

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2266/2012

ATAS/351/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt 16 avril du 2013

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame B _____, domiciliée à CHATELAINE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître BRAUNSCHMIDT
Sarah

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Diane BROTO Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame B _____ (ci-après l'assurée ou le recourante) est née aux Philippines en 1955.
2. Elle est la mère de trois enfants, nés en 1977, 1979 et 1980 aux Philippines. Elle est arrivée en Suisse en 1989 et elle a travaillé en tant que gouvernante, aide d'une personne âgée, à nouveau gouvernante puis ouvrière chez X _____ puis auprès de Y _____. Elle s'est mariée en 1991 et a divorcé en 2000. Elle s'est remariée le 24 juillet 2000 et son second mari, qui était au bénéfice d'une rente d'invalidité et d'une allocation d'impotence, est décédé le 25 septembre 2000.
3. L'assurée perçoit une rente de veuve depuis le 1^{er} octobre 2000.
4. Ouvrière de production à 100% chez Y _____ depuis 2000, elle a été en arrêt de travail à 100% du 1^{er} septembre au 17 octobre 2008, à 50% du 20 au 27 octobre 2008 et à 100% depuis le 24 décembre 2008. Son salaire s'élevait à 3'979 fr./mois avec un 13^{ème} salaire en sus en 2009, pour un horaire de 40 heures par semaine. Le salaire annuel a été de 48'254 fr. 55 en 2006, 49'697 fr. 65 en 2007, 53'579 fr. 40 en 2008. Elle a perçu des indemnités journalières perte de gain du 1^{er} septembre 2008 au 28 octobre 2010. Jusqu'en juin 2009, en raison de l'ancienneté de l'assurée dans l'entreprise, celle-ci a complété les indemnités perte de gain (80% du salaire) pour atteindre un salaire entier.

Son activité consistait au montage et démontage de pièces sur rack, en position assise (50%) et debout (50%), avec parfois le port de charges de 0 à 10 kg.
5. Elle a déposé une demande de prestations d'invalidité le 1^{er} juillet 2009 auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (l'OAI), en raison d'une déchirure partielle du sus-épineux de l'épaule droite opérée le 8 juin 2009.
6. Les rapports médicaux réunis par l'OAI sont les suivants:
 - a) certificat médical du Dr L _____, rhumatologue traitant de l'assurée, du 23 juin 2009 à l'attention de l'assurance perte de gain, qui mentionne un traitement ambulatoire depuis 2003, pour une déchirure du tendon sus-épineux de l'épaule droite, connaissant une évolution en dent de scie depuis plusieurs années, avec une aggravation des douleurs d'allure mécanique vers septembre 2008 et diagnostic d'une rupture transfixiante en décembre 2008 et une opération le 8 juin 2009 seulement, en raison du délai d'attente des HUG. L'incapacité de travail à 100% depuis le 21 décembre 2008 est prescrite pour une durée indéterminée.

- b) rapport du 18 août 2009 du Dr L_____ qui mentionne une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, des douleurs à l'épaule droite d'allure mécanique et à la mobilisation, que le pronostic est incertain, avec une évolution post-opératoire plutôt mitigée et le maintien de l'incapacité totale de travail. Les restrictions sont l'utilisation en élévation, les mouvements répétitifs du bras droit et le port de charges et il faut attendre fin octobre pour évaluer la récupération fonctionnelle de l'épaule et discuter d'une réadaptation.
- c) rapport du Dr M_____, chef de clinique du service de chirurgie orthopédique, du 11 septembre 2009, qui confirme la déchirure partielle du sus-épineux, le conflit sous-acromial et la calcification de l'épaule droite, les limitations sont des douleurs à l'épaule en élévation à plus de 90%, l'activité actuelle est exigible à 100%, le rendement est partiellement réduit, l'amélioration de la capacité de travail est probable en décembre. Il exclut le travail avec les bras au-dessus de la tête et le port de charges de plus de 10 kg.
7. Lors d'un entretien d'évaluation le 3 novembre 2009, l'assurée a indiqué qu'elle ne souhaitait pas "être à l'AI", mais voulait travailler, tout en étant consciente que son activité habituelle n'était pas adaptée et il a alors été question de cours de français et d'informatique. Le SMR a donné son accord pour ces cours à la condition que la position du membre supérieur droit soit respectée et a suggéré une réévaluation de l'état de santé en janvier 2010. L'assurée s'est elle-même rendue chez SIGHT & SOUND pour se renseigner sur des cours d'informatique.
8. Par décision du 26 janvier 2010, l'assurée a été mise au bénéficiaire de cours de français et de bureautique de janvier à mai 2010 à raison de 3 heures par jour, dans le cadre d'un plan de réadaptation au titre de la détection précoce. Elle a été à l'arrêt à 100% du 1^{er} au 4 mars 2010 afin de procéder à une infiltration, puis a demandé et obtenu en avril 2010 de réduire le rythme des cours à raison d'un jour sur deux en raison des importantes douleurs ressenties.
9. Le 11 mai 2010, le service de la réadaptation a informé l'assurée que des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées.
10. Les rapports médicaux encore réunis par l'OAI sont les suivants:
- a) rapport du 20 mai 2010 du Dr L_____ qui indique que l'état de santé est stationnaire, les douleurs persistant à l'épaule droite malgré l'acromioplastie avec toilette articulaire de l'épaule droite le 8 juin 2009. Une discrète amélioration d'environ 30% à 40% au niveau des douleurs, ainsi qu'une amélioration des mobilités articulaires d'environ 20%, suite à une infiltration sous-acromiale du 1^{er} mars 2010 est mentionnée. La capacité de travail reste de 0% quelle que soit l'activité. En effet, il est difficile d'envisager une reprise de travail chez une patiente sans formation, ayant toujours travaillé dans des activités manuelles. La compliance est optimale et la concordance entre les plaintes et l'examen clinique

