

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3617/2017

ATAS/1084/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 novembre 2017

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à LA TOUR-DE-PEILZ,
représentée par PROCAP Service juridique

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Maria COSTAL et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1961, suisse, a effectué sa scolarité en Suisse et a obtenu une maturité fédérale et un baccalauréat, puis une demi-licence en lettres et un diplôme de gestion d'entreprise. Elle a travaillé en dernier lieu en qualité de commise administrative au bureau des immatriculations de l'Université de Genève dès le mois de février 2003, poste dont elle a démissionné avec effet au 31 octobre 2008.
2. En date du 29 avril 2008, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), sollicitant un reclassement dans un poste à temps partiel et une rente à titre complémentaire.
3. L'OAI a octroyé à l'assurée des mesures d'ordre professionnel sous la forme d'un reclassement, prenant en charge les coûts d'une formation supérieure qui s'est achevée par l'obtention d'un diplôme d'études avancées (DAS) en marketing, communication et e-business et d'un DAS en création de luxe et métiers de l'art fin octobre 2011.
4. Selon une note d'entretien du 21 septembre 2011 entre le conseiller en réadaptation et l'assurée, il ressort que celle-ci souhaitait suivre une formation supplémentaire en tourisme et avançait dans un projet avec l'Office du Tourisme, tout en revendiquant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.
5. Le docteur B_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a été mandaté par l'OAI pour effectuer une expertise. Dans son rapport du 9 janvier 2012, il a retenu le diagnostic de cervico-omalgies droites chroniques, ayant une incidence sur la capacité de travail, ainsi qu'un status après une acromioplastie de l'épaule droite le 13 avril 2007 et une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs. L'examen clinique ne mettait pas en exergue d'altération de la mobilité du squelette axial (principalement de la nuque), ni arthrite, ni synovite. Il existait une discrète altération de la mobilité de l'épaule droite, ainsi que des douleurs médianes paramédianes bilatérales pluri-étagées de C3 à C7 prédominant du côté droit, s'associant à des zones insertionnelles intéressant le muscle trapèze droit, l'angulaire de l'omoplate de ce côté et les muscles rhomboïdes des deux côtés. Il n'y avait pas de syndrome irritatif des membres et les réflexes ostéotendineux étaient vifs et symétriques. Il n'y avait pas non plus d'altération de la force ou de trouble de la sensibilité. L'expert a noté que l'assurée alléguait des cervicalgies et des omalgies droites chroniques, mais que l'examen clinique était relativement rassurant et que la restriction d'amplitude de l'épaule était très modeste au status. Il a ainsi estimé que les plaintes douloureuses étaient disproportionnées par rapport aux constatations objectives, ce qui était étayé par les propos de la doctoresse C_____, qui avait relevé l'existence d'une anxiété et d'un stress psychologique, lesquels avaient une répercussion sur la capacité de travail. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 90% depuis le 17 octobre 2008, capacité qui tenait compte de la diminution de rendement qui restait liée à la diminution de

vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant l'épaule droite et la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Les limitations étaient les suivantes : les travaux lourds, le port de charges au-delà de 2 à 3 kg de manière répétitive avec le membre supérieur droit et le travail sur un clavier d'ordinateur plus d'une heure en continu. En outre, le travail devait permettre l'alternance de la position assise et debout.

