 9-2012, p. 95, B 10.2), soit 40'037 fr. compte tenu de la baisse de rendement de 25% (53'382 – 13'345).

A ce montant, il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique. A cet égard, la Cour de céans constate que l'intimé a omis de citer, dans sa décision litigieuse, les critères permettant une réduction. Il n'a par ailleurs effectué aucun abattement, en se contentant d'indiquer qu'aucun des critères n'était rempli. Or, si la jurisprudence retient que le taux d'abattement doit être dûment motivé, a fortiori cela s'applique-t-il lorsque l'administration renonce à y procéder. Dans la mesure où l'intimé ne s'est pas prononcé de manière circonstanciée sur la question, la Cour de céans peut procéder à sa propre appréciation de la situation.

Il convient dès lors d'examiner, dans le cas concret, quel taux de réduction doit être appliqué, étant rappelé que conformément à la jurisprudence précitée et contrairement à l'avis de l'intimé du 22 décembre 2011, la prise en compte d'une diminution de rendement n'empêche pas par ailleurs de procéder à un abattement sur le salaire statistique.

S'agissant de la situation personnelle et professionnelle de la recourante, la Cour de céans constate que cette dernière, de nationalité portugaise, en Suisse depuis plus de dix ans, est non seulement au bénéfice d'un permis d'établissement mais également en mesure d'exercer une activité adaptée à temps plein. Elle travaillait depuis peu auprès de ses deux employeurs lors de la survenance de l'accident. Toutefois, la recourante était âgée de 60 ans au moment de la décision litigieuse et elle présentait des limitations fonctionnelles spécifiques et particulières qu'il convient de prendre en compte, contrairement à l'avis de l'intimé. En effet, celles-ci touchent non seulement les poignets, mais aussi les mains et les doigts, des deux côtés, et excluent les gestes répétitifs. La préhension est douloureuse et limitée, tant avec la main droite qu'avec la main gauche. Les mouvements de flexion-extension des deux poignets sont réduits et la dextérité fine des deux mains est partiellement perdue. Hormis les deux critères précités, aucune autre circonstance n'entre en considération, étant précisé que la recourante ne saurait se prévaloir de son manque de formation professionnelle et de sa maîtrise imparfaite de la langue française, dès lors que de tels facteurs ne constituent pas des éléments dont l'assurance-invalidité doit répondre.

L'intimé fait valoir que l'âge de la recourante est éloigné du seuil à partir duquel la jurisprudence parle d'un âge avancé, de sorte qu'il ne justifierait pas un abattement du salaire statistique.

C'est cependant à tort que l'intimé se réfère à ce seuil, lequel est uniquement applicable lorsqu'il s'agit d'examiner s'il existe des possibilités réalistes de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré pour un assuré qui se trouve proche de l'âge ouvrant le droit à la rente de vieillesse - (voir les ATF non publiés 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2). Or, tel n'est pas le cas de la recourante puisque celle-ci était âgée de 60 ans.

Il s'ensuit que les critères de l'âge et des limitations fonctionnelles doivent être considérés comme remplis car ils diminuent de manière déterminante les perspectives salariales de la recourante, de sorte qu'une déduction de 15% apparaît justifiée.

Compte tenu donc de l'abattement de 15%, le revenu d'invalidé sur la base statistique s'élève à 34'032 fr. (40'037 – 6'005), qui, une fois comparé avec le revenu sans invalidité de 48'262 fr., donne un taux d'invalidité de 29% (48'262 –

---

34'032/48'262 x 100), soit un taux ne donnant pas droit à une rente. On ajoutera encore que même en retenant l'abattement maximum de 25% sur le salaire statistique, le salaire avec invalidité s'élèverait à 30'028 fr. (40'037 – 10'009), la recourante n'aurait tout de même pas droit à une rente, vu le degré d'invalidité de 38% obtenu (48'262 - 30'028/48'262 x 100), insuffisant pour l'octroi d'une rente.

Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'intimé a supprimé le droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> février 2012, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain de la recourante en octobre 2011 (art. 88a al. 1 RAI).

La décision litigieuse sera par conséquent confirmée en tant qu'elle octroie à la recourante une rente entière limitée du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 31 janvier 2012.

15. Reste encore à analyser le droit à des mesures de réadaptation professionnelle.

Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (ATF non publié 9C\_100/2008 du 4 février 2009, consid 3.2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite,

puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

On rappellera encore qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'ATF non publié 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. ATF non publié 9C\_464/2009 du 31 mai 2010).

Enfin, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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).

16. En l'occurrence, la décision litigieuse se contente de mentionner que des mesures professionnelles ne sont pas indiquées et que l'intimé, sur demande écrite et motivée de la recourante, pourra examiner le droit à une aide au placement. Par ailleurs, force est de constater que dans le cadre de l'instruction du dossier, et suite à l'expertise rendue par le Dr T\_\_\_\_\_, la recourante n'a jamais été reçue par le service de réadaptation de l'intimé, alors que des mesures de réadaptation étaient pourtant envisageables de suite (rapport du Dr T\_\_\_\_\_ du 18 octobre 2011).

Ainsi, attendu que l'instruction du dossier n'a pas porté sur la question d'une mesure de réadaptation, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il instruisse les conditions objectives et subjectives d'une telle mesure et qu'il rende une nouvelle décision.

La décision litigieuse sera par conséquent annulée en tant qu'elle nie le droit de la recourante à des mesures professionnelles.

17. Le recours sera donc admis partiellement et la décision litigieuse annulée en tant qu'elle refuse le droit à des mesures professionnelles, la cause étant renvoyée pour instruction sur ce point et nouvelle décision. La décision litigieuse sera par ailleurs

confirmée en tant qu'elle octroie à la recourante une rente entière du 1<sup>er</sup> décembre 2009 au 31 janvier 2012.

18. La recourante, représentée par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui est accordée à titre de dépens [art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10)]. 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), un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 21 mars 2013 en tant qu'elle nie le droit de la recourante à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel.
4. La confirme pour le surplus.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur les mesures d'ordre professionnel, puis nouvelle décision.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr. au titre de dépens.
7. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les

conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-  
RUFFINEN

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