est bonne. S'agissant de la reprise du travail, il estime que la situation n'est pas encore stabilisée, l'évolution est lente mais plutôt favorable, grâce à l'infiltration de mars 2010, l'IRM du 18 février 2010 ayant mis en évidence un volumineux épanchement au niveau de la bourse sous-acromiale ainsi qu'une tendinopathie. Il convient donc de poursuivre la rééducation et d'évaluer la situation en septembre, date à laquelle l'assurée devrait pouvoir reprendre une activité professionnelle, qui ne soit pas trop contraignante au niveau du bras droit, en évitant le port de charges lourdes et les activités des bras au-dessus de l'horizontale.

- b) rapport du 17 juillet 2010 du Dr L. _____ adressé à l'assurance perte de gain de l'employeur qui rappelle que l'assurée souffre de façon très épisodique de tendinite récidivante de l'épaule droite depuis 2003, affection à l'époque bénigne, et ce n'est qu'en 2008 qu'elle présente des douleurs handicapantes, avec mise en évidence d'une fissuration du tendon du sus-épineux avec conflit sous-acromial justifiant l'intervention chirurgicale du 8 juin 2009. L'évolution est suivie par une capsulite rétractile de l'épaule nécessitant une longue physiothérapie et plusieurs infiltrations. L'infiltration du 1^{er} mars 2010 permet une amélioration subjective et objective partielle, avec apparition de douleurs de l'épaule gauche depuis le mois d'avril 2010, en relation avec la surcharge acromio-claviculaire et sterno-claviculaire gauche qui s'améliore progressivement sous physiothérapie et acupuncture. Les douleurs à l'épaule droite persistent lors des mouvements d'élévation au-dessus de 110° ainsi que de rétropulsions et de port de charges de plus de 4 kg à 5 kg à l'épaule droite et des douleurs modérées persistent au niveau acromio et sterno-claviculaire gauche. Le pronostic est favorable au vu de l'amélioration fonctionnelle et subjective de sorte que d'ici fin août ou septembre, l'assurée devrait pouvoir envisager une reprise de la capacité de travail, mais il serait souhaitable de réorienter la patiente dans une activité moins contraignante, voire proposer une aide au placement.
- c) rapport du 25 août 2010 du Dr L. _____ qui indique que l'état de santé est stationnaire, qui donne le détail de la mobilité de l'épaule droite et gauche, qui restent douloureuses. Le pronostic est en partie favorable, mais le status clinique reste incompatible avec une activité manuelle importante, étant précisé que depuis avril 2010, suite à l'utilisation excessive du membre supérieur gauche, l'assurée se plaint de douleurs à cette épaule-là. La capacité de travail reste nulle, mais on peut envisager des activités de manutention légère sans activité des bras au-dessus de l'horizontale et sans port de charges importantes, ni mouvements répétitifs des bras principalement en adduction ou en élévation (éviter de travailler à la chaîne). Au vu de la récupération fonctionnelle satisfaisante du bras droit, il faut envisager rapidement une aide au placement ou dans une activité adaptée ou une orientation professionnelle pour permettre à l'assurée de se réinsérer dans le monde du travail.