6. Dans son rapport du 23 juillet 2013, le conseiller en réadaptation de l'OAI a conclu que les activités qualifiées dans le marketing-communication-conseil aux entreprises, que l'assurée pouvait exercer, étaient adaptées à ses limitations fonctionnelles. En effet, les tâches étaient polyvalentes : recherche, sondage, analyse, rédaction, discussions, conférences et présentations avec une certaine autonomie dans l'organisation du travail. Pour arriver à cette conclusion, il s'était notamment référé à plusieurs sites internet d'orientation, qui détaillaient les activités effectuées par un spécialiste en marketing et a exposé en substance que le marketing impliquait des tâches variées qui ne nécessitaient pas de façon continue et permanente l'utilisation de l'ordinateur. Une certaine autonomie était laissée au collaborateur qui travaillait sur des projets. Le travail dans le marketing n'était ainsi pas comparable à une activité de secrétariat ou de comptable, qui nécessitait un travail de saisie continu sans autonomie. En ce qui concerne les mesures professionnelles octroyées, le conseiller en réadaptation doutait que l'année supplémentaire nécessitée par l'assurée pour les mener à terme fût due à des problèmes de santé. En outre, le stage réalisé au sein de D_____ n'avait pas donné satisfaction à l'assurée, non pour des problèmes de santé, mais en raison des tâches confiées, lesquelles ne relevaient pas du marketing et de la communication, mais de la manutention et du travail très répétitif, étant précisé que la situation n'avait pas pu être corrigée eu égard à des problèmes d'organisation interne à la société. Suite à l'échec de ce stage, d'autres mesures professionnelles n'étaient plus envisageables, attendu que l'exercice de l'activité habituelle à 70%, capacité de travail exigible d'après l'expert, permettait une meilleure capacité de gain que l'exercice d'une autre activité choisie par l'assurée, soit une activité dans le tourisme (formation sollicitée par l'assurée).
7. Par décision du 24 octobre 2013, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité de janvier à juin 2008, une demi-rente de juillet 2008 à janvier 2009 et un quart de rente de février 2009 à septembre 2011. Sur recours de l'assurée, la chambre de céans a réformé cette décision, par arrêt du 9 avril 2014 (ATAS/493/2014), dans le sens que l'assurée avait droit à une rente entière de janvier à septembre 2008 et à une demi-rente d'octobre 2008 à janvier 2012. Le recours de l'assurée contre cet arrêt a été rejeté par arrêt 9C_409/2014 du 7 novembre 2014 du Tribunal fédéral.
8. Par arrêt du 28 janvier 2015 (ATAS/54/2015), la chambre de céans a déclaré irrecevable la demande de révision interjetée par l'assurée contre son arrêt du 9 avril 2014. Cette demande était fondée sur un courrier que le docteur E_____,

spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a adressé le 12 mai 2014 au mandataire de l'assurée, missive dans laquelle ce médecin a notamment fait état de ce qu'une IRM pratiquée le 21 janvier 2014 avait montré une petite progression de la protrusion discale paramédiane droite C5-C6 par rapport à l'IRM de 2010, de sorte que l'état de la colonne cervicale s'était plutôt péjoré. Le Dr E_____ a également relevé une incohérence dans l'expertise du Dr B_____, en ce que celui-ci avait décrit un testing de la coiffe des rotateurs normal, ce qui était inexact et en contradiction avec l'examen clinique du médecin traitant et celui du professeur F_____. L'expert avait aussi minimisé les problèmes de l'épaule et des cervicales et n'avait pas tenu compte dans son appréciation des dysfonctions intervertébrales segmentaires de C3 à C7, soit des deux tiers du rachis cervical, alors même que ces dysfonctions pouvaient être à l'origine d'importantes douleurs cervicales, même si elles ne provoquaient pas une restriction de la mobilité globale. Selon le Dr E_____, l'assurée ne pouvait pas travailler à plus de 50% dans une activité adaptée, les 50% restant étant occupés par la prise en charge thérapeutique et le besoin de repos pour soulager ses douleurs chroniques.

