

EN FAIT

1. Le 1^{er} avril 2011, Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1955, a requis des prestations de l'assurance-invalidité, en raison d'une atteinte à la santé due à un accident survenu le 28 décembre 2010 lui ayant causé une fracture du col fémoral gauche et une fracture complexe du radius gauche (algodystrophie).
2. Dans rapport du 8 mai 2015, le professeur B_____, médecin-chef du service du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a indiqué que l'assurée avait été victime le 28 décembre 2010 d'une fracture du col du fémur qui avait entraîné la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche. Cette prothèse avait été changée le 4 avril 2012, car elle était devenue douloureuse. Le 28 décembre 2010, l'assurée avait également été victime d'une fracture du poignet qui avait nécessité une ostéosynthèse. L'ablation du matériel avait eu lieu en 2012. L'assurée avait été vue en consultation régulièrement et pour la dernière fois le 20 avril 2015. Elle présentait une fatigabilité et une boiterie au niveau de la hanche droite. Elle était dans l'incapacité d'envisager d'occuper un poste en tant que vendeuse, qui nécessitait une station debout prolongée. Un travail en position assise serait envisageable, mais à un taux difficile à préciser à ce jour. La compliance de la patiente était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes. Les radiographies montraient une bonne incorporation de la prothèse.
3. Le docteur C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assurée le 25 août 2015. Dans son rapport daté du lendemain, il a résumé le dossier médical de l'assurée et ses déclarations. Il a décrit ses constatations et l'imagerie figurant au dossier. Il a posé les diagnostics de fracture du col fémoral gauche et de fracture de l'extrémité distale du radius gauche. Dans son appréciation, il a estimé que dans une activité professionnelle réalisée essentiellement en position assise, tout en permettant quelques brefs déplacements, en évitant les escaliers et les échelles et sans port de charges supérieures à 5 kg et sans s'agenouiller, on pouvait s'attendre à une activité réalisée à la journée entière, sans baisse de rendement.
4. Dans un rapport du 8 février 2016, la docteure D_____, médecin du service médical régional de l'AI (ci-après SMR), a rappelé que selon le Prof. B_____ la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle, avec un début d'aptitude à la réadaptation en décembre 2014, et que selon le rapport du Dr C_____ du 25 août 2015, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Elle en concluait que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée avec un début d'aptitude à la réadaptation au 1^{er} décembre 2014.
5. Le 18 avril 2016, l'OAI a reçu copie d'une décision rendue le 13 avril 2016 par la SUVA, laquelle informait l'assurée qu'elle avait droit à une rente d'invalidité de

26% dès le 1^{er} décembre 2015 et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 37'800.- pour les séquelles de son accident du 28 décembre 2010. Sur le plan médical, l'assurée était à même, avec les séquelles de l'accident, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à condition qu'elle ne doive pas porter de charges supérieures à 5 kg et qu'elle puisse travailler essentiellement en position assise.