- d) rapport du 10 septembre 2010 du Dr M_____ qui indique que l'état de santé s'est amélioré, les deux derniers examens datent du 19 septembre 2009 et du 3 février 2010, les douleurs ont diminué mais la mobilité reste identique. Il mentionne ensuite que l'état de santé ne s'est pas modifié de façon notable et indique que l'assurée était sans emploi avant l'opération.
- e) rapport du 22 novembre 2010 du Dr L_____ qui indique que l'évolution est en dent de scie et que les douleurs de l'épaule droite persistent, malgré une amélioration fonctionnelle de la mobilité, auxquelles se sont ajoutées les douleurs mécaniques de l'épaule gauche, des douleurs cervicales puis, en octobre 2010, des douleurs de la main droite en relation avec une ténosynovite du fléchisseur des troisième et quatrième doigts. L'état de santé est stationnaire avec des périodes d'aggravation ponctuelles. Dans une activité de manutention légère, respectant les limitations rappelées, la capacité de travail peut être estimée comme étant complète et l'assurée devrait être apte à reprendre une activité professionnelle qui ne soit pas trop contraignante pour les épaules.
- f) avis du 18 janvier 2011 du SMR qui retient une incapacité totale dans l'activité habituelle, une pleine capacité dans une activité adaptée, à traduire en termes de métier avec un spécialiste de réadaptation et rappelle les limitations fonctionnelles. La déchirure du sus-épineux qui a nécessité une acromioplastie s'est compliquée d'une capsulite rétractile de l'épaule droite, puis d'une périarthrite de l'épaule gauche (Dresse N_____).
11. L'assurée a précisé le 19 octobre 2010 qu'elle avait consulté divers thérapeutes pour tenter d'accélérer sa guérison.
12. L'assurée a été licenciée pour le 28 octobre 2010 et s'est inscrite au chômage. Elle a perçu des indemnités de chômage de novembre 2010 à juillet 2011, des prestations en cas de maladie de septembre 2011 à août 2012, et entre les deux, en août 2011, une somme versée par le service des mesures cantonales.
13. Le service de la réadaptation a déterminé le 22 février 2011 qu'en procédant à la comparaison des revenus selon l'ESS, le degré d'invalidité est de l'ordre de 14%, ce qui ne permet pas l'octroi de mesures professionnelles, précisant que l'assurée est inscrite au chômage et que ce dernier devrait être en mesure de l'aider dans ses recherches d'emploi. Le revenu avec invalidité est fixé à 44'589 fr. (ESS 2008, TA 1, femme, niveau 4, pour 41.6 heures de travail, réévalué à 2009, à 100%, avec un abattement de 15%, compte tenu de son âge, de son problème de santé et des limitations fonctionnelles qui en résultent). Le revenu sans invalidité est de 51'727 fr. (3'979 fr. x 13)
14. Par projet du 23 mai 2011, l'OAI octroie à l'assurée une rente d'invalidité entière (100%) du 1^{er} janvier au 30 novembre 2010. Dès le 1^{er} septembre 2010, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée a été retenue et une

comparaison des gains aboutit à une perte de gains de 14%. Ce degré d'invalidité n'ouvre ni le droit à des mesures de reclassement, ni à une rente.