9. Le 4 février 2015, l'assurée a requis la révision du droit à une rente, se prévalant d'une aggravation de son état de santé corroborée par une imagerie par résonance magnétique (IRM) du 21 janvier 2014 qui montrait une nette progression de la protrusion discale paramédiane C5-C6 par rapport à l'IRM de 2010 et le rapport du Dr E_____ du 12 mai 2014. Elle s'est également prévalue d'un rapport radiologique du 26 septembre 2014 relatif à une densitométrie osseuse, laquelle mettait en évidence une ostéopénie lombaire et fémorale en légère aggravation comparativement aux dernières valeurs mesurées en 2012.
10. Selon l'avis médical du 8 septembre 2015 de la docteure G_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR), l'IRM cervicale de 2014 montrait des lésions dégénératives débutantes sans éléments de gravité associés. L'arthro-IRM de l'épaule droite de mai 2015 mettait également en évidence des lésions dégénératives débutantes de cette articulation, avec une coiffe des rotateurs intacte. Ces documents médicaux ne permettaient pas de constater une aggravation clinique objective.
11. l'OAI a fait savoir à l'assurée, par courrier du 21 septembre 2015, qu'il avait l'intention de lui refuser ses prestations, une aggravation manifeste et durable de son état de santé n'ayant pas été rendue plausible.
12. Par courrier du 20 octobre 2015, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Elle a relevé que le SMR ne s'était prononcé que sur la plausibilité d'une aggravation. Or, dès lors que l'OAI était entré en matière sur la demande, cette question n'était pas déterminante. Le SMR devait uniquement indiquer quelle mesure d'instruction était nécessaire pour établir l'évolution de son état de santé depuis octobre 2013.

13. Dans son rapport du 26 janvier 2016, le docteur H_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie FMH, a diagnostiqué une omalgie droite persistante d'origine mixte : status post-acromioplastie de l'épaule droite en 2007 et syndrome cervico-brachial partiellement C6 irritatif droit. L'assurée souffrait de cervico-brachialgies chroniques. Au status, l'examen a mis en évidence une hypomobilité de la région cervicale basse avec zone d'irritation concordante à droite, une hypoextensibilité de l'angulaire de l'omoplate et du trapèze de manière modérée. L'amplitude articulaire en actif était limitée. La force de préhension était conservée, mais la palpation de la région épicondylienne à droite était douloureuse. Il n'y avait pas de déficit sensitif ou moteur et les réflexes étaient vifs et symétriques. Le reste du status était dans les normes, sans signe de synovite ou de ténosynovite. Il y avait également plusieurs points d'insertion douloureux.
14. L'IRM cervico-dorso-lombaire du 21 juin 2016 a montré un cordon médullaire parfaitement régulier dans sa morphologie et sans signal, une discopathie légèrement protrusive en C5-C6, sans anomalie significative à l'étage dorsal et sans rétrécissement du canal rachidien. A l'étage lombaire, uniquement une discopathie L4-L5 légèrement protrusive était mise en évidence. Il n'y avait pas de conflit disco-radulaire ni rétrécissement canalaire ou foraminal.
15. Selon le rapport du 19 octobre 2016 du docteur I_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie FMH, l'assurée souffrait de cervicalgies de caractère musculaire dysfonctionnel et de discopathie C5-C6 avec une légère protrusion discale médiane et paramédiane gauche, de douleurs à l'épaule droite dans le contexte d'un conflit sous-acromial persistant malgré un status post-acromioplastie datant du 13 avril 2007, de lombalgies de caractère mécanique et de discopathie L4-L5 légèrement protrusive. Les plaintes actuelles de la patiente étaient principalement centrées sur des douleurs musculosquelettiques multiples récurrentes avec des douleurs de la nuque et de l'épaule droite, ainsi que des douleurs plus modérées, mais persistantes, du dos et des péri-hanches. Les cervicalgies étaient décrites comme permanentes, ressenties selon le mode positionnel, surtout lorsque la patiente restait assise statique, tête penchée, notamment pour travailler à l'ordinateur. Les nuchalgies étaient accentuées par les mouvements de torsion et d'extension cervicale, ce qui rendait la conduite automobile difficile, notamment pour les mouvements de rotation cervicale. La patiente décrivait par intermittence des céphalées de topographie occipitale et des tensions de la musculature para-vertébrale cervicale. Associée aux nuchalgies, l'assurée disait souffrir d'une douleur de l'épaule droite accentuée par les mouvements sollicitant le bras droit en hauteur et en charge. Le travail prolongé à l'ordinateur était problématique, notamment pour manier la souris avec la main droite. Les douleurs du bas du dos étaient globalement modérées. Toutefois, il y avait des phases d'accentuation des lombalgies lors du maintien des positions assise et debout statiques, ainsi que lors des mouvements et des efforts sollicitant le rachis, surtout en anté-flexion et en charge. Le pronostic était réservé du fait de la