6. Dans un rapport du 14 octobre 2016, le Prof. B_____ a indiqué que suite aux trois interventions majeures qu'elle avait subies, l'assurée présentait des douleurs chroniques au niveau de la hanche gauche. Elle présentait des séquelles douloureuses au niveau de son membre inférieur gauche qui l'empêchaient d'exercer une activité lucrative quelle qu'elle soit. Son état ne lui permettait pas de longs trajets en transport public, ce qui lui causait des douleurs et une impotence au niveau de la hanche gauche. Sa capacité de concentration était en outre affectée par la douleur constante et la position assise de longue durée ne lui convenait pas. Il était difficilement compréhensible qu'une reconversion soit envisagée chez une patiente handicapée de 61 ans.
7. Selon un rapport final du service de réadaptation de l'OAI (orientation professionnelle) établi les 6 et 9 décembre 2016, un stage, qui devait durer du 13 octobre au 3 novembre 2016, avait été mis en place au sein des ÉPI (Établissement publics pour l'intégration) pour vérifier ce que l'assurée pourrait faire. Elle s'était présentée le 10 octobre 2016 et avait interrompu son stage après trois jours en présentant un certificat médical. Les observations faites pendant cette courte période n'étaient pas suffisantes pour permettre de déterminer une nouvelle orientation. Selon le certificat établi le 14 octobre 2016 par le Prof. B_____, l'assurée se plaignait de douleurs et ne pouvait envisager une activité quelle qu'elle soit. Vu la formation initiale de secrétaire de l'assurée, l'auteur du rapport final du service de réadaptation estimait que celle-ci pourrait reprendre une activité d'employée de bureau respectant ses limitations fonctionnelles, mais qu'elle ne pouvait plus travailler comme gérante de magasin ou vendeuse.
8. Dans un avis médical du 13 décembre 2016, la docteure E_____, médecin SMR, a estimé que les informations transmises par le Prof. B_____ le 14 octobre 2016 ne traduisaient pas de nouvelles atteintes ni d'aggravation de l'atteinte rhumatologique existante et que le rapport final du SMR de février 2016 restait valide.
9. Par projet de décision du 1^{er} février 2017, l'OAI a constaté que l'assurée avait un statut mixte (75% professionnel et 25 % ménagère) et lui a octroyé une rente entière d'invalidité, sur la base d'un taux d'invalidité total de 79%, du 1^{er} décembre 2011 au 28 février 2015. Dès le 1^{er} décembre 2014, l'assurée présentait, selon le SMR, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. L'OAI avait comparé les revenus avec et sans atteinte à la santé dès cette dernière date. Pour établir le revenu avec invalidité, il s'était référé aux statistiques salariales telles qu'elles résultaient de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), considérant que l'assurée pourrait travailler à 100% dans une activité adaptée simple et légère. Le degré

d'invalidité total était de 36%, lequel ne donnait plus droit à l'assurée à une rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2014. En application de l'art. 88a al. 1 RAI, après une période de trois mois d'amélioration de la capacité de gain, soit dès le 1^{er} mars 2015, l'assurée n'avait plus droit à la rente entière qui courait depuis décembre 2011.

10. Par courrier daté du 3 mars 2017 et reçu par l'OAI le 6 suivant, l'assurée a formé opposition au projet de décision de celui-ci, contestant avoir une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2014 et relevant que la SUVA était sur le point de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

L'assurée a produit à l'appui de son opposition :

- la copie de deux courriers de la SUVA informant l'assurée de son intention de la soumettre à une expertise pluridisciplinaire et de son accord quant à sa proposition de mandater à cette fin le docteur F_____, de l'hôpital cantonal de Fribourg ;
- la copie de son opposition du 12 mai 2016 à la décision rendue par la SUVA le 13 avril 2016.

11. Par décision du 10 juillet 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision, constatant l'absence de contestation de la part de l'assurée dans le délai fixé.

12. L'assurée a recouru contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 12 septembre 2017, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 79% dès le 1^{er} décembre 2011 jusqu'à épuisement de son droit et au renvoi du dossier à l'intimé pour calcul du montant de la rente au sens des considérants, sous suite de frais et dépens. Elle faisait valoir que l'intimé avait pris sa décision sur la base de l'avis médical du SMR du 8 février 2016 qui s'était fondé sur le rapport du prof. B_____ du 8 mai 2015 ainsi que sur l'examen fait par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr C_____, le 25 août 2015. Le rapport de ce dernier n'avait pas de force probante, car il ne prenait pas en compte ses plaintes, son exposition à la douleur ainsi que leur influence sur le rendement de travail et ne se prononçait pas précisément sur le taux d'activité exigible, ni sur le moment à partir duquel cette activité serait exigible. Le Prof. B_____ avait estimé le 8 mai 2015 qu'elle était dans l'incapacité d'envisager d'occuper un poste en tant que vendeuse qui nécessitait une station debout prolongée et qu'un travail en position assise serait envisageable à un taux qui était encore difficile à préciser, mais qu'elle était en l'état encore dans l'impossibilité de reprendre le travail en raison de ses douleurs et de la fatigabilité de sa hanche droite. La décision de l'OAI décrétant que l'assurée avait une pleine capacité de travail dès le 1^{er} décembre 2014 dans une activité adaptée ne reposait sur aucun élément médical et était arbitraire. En outre, elle n'indiquait pas avec précision l'activité adaptée à laquelle elle pourrait s'adonner, en particulier vu la situation du marché du travail et son âge (62 ans).