15. Par pli du 23 mai 2011, l'OAI a transmis à la caisse de compensation compétente les indications concernant l'invalidité.
16. L'assurée a indiqué à l'OAI, le 10 juin 2011, que son état de santé s'était dégradé depuis son entrée au chômage et qu'elle s'opposait au projet, ce à quoi l'OAI a répondu, le 20 juin 2011, que l'arrêt de travail n'était pas suffisant pour modifier la position.
17. Le syndicat UNIA s'est constitué pour représenter l'assurée auprès de l'OAI le 30 juin 2011.
18. La motivation de la décision a été transmise par l'OAI à la caisse de compensation le 5 juillet 2011, afin que la caisse prépare le calcul de la prestation et notifie la décision.
19. Selon la décision du 17 novembre 2011 de la caisse AVS FER-CIAM 106.1 (ci-après la Caisse) il ressort de l'examen du dossier que les bases de calcul de la rente de veuve (1'540 fr./mois) sont plus favorables que celles de la rente d'invalidité (1'370 fr./mois), de sorte qu'aucun versement au titre de rente d'invalidité ne sera effectué pour la période de janvier à novembre 2010, la rente de veuve étant plus élevée. La décision précise qu'elle peut faire l'objet d'une opposition auprès de la Caisse. Ladite décision a été transmise au syndicat UNIA le 19 mars 2012.
20. Par pli du 26 juin 2012, l'avocate de l'assurée a interpellé l'OAI, faisant valoir que ni l'assurée, ni son syndicat n'ont reçu de décision suite au projet datant de mai 2011 et sollicite une copie du CD-ROM contenant le dossier intégral de sa cliente et la notification, en bonne et due forme, de toute éventuelle décision rendue dans le cadre de ce dossier, avec indication des motifs et voies de recours.
21. Sur ce, l'OAI a adressé à l'avocate le CD-ROM, le 27 juin 2012.
22. Par pli et téléfax urgent du 18 juillet 2012, l'avocate de l'assurée fait valoir que la décision de la Caisse ne comportait aucune motivation au fond, concernant le refus de toute prestation AI au-delà du 30 novembre 2010, l'assurée n'ayant ainsi jamais reçu de décision en bonne et due forme qui lui permette de faire valoir correctement son droit d'être entendue dans le cadre d'un éventuel recours. Elle informe que, sans réponse de la part de l'OAI dans 5 jours, elle déposera un recours par-devant la Chambre des assurances sociales, visant à la constatation de la nullité de la "décision" subsidiairement pour déni de justice.
23. Le 19 juillet 2012, l'OAI a notifié à l'avocate de l'assurée la décision de la Caisse du 17 novembre 2011.

24. Par recours du 23 juillet 2012, l'assurée, représentée par son avocate, conclut à la constatation de la nullité de la décision de la Caisse du 17 novembre 2011, qui ne contient aucune motivation, ni indication des voies de recours, subsidiairement à la constatation de l'existence d'un déni de justice, plus subsidiairement encore à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2010.
25. Dans son préavis du 15 août 2012, l'OAI mentionne que la décision de la Caisse du 17 novembre 2011 a été notifiée à la recourante et que son conseil en a pris connaissance lors de l'envoi de l'intégralité du dossier AI, de sorte qu'il ne s'agit pas d'un déni de justice, mais d'un problème concernant la régularité de la notification d'une décision, soit de recevabilité du recours. Cela étant, à défaut de notification par voie recommandée, il est établi que le conseil de la recourante a pris connaissance de la décision au plus tôt le 27 juin 2012, de sorte que son recours est déposé en temps utile. Quoi qu'il en soit, pour réparer un éventuel vice, l'OAI a notifié le jour-même à l'avocate de la recourante, la décision par pli recommandé, soit une décision de l'OAI et non pas de la Caisse, dont le contenu reste inchangé, le recours pour déni de justice étant par conséquent sans objet. Sur le fond, il convient d'impartir un délai à la recourante pour qu'elle complète son recours et à l'OAI pour qu'il y réponde. L'OAI joint à son préavis celui de la Caisse du 9 août 2012 qui indique être d'accord avec l'avocate de l'assurée, en ce sens que c'est une décision AI, et non pas une décision AVS qui aurait dû lui être notifiée, avec la motivation de l'OAI par rapport à l'invalidité, mais que le recours pour déni de justice est devenu sans objet.
26. Il ressort de la motivation de la décision de l'OAI émise le 5 juillet 2011 et notifiée le 15 août 2012 que le taux d'invalidité de 14% ne donne pas droit à des mesures professionnelles. S'agissant de l'orientation professionnelle, au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et des services, un nombre significatif de celles-ci sont adaptées aux empêchements de l'assurée, qui ne nécessite donc pas l'intervention de l'OAI. Les conditions du reclassement professionnel ne sont pas remplies, dès lors que l'invalidité n'atteint pas 20%. L'aide au placement n'est pas justifiée, dès lors que l'état de santé n'implique pas de difficulté pour trouver un travail et que, au surplus, l'assurée bénéficie d'une aide concrète dans le cadre du chômage. Le revenu sans invalidité est fondé sur les données communiquées par l'employeur, soit 51'727 fr. Le revenu avec invalidité est fondé sur l'ESS, TA1, femme, niveau 4, pour 2009, de 52'457 fr., soit, après un abattement de 15% de 44'589 fr.
27. Par pli du 11 septembre 2012, l'assurée prend acte du fait que la décision motivée lui a finalement été notifiée, souhaite que son recours soit déclaré recevable, qu'un délai pour le compléter lui soit octroyé et que, lors de la fixation des dépens, il soit tenu compte du travail supplémentaire effectué compte tenu de l'irrégularité commise.