persistance des douleurs cervico-scapulaires droites et la récurrence d'un conflit sous-acromial associé à une omarthrose débutante, ainsi que de l'inefficacité des différentes mesures thérapeutiques mises en œuvre. Le seul élément positif était le fait que l'assurée avait la volonté de maintenir son travail de guide indépendante dans le domaine touristique, mais à un taux réduit de 50 %. La thérapie consistait en médication antalgique, anti-inflammatoire et myorelaxant essentiellement. Des traitements de physiothérapie étaient recommandés pour le futur. Sur le plan professionnel, l'activité indépendante de guide et d'organisatrice de visites et de tours touristiques culturels paraissait adaptée au taux de 50 à 60 %. La capacité de travail était réduite du fait des limitations fonctionnelles (impossibilité de maintenir les positions statiques prolongées assise et debout, la nécessité d'alterner les positions, l'impossibilité d'effectuer des travaux avec les bras en hauteur et surtout en charge, nécessité d'aménager des pauses toutes les deux heures, voire toutes les heures). Dans le travail de guide indépendante, les limitations avaient un impact sur la part des travaux bureautiques à l'ordinateur pour l'organisation, la planification et la gestion des visites touristiques, l'assurée ne pouvant rester assise à l'ordinateur plus d'une heure d'affilée et au total plus de deux heures trente à trois heures par jour. Les activités manuelles et la marche ne pouvaient être effectuées au total plus de quatre à cinq heures par jour.

16. Le 24 février 2017, l'assurée a été examinée par le docteur J_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi que rhumatologie FMH, du SMR. Celui-ci a émis les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervicalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de protrusion discale C5-C6 avec un remaniement de type MODIC I.M54.2 et de douleurs chroniques du membre supérieur droit, dans un contexte d'omarthrose débutante. Les lombalgies communes étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de travail prolongé la tête en extension et les bras au-dessus de la tête, ni de rotation rapide; pas de travail prolongé de dactylographie au-delà de trente minutes ni travail statique devant un écran d'ordinateur au-delà de trente minutes; pas de travail prolongé au-dessus de l'horizontale, ni de mouvements répétés d'abduction/adduction du bras; pas de port de charges répété au-delà de 5 kg et de soulèvement de charges avec le bras droit au-delà de 2-3 kg. La capacité de travail était de 75 % dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles. En comparaison avec l'examen du Dr B_____ en janvier 2012, il existait une légère péjoration de l'état de santé, mise en évidence par l'IRM cervicale de juin 2016, laquelle montrait un remaniement inflammatoire de type MODIC I avec une aggravation du volume de la discopathie par rapport à ce qui était décrit en 2010. Il y avait ainsi une légère limitation de la mobilité en flexion/extension et en rotation du rachis cervical, mais sans signe de gravité sous forme d'une hernie discale ni de signe de compression radiculaire. La situation au niveau de l'épaule droite était inchangée. Dans l'ancienne activité administrative exercée par la recourante à l'Université de Genève, la capacité de travail était de 50 %. Il ressort par ailleurs de l'anamnèse, que la recourante travaillait depuis

janvier 2014 comme guide touristique au taux de 5 à 10%. Elle n'avait pas réalisé un bénéfice avec cette activité, les charges étant plus élevées que les revenus. Depuis janvier 2017, elle travaillait à 60%, soit trois jours par semaine, comme employée au K_____ (K_____) à Lausanne. Elle gérait une boutique de tricot et devait superviser dix-huit bénéficiaires. Elle s'occupait des achats, accueillait les bénéficiaires, les aidait à tricoter et pour l'étiquetage. Ce poste était très adapté, car il y avait peu d'ordinateur. Toutefois un taux d'activité de 60% était déjà beaucoup, aux dires de l'assuré, et elle ne supportait le travail qu'en prenant des anti-inflammatoires.