Par ailleurs, la SUVA avait mis en œuvre une expertise médicale qui avait été réalisée par le Drs F_____ et la docteure G_____, médecin assistante, dont le rapport du 6 juin 2017 parvenait à des conclusions opposées à celles du Dr C_____. Selon les experts, la recourante ne pouvait pas exercer une fonction adaptée à plein temps. Des limitations d'horaires ou d'adaptation d'activité, quelles qu'elles soient, ne lui permettraient pas de reprendre un travail avec un rendement satisfaisant. Il y avait lieu d'accorder une valeur probante accrue à cette expertise, qui avait été mise en œuvre par un assureur social. En conséquence, sa capacité de gain n'avait pas varié depuis l'accident et était demeuré nulle, même dans une activité adaptée.

À l'appui de son recours, l'assurée a produit le rapport d'expertise établi le 13 mai 2017 à la demande de la SUVA par les Drs F_____ et G_____.

13. À teneur du rapport d'expertise précité, les experts ont résumé les documents radiologiques relatifs aux atteintes à la santé de l'assurée et procédé à une anamnèse familiale et socio-professionnelle. Ils ont décrit les antécédents médicaux de l'assurée d'après le dossier et procédé à un rappel anamnestique du traitement apporté à celle-ci depuis sa chute du 28 décembre 2008, puis à une anamnèse actuelle. Ils ont décrit le status de l'assurée au niveau du rachis, des hanches, des genoux, des pieds, des épaules, des coudes et des poignets. Dans leur appréciation du cas, ils ont indiqué que l'expertisée avait été victime dans sa chute d'une fracture comminutive articulaire intéressant le radius distal ainsi que le triangle fibro-cartilagineux du carpe. Le traitement effectué pour cette fracture avait été favorable, puisque l'expertisée n'était que faiblement gênée à ce jour. Elle l'était dans le port de charges dépassant 5 kg et dans la flexion dorsale du poignet qui était limitée à 20°. En ce qui concernait le syndrome douloureux général complexe présenté par l'expertisée, l'algodystrophie était le facteur qui avait le plus d'influence sur l'état fonctionnel et la satisfaction de celle-ci à une année. Le traitement par ergothérapie avait permis de faire disparaître la symptomatologie. En ce qui concernait la fracture du col fémoral, la prise en charge chirurgicale avait permis à l'expertisée de retrouver une autonomie étant donné sa bonne condition et son âge. Un changement de prothèse lié à une infection avait impliqué deux chirurgies supplémentaires qui avaient eu pour conséquence de diminuer la masse musculaire fessière ainsi que quadricipitale et généré une inégalité de longueur au détriment du membre inférieur gauche (25 mm). En termes de mobilité, cette inégalité de longueur pouvait être mal tolérée et générer une boiterie, qui aurait des répercussions cliniques sur l'articulation de la hanche, la région lombo-sacrée et sur les articulations sacro-iliaque avoisinantes. Le fait que l'expertisée ne présentait pas d'amélioration après rééducation et renforcement musculaire pouvait être imputé à l'inégalité de longueur ainsi qu'à la perte de la masse musculaire fessière et quadricipitale. La symptomatologie présentée par l'expertisée allait certainement persister dans le temps et ne lui permettrait pas de rester en position debout de façon prolongée. Le handicap allait se faire ressentir en position assise également,

étant donné que le volume perdu de la masse fessière augmentait la pression directement sur l'articulation prothétique. Les changements de position, notamment pour rentrer ou sortir de la voiture, étaient également un risque, puisqu'il s'agissait d'effectuer une abduction/rotation de la hanche, mouvement exercé essentiellement par la musculature fessière et du psoas.