28. Par complément de recours du 15 octobre 2012, l'assurée conclut à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, d'une orientation et d'un reclassement professionnel dès le 1^{er} décembre 2010, accompagnés d'indemnités journalières partielles pour la durée desdites mesures, avec suite de dépens. En substance, elle reproche à l'OAI de n'avoir procédé à aucun examen médical, le généraliste du SMR s'étant prononcé sur dossier et le Dr L_____ n'ayant pas été précisément interrogé sur la capacité de travail de l'assurée. S'agissant de la comparaison des revenus, le salaire de l'assurée était variable, et il s'est par exemple élevé à 53'599 fr. en 2008, de sorte que réadapté à 2009, il faut retenir un salaire de 54'715 fr. Ainsi, le taux d'invalidité de 18,5% au moins justifie des mesures d'ordre professionnel. Elle sollicite l'audition du Dr L_____ et joint à son acte une attestation de ce dernier du 5 août 2011, qui rappelle les limitations fonctionnelles, indique que la capacité de travail est de 0% dans son ancienne activité (blanchisseuse) et de 50% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles.
29. Par pli du 15 novembre 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. S'agissant de l'état de santé, l'instruction a été complète et s'est fondée sur le rapport du Dr L_____ qui atteste d'une pleine capacité de travail dans une activité moins contraignante et dont l'avis est corroboré par le Dr M_____, le SMR n'ayant pas d'élément justifiant de requérir l'avis d'un autre médecin. La pièce produite, soit l'avis du médecin du 5 août 2011 ne contient ni status ni description de l'évolution, de sorte que, selon le SMR, il convient de se renseigner pour savoir si, au-delà du 5 août 2011, il y a eu une évolution de l'état de santé. L'OAI conclut donc au renvoi du dossier afin d'instruire l'éventuelle évolution entre le 5 août 2011 et la notification de la décision, subsidiairement propose que la recourante indique s'il y a, ou pas, aggravation.
30. L'assurée a contesté le revenu sans invalidité de 51'727 fr., faisant valoir que, selon la convention collective applicable, il était de 53'326 fr. en 2009 pour un travailleur sans CFC, et ayant entre 5 ans et 10 ans d'expérience et de 55'861 fr. en 2009, pour un travailleur ayant plus de dix ans d'expérience.
31. La Cour a interrogé le Dr L_____, afin d'éclaircir les motifs pour lesquels il mentionne une capacité de travail limitée à 50% dans son rapport du 5 août 2011 adressé au syndicat UNIA, alors qu'il retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en novembre 2010.

Le 8 janvier 2013, le Dr L_____ a répondu ainsi aux questions de la Cour. L'état de santé de l'assurée s'est aggravé de façon progressive depuis ces deux dernières années, postérieurement à novembre 2010. Elle présentait alors principalement des douleurs handicapantes de l'épaule droite ayant nécessité une chirurgie le 8 juin 2009 puis les douleurs des deux épaules ont évolué négativement, principalement du côté gauche. Depuis l'automne 2011, l'assurée a

présenté des ténosynovites des doigts récurrentes, d'abord soulagés par des infiltrations de cortisones, puis résistant à ces infiltrations et ayant nécessité des interventions chirurgicales avec un résultat partiel. Des douleurs à l'épaule gauche se sont amplifiées, ayant nécessité plusieurs infiltrations, des séances de mésothérapies ainsi que des ondes de choc sans grand succès. Ainsi, les diagnostics ne se sont pas modifiés, mais le caractère douloureux et handicapant s'est amplifié par rapport au status de fin août 2010, actuellement, au niveau de l'épaule droite, la limitation des mobilisations passives en élévation abduction est plus marquée et la mobilité interne est nettement diminuée et il existe toujours des signes de conflit sous-acromial marqués. S'agissant de l'épaule gauche, le médecin n'avait pas noté de limitations de la mobilisation passive et active à fin 2010 et, actuellement, la patiente présente clairement un conflit sous-acromial avec limitation active de la mobilité en abduction-élévation à 110 degrés, la rotation interne, qui était normale, est actuellement limitée fortement avec une distance pouces-aisselles de 48 cm, avec d'importants signes de coincement. S'agissant des mains, elle n'en souffrait que peu fin 2010, alors qu'elle présente actuellement des douleurs ayant nécessité des infiltrations et des interventions chirurgicales, avec une limitation pour les prises actives. Finalement, les douleurs lombaires, encore occasionnelles avant 2010, sont récurrentes dans le cadre de discopathies de la colonne lombaire associées à une périarthrite de la hanche rebelle. S'agissant des limitations fonctionnelles, auparavant, l'assurée était principalement gênée de l'épaule droite (port de charges, élévation du bras au-dessus de l'horizontal). Actuellement, la symptomatologie de l'épaule gauche est nettement plus douloureuse avec des limitations (mouvements répétitifs, d'élévation, port de charges de plus de 3 à 4 kg) et s'y ajoutent les limitations liées aux mains (force ou dextérité), ainsi que celles concernant les lombalgies (activité statique, position assise ou debout prolongée). S'agissant de l'évolution de la capacité de travail, en novembre 2010, il a assisté progressivement à une récupération de l'épaule droite, ce qui l'a amené à penser qu'une reprise du travail dans une activité adaptée pourrait être possible. Dans les mois qui ont suivi, la détérioration de l'état ostéo-articulaire de l'assurée, avec aggravation des douleurs de l'épaule gauche, atteinte récurrente aux niveaux des coudes (épicondylite, épitrochléite), des mains (ténosynovite) ainsi qu'au niveau du dos l'a obligé à modifier son appréciation au vu de cette évolution.