17. Le 28 avril 2017, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée à 38 %, en admettant dans son calcul un abattement de 10% des salaires statistiques de référence pour le revenu d'invalidé, en raison de l'âge et du temps partiel. Les limitations fonctionnelles ne justifiaient pas un abattement supplémentaire, dès lors qu'elles avaient déjà été prises en compte dans l'estimation de la capacité de travail résiduelle.
18. Par projet de décision du 2 mai 2017, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser ses prestations.
19. Par courrier du 3 juin 2017, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil, en se fondant notamment sur un rapport du 30 mai 2017 du docteur L_____, généraliste FMH. Les formations universitaires et les métiers de la gestion d'entreprise et administrative exercés précédemment impliquaient un travail devant un écran quasi constant, incompatible avec les limitations fonctionnelles admises par le SMR. L'activité qu'elle exerçait actuellement au taux de 60 % était adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cependant, son salaire ne tenait pas compte de la formation universitaire. Elle a également contesté le salaire de référence pour le salaire d'invalidé de l'intimé, dès lors qu'elle n'était plus en mesure de mettre en valeur sa formation universitaire sur le marché du travail, si bien que ses perspectives de gain étaient manifestement inférieures à celles retenues dans le calcul de la perte de gain. Il y avait par ailleurs lieu de procéder à un abattement supplémentaire du salaire de référence avec invalidité de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. L'assurée a ainsi conclu à l'octroi d'au moins un quart de rente.
20. A l'appui de ses dires, l'assurée a produit le rapport du 30 mai 2017 du Dr L_____, dans lequel ce médecin a admis les limitations fonctionnelles retenues par le médecin du SMR. Il a toutefois ajouté qu'il semblait que les formations universitaires en particulier dans le marketing ou dans les métiers de luxe impliquaient un travail devant un écran quasi constant, ce qui n'était pas compatible avec les limitations. Il en allait de même pour les métiers de la gestion d'entreprise et administrative. L'actuelle activité de l'assurée était adaptée à ses capacités physiques grâce à un environnement social favorable et un temps partiel à 60 %. Cependant, le salaire ne pouvait tenir compte de sa formation universitaire. L'état de santé actuel était obtenu notamment par un traitement anti-inflammatoire et

décontractant quotidien, ainsi qu'un traitement d'ostéopathie (1x/15 jours) et une gymnastique du dos en groupe une fois par semaine. A cela s'ajoutait des exercices de musculation et d'assouplissement tous les matins.