À la question de savoir quelles positions et fonctions n'étaient plus exigibles de l'assurée au regard des séquelles organiques de l'accident (question 1), les experts ont répondu, qu'en ce qui concernait la fracture du radius distal, les activités suivantes n'étaient plus exigibles : porter des charges au-delà de 5 kg et effectuer des mouvements nécessitant une flexion dorsale du poignet au-delà de 20°. Les professions sur clavier devaient être de durée limitée dans le temps, car elles pouvaient être associées à une symptomatologie douloureuse dans la mesure où elles entraient en conflit avec la limitation fonctionnelle. En ce qui concernait la fracture du col fémoral, l'expertisée n'était pas en mesure d'effectuer sans aide des montées d'escaliers et d'échelles. La position assise prolongée au-delà d'une à deux heures était difficile à soutenir. La position agenouillée ou accroupie était possible, mais la limitation venait du fait qu'elle aurait besoin d'aide pour se relever étant donné l'absence de force. La marche sur un terrain neutre était possible, mais la boiterie associée à la décompensation lombo-sacrée et sacro-iliaque allait rapidement générer une symptomatologie douloureuse. Ceci était également valable pour la position debout prolongée qui pouvait être estimée à une vingtaine de minutes. Le maniement d'outils et le travail à bras levés étaient possibles dans la mesure où la position debout n'était pas prolongée, toujours en lien avec la symptomatologie de l'articulation de la hanche gauche.

À la question de savoir quelles positions et fonctions n'étaient exigibles de la personne assurée qu'avec une réduction horaire ou une diminution du rendement (question 2), les experts ont répondu que la position assise pouvait être tenue une heure avec une diminution de rendement de 20% en raison de la nécessité de changer de position fréquemment en raison de la symptomatologie douloureuse. La position debout était possible dans la mesure où elle ne dépassait pas vingt minutes. Le port de charges en dessous de 5 kg devait être possible surtout avec le membre supérieur droit, mais ne devait pas dépasser ce poids, étant donné qu'il avait une influence sur la marche et la symptomatologie de la hanche gauche. Le rendement dans le port de cette charge pouvait être diminué de 10% en raison de la nécessité de pauses.

À la question de savoir quelles étaient les positions du corps et les fonctions dans lesquelles l'assurée ne présentait aucune limitation (question 3), les experts ont répondu que les limitations concernaient toutes les positions.

À la question de savoir si l'assurée pouvait exercer une activité adaptée à plein temps aux regards des séquelles de l'accident (question 4), les experts ont répondu qu'elle ne pouvait pas exercer une fonction adaptée à plein temps. Des limitations

d'horaire ou l'adaptation d'activités, quelles qu'elles soient, ne lui permettrait pas de reprendre un travail avec un rendement satisfaisant.

À la question de savoir si au regard des séquelles de l'accident, d'autres limitations devaient être prises en considération (question 5), les experts ont répondu que l'assurée était volontaire et c'était son accident qui l'empêchait de reprendre une activité. Les séquelles de cet accident la limitaient non seulement dans son activité professionnelle, mais également dans son activité privée, sachant qu'elle n'était plus en mesure de pratiquer des activités récréatives ou sportives en famille.

À la question de savoir si au regard des séquelles de l'accident et dans l'exercice d'une activité adaptée l'assurée serait, par comparaison avec une personne en bonne santé, ralentie ou si son rendement serait limité (question 6), les experts ont répondu que même avec une activité adaptée, elle serait limitée dans son rendement et son activité. Au vu des points qui avaient été mentionnés précédemment, une activité adaptée ne lui permettrait pas d'envisager un travail dans la mesure où le handicap séquellaire était trop important et influençait tant les positions assise que debout ou allongée.