32. Les parties ayant renoncé à solliciter des mesures d'instruction complémentaire, un délai leur a été imparti pour conclure.
33. Par pli du 21 février 2013, l'OAI conclut au rejet du recours, fait valoir que le salaire sans invalidité a été correctement établi, sur la base du salaire effectivement perçu par l'assurée et, du point de vue médical, que le SMR estime que l'avis du Dr L_____ ne contient pas de nouveaux éléments médicaux objectifs qui feraient changer d'avis le SMR. Une activité adaptée à plein temps est pleinement exigible. Le SMR relève que le Dr L_____ a changé trois fois d'avis par rapport à la

capacité de travail dans une activité adaptée, partant d'une pleine capacité à une capacité nulle dans son dernier rapport.

34. L'assurée persiste dans ses conclusions le 21 février 2013. La brève amélioration de son état de santé autour du mois de novembre 2010 correspond à la période durant laquelle elle a touché des prestations de l'assurance chômage, avec une tentative de reprise d'emploi. La position du Dr L. _____ est claire et motivée alors que la décision de l'OAI est fondée sur un avis médical du SMR, rendu par un médecin non spécialisé, et sur la seule base du dossier, sans examen de l'assurée.
35. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. 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^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. a) Le litige porte sur l'amélioration de l'état de santé de l'assurée dès le 1^{er} septembre 2010 et sa capacité de travail dans une activité adaptée depuis lors et, singulièrement, sur le droit de l'OAI de supprimer la rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2010.

b) La recourante a renoncé à invoquer un déni de justice suite à la notification irrégulière de la décision - émanant de la caisse AVS et non pas de l'OAI et sans motivation s'agissant de la "suppression" de la rente - eu égard à la recevabilité de son recours, déposé le 23 juillet 2012, dès lors que l'OAI a finalement notifié une copie de la décision le 19 juillet 2012 et une décision en bonne et due forme le 15 août 2012.
6. a) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; ATF non publié 9C_1006/2010 du 22 mars 2011, consid 2.2).

b) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable.

En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la

décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

7. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

b) 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.

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).

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).

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).

b) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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).

Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

c) 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).

9. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un

avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité 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).

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).

10. a) D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGGA).

b) Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) 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^{er} 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).

11. En l'espèce, l'incapacité de travail définitive dans l'activité antérieure d'ouvrière n'est pas contestée par l'OAI et seule celle dans une activité adaptée est litigieuse. La Cour estime que les rapports du Dr M_____ ne sont pas suffisamment précis pour être probants. Ils contiennent des erreurs sur des éléments de fait concernant la patiente, retiennent une pleine capacité de travail dans l'activité antérieure, alors que tous les autres médecins admettent que l'activité d'ouvrière n'est plus adaptée, puis confirment cette pleine capacité sur la base d'un examen en février 2010, soit précisément lors de l'aggravation de l'état de l'épaule droite ayant nécessité une infiltration. S'agissant des rapports du Dr L_____, ils ont toujours été précis, clairs, nuancés et bien motivés. A chaque reprise, ce spécialiste en rhumatologie décrit précisément les constatations objectives et les plaintes subjectives de sa patiente. Les limitations fonctionnelles retenues sont clairement indiquées. Ses avis sont nuancés et motivés s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée et lorsque l'évolution est favorable, du point de vue de la mobilité et des douleurs, il l'annonce sans détour et admet alors une amélioration de la capacité de travail de sa patiente.