21. Par décision du 27 juin 2017, l'OAI a refusé le droit aux prestations, compte tenu d'un taux d'invalidité insuffisant. En ce que l'assurée avait contesté le montant de référence du salaire d'invalidé, l'OAI a relevé que le Tribunal fédéral s'était déjà prononcé sur ce point. Il n'y avait pas non plus lieu d'admettre un abattement supplémentaire de 10 % en raison des limitations fonctionnelles, dès lors que celles-ci avaient déjà été prises en compte dans l'estimation de la capacité résiduelle de travail.
22. Par acte du 4 septembre 2017, l'assurée a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle a contesté la valeur probante du rapport d'examen du Dr J_____ du SMR, ainsi que le salaire d'invalidé retenu, en reprenant à ce sujet ses arguments antérieurs. En outre, les conclusions du Dr J_____ étaient peu motivées concernant l'absence de répercussion de la problématique lombaire sur la capacité de travail. Cela était au demeurant contredit par le Dr I_____ dans son rapport du 19 octobre 2016, dans lequel ce médecin avait considéré que les lombalgies de caractère mécanique et la discopathie L4-L5 légèrement protrusive avaient un effet sur la capacité de travail. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr J_____ n'étaient pas compatibles avec une activité dans le domaine de la stratégie marketing ou de luxe, celle-ci impliquant une activité statique sur ordinateur la majeure partie de la journée.
23. Dans sa réponse du 4 octobre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le rapport d'examen du Dr J_____ remplissait les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Il a aussi maintenu que les limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en compte dans le cadre de la détermination de l'incapacité de travail et ne pouvaient ainsi être prises en considération une deuxième fois.
24. Par écritures du 9 novembre 2017, la recourante a persisté dans les conclusions, en s'appuyant sur le rapport du 27 septembre 2016 du Dr I_____, selon lequel sa capacité de travail était de 60% dans l'activité adaptée actuelle pour l'association K_____. Ainsi, l'avis interne du Dr J_____ était contredit non seulement par le Dr L_____, mais également par un rhumatologue, à savoir le Dr I_____. La recourante a dès lors persisté à conclure au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire par la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique. S'agissant du taux d'abattement du salaire statistique retenu à titre de revenu d'invalidé, elle a relevé que les limitations fonctionnelles décrites par le Dr J_____ affectaient aussi l'exercice de l'activité considérée comme adaptée, même à 75 %. En particulier, le travail prolongé de dactylographie au-delà de 30 minutes et la position statique devant un écran d'ordinateur au-delà de 30 minutes étaient proscrits. Partant, il était erroné de considérer que limitations fonctionnelles avaient

déjà été prises en compte dans le cadre de la diminution de la capacité de travail à 25 %. Les nombreuses limitations fonctionnelles auront pour conséquence qu'elle ne pourra prétendre au même revenu qu'une personne en bonne santé, d'autant moins dans les domaines exigeants du marketing et du luxe où le travail sur ordinateur était omniprésent. Cela étant, il se justifiait de procéder à un abattement de 20 %.

25. Dans son rapport du 27 septembre 2016, le Dr I_____ a notamment attesté que l'activité pour l'association K_____ était adaptée au taux maximal de 60 %, correspondant à deux fois trois heures par jour avec une pause de récupération entre ces deux périodes.
26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais entre le 15 juillet et le 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la dernière décision du 23 octobre 2013 au point de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.
4. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

5. 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).

6. 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.

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

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

8. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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. Par ailleurs, l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable.

9. 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 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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).

10. 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).
11. a. En l'occurrence, l'intimé admet une aggravation de l'état de santé de la recourante. Sur la base du rapport d'examen du Dr J_____ du SMR, il estime que la capacité de travail est de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Celles-ci sont les suivantes : pas de travail prolongé la tête en extension et les bras au-dessus de la tête, ni de rotation rapide; pas de travail prolongé ni de dactylographie au-delà de trente minutes ni travail statique devant un écran d'ordinateur au-delà de trente minutes; pas de travail prolongé au-dessus de l'horizontale, ni de mouvements répétés d'abduction/adduction du bras; pas de port de charges répété au-delà de 5 kg et de soulèvement de charges avec le bras droit au-delà de 2-3 kg. Le Dr J_____ retient les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervicalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de protrusion discale C5-C6 avec un remaniement de type MODIC I.M54.2 et de douleurs chroniques du membre supérieur droit, dans le cadre d'une omarthrose

débutante. Les lombalgies communes sont sans répercussion sur la capacité de travail, selon ce médecin.

b. Ce rapport a été rédigé en connaissance du dossier médical intégral, repose sur un examen clinique complet, prend en considération les plaintes de la recourante et contient des conclusions motivées et cohérentes. Il y a dès lors lieu de lui octroyer en principe une pleine valeur probante.