14. Par réponse du 10 novembre 2017, l'intimé, sur la base d'un avis du SMR du 7 octobre 2017, a conclu au rejet du recours. Il modifiait toutefois sa position en retenant une baisse de rendement de 20% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante. Les conclusions de l'expertise du 6 juin 2017 ne pouvaient pas être suivies, car les experts avaient retenu, de manière contradictoire et sans aucun élément médical objectif à l'appui, une incapacité de travail totale, alors qu'ils avaient estimé que la recourante pouvait exercer une activité essentiellement assise, avec alternance des positions, sans port de charges, avec une baisse de rendement. La SUVA avait également retenu que l'assurée avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, considérant que les conclusions de l'expert écartant toute activité lucrative étaient en contradiction avec son examen de la capacité de travail fondée sur les faits objectifs. C'était donc à juste titre que l'intimé s'était écarté des conclusions des experts s'agissant de la capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles. De plus, il ressortait du rapport final du service de réadaptation que l'assurée, au vu de sa formation professionnelle initiale (CFC employé de secrétariat), pouvait exercer une activité d'employée de bureau, qui respectait ses limitations fonctionnelles. Compte tenu de son expérience et des différentes tâches qu'elle avait pu effectuer dans ses précédentes activités professionnelles, elle pouvait mettre en valeur, sans formation supplémentaire, sa capacité de travail.
15. À teneur de l'avis médical établi le 7 octobre 2017 par la docteure H_____, médecin SMR, il ressortait du rapport d'expertise établi par les Drs F_____ et G_____ que dans une activité sédentaire, sans port de charge, où l'assurée pouvait changer de position à sa guise, il existait une diminution de rendement de 20% en raison des douleurs (réponse à la question 2). En somme, cette expertise confirmait

que la recourante pouvait exercer une activité adaptée à temps plein. Le SMR modifiait en conséquence sa position en retenant une baisse de rendement de 20%.

16. Le 5 décembre 2017, la recourante a fait valoir que par décision sur opposition, la SUVA avait fixé son taux d'invalidité à 60% en tenant compte d'une baisse de rendement de l'ordre de 40% (30% en raison de l'importance des baisses de rendement et 10% à titre des circonstances personnelles). La recourante contestait disposer d'une quelconque capacité de travail même dans une activité adaptée en se référant à l'expertise du Dr F_____. Subsidiairement, elle relevait que l'intimé avait octroyé, dans la décision du 10 juillet 2017, un abattement de 20% du revenu avec invalidité en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge. Le 7 octobre 2017, elle avait modifié sa position en octroyant une baisse de rendement de 20% à l'assurée. Si l'on devait, par impossible, lui reconnaître une quelconque capacité de travail, cette baisse de rendement nouvellement préconisée devrait être ajoutée aux 20% initialement octroyés dans la décision querellée, ce qui porterait l'abattement à 40%, soit un pourcentage identique à celui déterminé par la SUVA.

À l'appui de son écriture, la recourante a versé à la procédure la décision sur opposition rendue le 30 octobre 2017 par la SUVA.