Le Dr L_____ a en effet constaté une lente mais certaine amélioration dès le mois de mai 2010 s'agissant des troubles de l'épaule droite après l'infiltration de

mars 2010, ces troubles ayant justifié l'incapacité de travail depuis décembre 2008. Ensuite, il a estimé fin août que l'assurée était capable d'exercer en plein une activité adaptée, et malgré l'apparition des douleurs à l'épaule gauche et à deux doigts d'une main, il a confirmé en novembre 2010 que l'amélioration de la mobilité de l'épaule droite, toujours douloureuse, devait permettre à sa patiente de reprendre un activité peu contraignante à 100%. Aussi, l'avis du SMR du 18 janvier 2011, fondé sur ce pronostic favorable, pouvait légitimement retenir une pleine capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux importantes limitations de l'assurée, concernant alors principalement l'épaule droite.

Il s'est toutefois avéré que ce pronostic favorable ne s'est pas confirmé ou en tout cas que l'amélioration a été suivie d'une aggravation. A ce sujet, le Dr L_____ expose avec précision que, fin 2010, aucune limitation de la mobilisation passive et active de l'épaule gauche n'avait été constatée alors qu'ensuite, l'assurée présentait clairement un conflit sous-acromial avec les limitations qui sont décrites et des signes de coincements importants. En outre, il a assisté à une importante augmentation des douleurs des deux doigts courant 2011, persistantes, malgré plusieurs tentatives d'infiltrations et d'interventions chirurgicales, sans compter l'aggravation des douleurs lombaires, associées à une périarthrite de hanche rebelle. Pour retenir les nombreuses et nouvelles limitations fonctionnelles, concernant l'épaule gauche, les deux mains et le dos, ce médecin se fonde sur des constatations objectives et non pas seulement sur les plaintes subjectives de sa patiente. Au vu du nombre et de l'importance des limitations fonctionnelles objectivées, de la persistance des douleurs malgré les divers traitements tentés, la limitation de la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée est bien motivée. Suite aux explications complémentaires du Dr L_____, l'avis du SMR du 21 février 2013 n'est pas convainquant. D'une part, les diagnostics ont été modifiés, dès lors que les douleurs de l'épaule droite ont été objectivées, les diagnostics concernant la main droite se sont étendus à la main gauche et que l'assurée souffre désormais également d'épicondylite et d'épitrôchléite aux coudes, sans compter les lombalgies. D'autre part, le Dr L_____ n'a pas changé 3 fois d'avis. Après avoir estimé que l'assurée pouvait présenter une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, il a dû revoir son pronostic et limiter cette capacité de travail à 50 % en raison de l'objectivation de l'aggravation de l'état de santé. C'est ce qui ressort de son avis du mois d'août 2011 et de ses réponses aux questions de la Cour du 8 janvier 2013. Il ne prétend pas que sa patiente ne présenterait plus aucune capacité de travail dans aucune activité adaptée mais indique que l'importance des atteintes ostéo-articulaires et leur caractère handicapant ont justifié une restriction de sa capacité de travail et expose que c'est sur cette base qu'il a attesté d'une capacité limitée à 50 % en août 2011.

Ainsi, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que si l'assurée disposait peut-être d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée en

septembre 2010, cette amélioration n'a pas duré plus que quelques mois, de sorte que lors de la décision litigieuse du 17 novembre 2011, notifiée le 19 juillet 2012, l'aggravation survenue progressivement dès début 2011 ne permettait pas de supprimer, entièrement et définitivement, la rente accordée. C'est ainsi à tort que l'OAI a supprimé toute rente à l'assurée dès le 1^{er} décembre 2010. Partant, cette décision doit être annulée.