c. Toutefois, la recourante met en cause la valeur probante de ce rapport. Ce faisant, elle se fonde en premier lieu sur le rapport du Dr L_____ du 30 mai 2017. Cependant, ce médecin admet les mêmes limitations fonctionnelles que le Dr J_____. Il ne se prononce par ailleurs pas clairement sur la capacité de travail de la recourante, se contentant de mentionner que son travail actuel est adapté à ses capacités physiques grâce à un environnement social favorable et à un temps partiel à 60 %. En ce qui concerne ses considérations concernant la question de savoir si un travail dans le marketing du luxe est adapté, elles sortent du domaine médical. Il appartient uniquement au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence des atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré (ATF 107 V 17 consid. 2b p. 20; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). Il convient aussi de relever que le Dr L_____ n'est pas un spécialiste en rhumatologie, contrairement au Dr J_____. Enfin, son rapport ne met pas non plus en évidence des éléments médicaux qui auraient été ignorés par le Dr J_____. Partant, son rapport n'est pas propre à mettre en doute les conclusions de celui-ci.

La recourante fait également valoir que les rapports du Dr I_____ contredisent les conclusions du Dr J_____, en ce que le premier classe les diagnostics de lombalgies de caractère mécanique et de discopathie L4-L5 légèrement protrusive dans les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, contrairement au médecin du SMR. Toutefois, le Dr I_____ qualifie les lombalgies de globalement modérées, avec des phases d'accentuation lors du maintien des positions assise et debout statique, ainsi que lors de mouvements et d'efforts sollicitant le rachis surtout en anté-flexion et en charge. Au demeurant, il admet les mêmes limitations fonctionnelles que le médecin du SMR. Ainsi, il y a lieu de considérer que ce dernier a également tenu compte des lombalgies dans les limitations fonctionnelles, lesquelles exigent en particulier un changement de position toutes les demi-heures et un travail léger. Pour le surplus, le rapport du Dr I_____ ne révèle pas d'atteintes à la santé qui auraient été ignorées par le Dr J_____.

Cela étant, la chambre de céans est convaincue par les conclusions de ce dernier et ne juge pas nécessaire de compléter l'instruction par une expertise rhumatologique judiciaire. Il y a donc lieu de suivre les conclusions du Dr J_____ et d'admettre une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

12. Reste à examiner la perte de gain de la recourante dans une telle activité.

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).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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 valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu

contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

13. Concernant l'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la recourante conteste pouvoir travailler dans le domaine du marketing et de la communication, dès lors que ces activités impliquent un travail devant un écran. Cela est aussi le cas pour le métier de la gestion d'entreprise et administrative qu'elle a exercé précédemment.

Toutefois, le Tribunal fédéral s'est déjà prononcé sur la question de l'activité adaptée dans son arrêt du 7 novembre 2014, où il a exposé au consid. 7.3 :

« Rien ne permet de dire que seule une activité dans le marketing et la communication entre en considération dans son cas. Il est établi que [la recourante] bénéficie d'expériences professionnelles variées dans le luxe (horlogerie et joaillerie) et que la double formation qu'elle a reçue recouvre plusieurs domaines très complémentaires, comme les métiers du luxe et de l'art. »

Notre Haute Cour a ainsi considéré que la recourante était suffisamment formée pour exercer une activité adaptée dans le métier dans lequel elle a été reclassée.

Il est à rappeler à cet égard que les limitations étaient tout à fait similaires à l'époque (travaux lourds, port de charges au-delà de 2 à 3 kg de manière répétitive avec le membre supérieur droit et travail sur un clavier d'ordinateur plus d'une heure en continu). En outre, le travail devait permettre l'alternance de la position assise et debout, selon le rapport du 9 janvier 2012 du Dr B_____.