17. À teneur de la décision précitée, la SUVA considérait qu'il ressortait de l'expertise que l'assurée était en mesure d'exercer une activité essentiellement assise, avec possibilité de changer de position à volonté. Les experts avaient cependant écarté toute capacité de travail, même dans une activité adaptée, vu l'importance du handicap résultant de l'accident. Leur conclusion sur la capacité de travail médico-théorique écartait les conclusions objectives qu'ils avaient précédemment détaillées. Celles-ci démontraient certes d'importantes limitations, toutefois il n'y avait pas lieu de retenir la conclusion médico-théorique qu'elle ne serait plus du tout en mesure de mettre en valeur une quelconque activité au plan professionnel. Ce n'était pas l'évaluation médico-théorique de la capacité de travail par le médecin qui était déterminante pour fixer le taux d'invalidité, mais bien plus la limitation, imputable aux séquelles accidentelles, des possibilités de gain sur l'ensemble du marché équilibré entrant en considération pour l'assuré. En dépit des limitations médicales objectives de l'assurée, réputée en l'espèce d'âge moyen, il devait être considéré que celle-ci pouvait exercer sur un marché du travail réputé équilibré un emploi, même de niche, même de façon limitée ou/et avec des aménagements particuliers, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral. Au plan économique, les descriptions de postes de travail, sur lesquelles le revenu d'invalidé avait été établi dans la décision attaquée, devaient être écartées, car aucune d'elles ne donnait une totale liberté de choix dans l'alternance des positions. Le revenu d'invalidé pouvait être fixé en se référant au salaire de référence auquel pouvait prétendre en 2014 les femmes effectuant des tâches physiques et manuelles simples dans le secteur privé (ESS 2014, TA1, tirage skill level, niveau de compétence 1), avec un abattement de 10%. La comparaison des revenus ouvrait un droit à une rente d'invalidité de la LAA de 60%.

18. Le 10 janvier 2018, l'intimé a relevé que le raisonnement de la recourante ne pouvait être suivi, car elle confondait les notions de baisse de rendement et d'abattement, qui ne visaient pas les mêmes objectifs et ne pouvaient dès lors être additionnées.
19. La recourante a, notamment, déclaré à la chambre de céans, le 12 septembre 2018, que depuis qu'elle avait subi deux opérations pour changer sa prothèse de la hanche, son état s'était empiré avec des douleurs à d'autres endroits. Elle ne marchait pas droit et boitait, car ses membres inférieurs étaient de longueur différente. Elle était limitée dans la marche, car au bout d'un moment, elle avait mal à l'aîne gauche. Elle arrivait difficilement à monter les escaliers. Lorsqu'elle était assise, cela appuyait sur sa cicatrice, ce qui lui faisait mal au bout d'un moment. Elle avait également mal au dos. Elle ne pouvait pas rester longtemps debout et ne pouvait pas s'appuyer sur la jambe gauche. En fin de journée, elle était fatiguée et n'avait plus d'énergie. Elle ne pensait pas pouvoir travailler. L'échec du stage aux ÉPI était aussi dû à son état physique. Entre sa dernière opération de 2012 et octobre 2016, et encore à ce jour, elle occupait ses journées en allant marcher 20 à 30 minutes, deux à trois fois par jour. Elle s'occupait également de ses petits-enfants. Elle allait les chercher une fois par semaine à la sortie de l'école. Elle lisait, regardait la télévision et cuisinait avec son mari. C'était ce dernier qui faisait le ménage. Elle passait toutefois la poussière. Elle était aussi limitée en raison de son poignet. Elle ne pouvait pas porter de poids avec sa main gauche. Elle souffrait également d'ostéoporose depuis l'âge de 50 ans.

La recourante a produit un rapport établi le 6 juillet 2018 par le Prof. B_____, qui indiquait que celle-ci ressentait toujours des douleurs au niveau de la hanche gauche qui limitaient ses activités et son périmètre de marche à 45 minutes. Elle ne pouvait pas soulever une charge de quelques kilos. Il était difficilement envisageable qu'elle fasse un travail de bureau, en raison des douleurs qui survenaient lorsqu'elle était assise de façon prolongée. Elle restait totalement incapable de travailler en raison de la douleur chronique liée à la chirurgie itérative de sa hanche gauche.

20. 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au-delà du 28 février 2015.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
5. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assuré, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1^{er} janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 al. 1 LPGA selon lequel est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2).

D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

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.

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

La 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).