11. Le revenu sans invalidité a été correctement établi par l'OAI. En effet, la recourante était régulièrement salariée depuis 2000 par la même entreprise, qui a attesté qu'en 2009, son salaire était fixé à 3'979 fr. par mois, 13 fois l'an, soit 51'727 fr. Il était fixé à 3'694 fr. en 2006, 3'794 fr. en 2007 et 3'934 fr. en 2008. Le fait que, durant la seule année 2008, l'assurée ait eu un salaire plus important durant les mois d'avril à août 2008 ne permet pas de retenir que le salaire était variable. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de se fonder sur les grilles salariales ressortant d'une convention collective, fut-elle obligatoire à l'égard de l'employeur, pour déterminer le salaire sans invalidité. En effet, ce dernier correspond à ce que l'assuré aurait réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. En l'espèce, l'assurée aurait continué à percevoir le salaire contractuellement convenu, même s'il est en dessous de celui de la CCT, car elle ne rend pas vraisemblable qu'elle avait l'intention, en 2009, d'assigner son employeur devant les Prud'hommes pour obtenir l'application de cette convention collective et, corolairement, l'augmentation de son salaire. En 2009 donc, le salaire sans invalidité était de 51'727 fr. Il n'a pas été établi par l'OAI quel aurait été ce salaire, en 2011, dans l'entreprise en question.

S'agissant du revenu avec invalidité, l'importance des limitations fonctionnelles de l'assurée, qui touchent les deux épaules, les deux coudes et les deux mains, sans compter le dos, ne permettent pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle serait en mesure d'effectuer la plupart des métiers ressortant des ESS, TA1, en général, compte tenu de la description de son activité habituelle, qui est retenue comme n'étant pas adaptée. C'est pourtant sur cette base que l'OAI a fixé un taux d'invalidité de 14% qui exclurait selon lui toute mesure professionnelle. D'une part, le taux d'invalidité doit être fixé après détermination des activités que l'assurée est effectivement en mesure de faire. D'autre part, l'orientation professionnelle et les autres mesures professionnelles, outre le reclassement, n'exigent pas un taux d'invalidité de 20%. Aucun élément du dossier ne permet de retenir que l'assurée ne serait pas motivée pour une telle mesure, au contraire. Lors de sa demande initiale, elle a clairement indiqué vouloir travailler et non pas "être à l'AI". Elle a elle-même pris contact avec l'école dans laquelle elle a suivi des cours durant la mesure de réadaptation et l'incapacité de suivre pleinement la mesure en raison de l'aggravation des douleurs correspond à l'aggravation transitoire de mars 2010.

En admettant que l'assurée puisse exercer, à mi-temps, les activités fondant les salaires ressortant de l'ESS en général, il convient alors, conformément aux chiffres

retenus par le Service de la réadaptation en février 2011, de se fonder sur l'ESS 2008, pour 41.6 heures de travail, réévalué en 2009. Ce salaire de 52'457 fr. à 50 % avec l'abattement retenu de 15 % détermine un revenu avec invalidité de 22'294 fr.. Comparé au salaire de l'assurée en 2009 de 51'727 fr, il détermine un taux d'invalidité de 56,9 %.

Ainsi, la cause doit être renvoyée à l'OAI afin d'examiner - en interpellant d'abord le Dr L _____ - quelle a été l'évolution de la capacité de travail dès le début de l'année 2011, si l'état de santé est stabilisé ou si une amélioration est encore possible, voire si la capacité de travail résiduelle à 50% s'est maintenue ou si elle s'est modifiée. Si l'état est stabilisé et qu'une capacité résiduelle existe, il convient de déterminer quelles activités sont adaptées aux limitations, avant de décider si et quelles mesures professionnelles sont nécessaires, à défaut, fixer le taux d'invalidité au-delà du 30 novembre 2010 et les rentes dues en conséquence.

12. Ainsi, la décision de suppression définitive de toute rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2010 n'est pas fondée, à défaut l'amélioration durable de l'état de santé de l'assurée, la pleine capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée n'étant plus établie au-delà de janvier 2011. La cause sera donc renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire conformément à ce qui précède.

A noter encore que la rente de veuve est supérieure à la rente entière d'invalidité et que le cumul est exclu par la loi. Ainsi, l'annulation de la décision de "suppression" de la rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2010 n'a pas de conséquence pécuniaire directe. Toutefois, la durée du droit à cette rente entière, puis après une éventuelle interruption de quelques mois, l'octroi d'une demi-rente ou d'une rente entière restent déterminants, eu égard notamment aux droits éventuels de l'assurée à des prestations complémentaires à l'assurance-invalidité.

- 14 Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 17 novembre 2011 sera annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 3'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, afin de tenir compte du nombre d'écritures et autres actes de procédure de son conseil, y compris s'agissant de l'irrégularité - reconnue par la caisse - de la décision du 17 novembre 2011 (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, annule la décision du 17 novembre 2011 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
4. Le condamne à verser une indemnité de procédure de 3'500 fr. en faveur de la recourante à titre de dépens.
5. 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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