Selon le Dr J_____, les limitations fonctionnelles interdisent aujourd'hui le travail devant un ordinateur pendant plus de trente minutes. Par ailleurs, la capacité de travail de 90% à l'époque de l'expertise du Dr B_____ est aujourd'hui réduite à 75%. La limitation du travail devant un ordinateur à trente minutes n'est cependant pas incompatible avec une activité qualifiée dans le marketing, dès lors que celle-ci n'implique pas l'utilisation d'un ordinateur de façon continue et comprend une part importante de travail de recherche, de documentation, d'analyse et de travail en réunion avec les autres acteurs d'une entreprise, selon le rapport du 23 juillet 2013 de la réadaptation professionnelle de l'intimé. Il est également exposé dans ce rapport que, dans ce genre d'activité, une certaine autonomie dans l'organisation du travail est laissée au collaborateur qui travaille sur des projets (nouveaux produits et marchés, stratégie publicitaire, analyse de satisfaction client et de positionnement sur le marché par exemple). Le travail comprend ainsi aussi beaucoup de lectures, d'entretiens et de discussions.

Il est à relever en outre qu'il existe pour les ordinateurs un dispositif permettant de régler la hauteur et ainsi de travailler également en position debout. Grâce à ce dispositif, il est possible d'alterner les positions assise et debout. Cas échéant, la recourante pourrait demander à l'intimé d'adapter sa place de travail par ce moyen auxiliaire.

Partant, la chambre de céans estime que la recourante est toujours en mesure de travailler dans le métier dans lequel elle a été reclassée.

14. Quant au calcul de la perte de gain, notre Haute Cour s'est référée, pour le salaire d'invalidé, au salaire de l'Enquête suisse des salaires (ESS) 2010 concernant les femmes effectuant un travail indépendant et très qualifié (niveau de qualification 2) dans le secteur des services, toutes branches économiques confondues dans le secteur privé et secteur public (tableau T7S). La valeur médiane du salaire en 2010 est de CHF 7'273.-, soit un revenu annuel de CHF 87'276.-. Indexé à l'indice suisse des salaires (ISS) en 2015, ce salaire s'élève CHF 90'897.- ($87'276 \times 2686/2579$). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2015 (41,7 heures), le salaire d'invalidé doit être déterminé à CHF 94'760.-. Au taux de 75 %, il s'élève ainsi à CHF 71'070.-.

Avec un abattement de 10 %, le salaire d'invalidé s'élève à CHF 63'963.-. A cet égard, il n'y a pas lieu de prendre en compte un abattement supplémentaire en raison des limitations fonctionnelles. En effet, avec l'intimé, il y a lieu d'admettre que celles-ci sont prises en considération dans le taux de capacité de travail de 75%, dès lors qu'elles ne constituent en principe pas un handicap dans la profession de la recourante, hormis le travail prolongé de dactylographie au-delà de 30 minutes et la position statique devant un écran d'ordinateur au-delà de 30 minutes. Les activités adaptées retenues n'impliquent pas de travail prolongé la tête en extension et les bras au-dessus de la tête, ni de rotation rapide, ni un travail prolongé au-dessus de l'horizontale, ni de mouvements répétés d'abduction/adduction du bras, ni le port

de charges répété au-delà de 5 kg ou, avec le bras droit, au-delà de 2-3 kg. De surcroît, la recourante ne travaille pas dans des domaines d'activité où les performances physiques et une polyvalence sont très importantes, si bien qu'il ne peut être supposé qu'elle serait préférentielle dans la fixation du salaire à cause de ses limitations fonctionnelles.

Le salaire sans invalidité était en 2007 de CHF 90'235.-, tel que l'a retenu le Tribunal fédéral. Indexé à 2015, ce salaire s'élève à CHF 98'766.- (99'235 x 2'686 / 2'454).

Il ressort de la comparaison des revenus avec et sans invalidité que le degré d'invalidité est de 35 %. Il est à noter à cet égard qu'avec un abattement de 15%, la perte de gain serait toujours inférieure à 40%. Un tel degré d'invalidité n'ouvre pas le droit à une rente.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
16. Dès lors que la recourante succombe, un émolument de justice, fixé à CHF 200.-, sera à mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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