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

7. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d, arrêts du Tribunal fédéral 9C_344/2010 du 1er février 2011 consid. 4.2 et 9C_266/2010 du 8 octobre 2010 consid. 3.3). En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.
8. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur 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'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre

en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010

consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV

n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. 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).

Le revenu d'invalidité 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).

Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).

Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas

attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

11. En l'espèce, l'intimé a considéré que la recourante avait retrouvé une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations dès le 1^{er} décembre 2014, sur la base d'un avis du SMR du 13 décembre 2016. Cet avis n'est pas probant, car il ne tient pas compte du dernier rapport du Prof. B_____ du 14 octobre 2016, dans lequel ce médecin ne retenait plus un début d'aptitude à la réadaptation en décembre 2014 – contrairement à ce qu'il avait mentionné dans son rapport du 8 mai 2015 – mais une incapacité totale de travail et de reconversion.

Par ailleurs, l'intimé n'a pas pris en considération le fait que la SUVA avait chargé les Drs F_____ et G_____ de procéder à une expertise de la recourante, alors que cette dernière l'avait informé de cette mesure d'instruction dans son opposition à son projet de décision. C'est à tort que l'intimé a constaté dans sa décision du 10 juillet 2017 une absence de contestation de la recourante, vu le courrier adressé à lui par cette dernière le 3 mars 2017, dans lequel elle s'opposait clairement au projet de décision. Vu les avis contradictoires sur la capacité de travail résiduelle de la recourante émis par le médecin traitant de celle-ci et le Dr C_____, l'intimé aurait dû suspendre sa décision jusqu'à réception du rapport d'expertise requis par la SUVA et le prendre en considération.

Le rapport d'expertise des Drs F_____ et G_____ remplit les réquisits pour se voir reconnaître pleine valeur probante. La SUVA s'est néanmoins éloignée de ses conclusions pour retenir que les limitations de la recourante lui permettaient d'effectuer une activité adaptée à ses limitations. Cette appréciation de la SUVA ne lie pas la chambre de céans, qui considère, pour sa part, que les conclusions des experts sont convaincantes. En effet, les experts ont bien expliqué que les limitations de la recourante concernaient toutes les positions et que, de ce fait, sa capacité de travail était nulle même dans une activité adaptée. C'est à tort que le SMR a considéré dans son avis du 7 octobre 2017 que les experts avaient retenu une baisse de rendement de 20% et qu'en fait l'expertise confirmait que la recourante pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée. En effet, le SMR a sorti de son contexte la baisse de rendement de 20% évoquée par les experts, qui ne concernait que le rendement lié à une activité en position assise, sans tenir compte des autres limitations.

Le fait que le rapport final du service de réadaptation de l'OAI a conclu que la recourante pourrait reprendre une activité d'employée de bureau respectant ses limitations fonctionnelles ne remet pas sérieusement en cause les conclusions des experts, car ce rapport précisait que la période d'observation était trop courte pour permettre de déterminer une nouvelle orientation et qu'il est établi que le stage auprès des ÉPI a été interrompu au bout de trois jours sur la base d'un certificat médical attestant du fait que l'assurée se plaignait de douleurs qui empêchaient toute activité.

Quoi qu'il en soit, même si l'on reconnaissait, par hypothèse, une certaine capacité de travail à la recourante, il faudrait, vu son âge (59 ans) et ses limitations fonctionnelles importantes, retenir qu'elle n'était pas, en décembre 2014, en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail, en application de la jurisprudence précitée applicable dans ce cas de figure dans le cadre de l'assurance-invalidité.

12. Partant, la décision querellée doit être réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} décembre 2011 et au-delà du 28 février 2015.
13. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
14. Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Réforme la décision rendue par l'intimé le 10 juillet 2017, en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} décembre 2011 et au-delà du 28 février 2015.
4. Alloue à la recourante une indemnité CHF 2'000.- pour ses dépens à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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