

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4167/2016

ATAS/269/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 mars 2018

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, représentée par
l'Association-permanence de défense des patients et assurés
(APAS)

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1956, infirmière à domicile, en arrêt de travail à 100% depuis le 5 juin 2012, a déposé en janvier 2013 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), en invoquant une déchirure des tendons de l'épaule gauche survenue en 2011.
2. Ont été versés au dossier plusieurs rapports du docteur B_____, spécialiste FMH :
 - le 23 mars 2012, ce médecin a indiqué que l'assurée, droitnière, souffrait depuis plusieurs années de douleurs au niveau de l'épaule droite, mais avait aussi développé des douleurs à gauche depuis un accident survenu en 2011 ; les douleurs étaient désormais plus marquées de ce côté-là ; s'y ajoutait une hernie cervicale pouvant expliquer des douleurs relativement diffuses dans les membres supérieurs ;
 - le 17 mai 2012, le médecin a confirmé l'existence d'une lésion consécutive de la coiffe supérieure gauche, avec rétractation du tendon du sus-épineux et préconisé une arthroscopie ;
 - le 30 octobre 2012, à quatre mois d'une réinsertion arthroscopique de la coiffe des rotateurs gauche, le chirurgien a constaté que la situation n'était pas très favorable (élévation antérieure passive à 90°) ;
 - le 29 janvier 2013, le médecin a attesté que la lésion de la coiffe gauche apparue en 2011 entraînait une totale incapacité de travail, tout en espérant que sa patiente pourrait reprendre son activité habituelle dès que son épaule « serait libre », c'est-à-dire, normalement, trois mois plus tard.
3. Dans un rapport du 4 mars 2013, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et en médecine du sport, a expliqué que les suites de l'intervention de suture de la coiffe des rotateurs à gauche avaient été compliquées par le développement d'une capsulite rétractile, ce qui s'était traduit par une limitation fonctionnelle et douloureuse de l'épaule gauche. L'évolution était défavorable et lente. L'assurée restait incapable d'effectuer des activités bi-manuelles, même légères, et totalement incapable d'exercer son activité.
4. Dans un rapport ultérieur du 30 mai 2013, la Dresse C_____ a noté l'absence de modifications notables : les douleurs restaient difficilement couvertes par le traitement antalgique. Même si la mobilité de l'épaule s'était légèrement améliorée, l'incapacité restait totale dans l'activité d'infirmière. Une reprise, même à temps partiel, ne semblait pas envisageable.

5. Le 30 mai 2013, le Dr B_____ a, lui aussi, conclu à une totale incapacité de l'assurée à exercer son activité habituelle, vu l'impossibilité pour elle d'utiliser ses membres supérieurs. Il a évoqué la possibilité d'une reprise du travail six mois plus tard.
6. Le dossier de l'assurée a alors été soumis à la Division de réadaptation professionnelle de l'OAI qui a relevé que s'était ajoutée à la lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche une algodystrophie, dont il a été souligné qu'elle pouvait retarder de six à douze mois l'évolution favorable.
7. Le 23 décembre 2013, la Dresse C_____ a indiqué qu'il n'y avait toujours pas d'amélioration : l'évolution restait très lente et peu favorable, le pronostic était relativement réservé. La mobilisation était extrêmement douloureuse en raison d'un schéma scapulaire, de sorte qu'une activité professionnelle semblait difficilement envisageable au vu de l'intensité des douleurs et des limitations fonctionnelles.
8. A alors été versé au dossier le rapport d'expertise du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, rédigé le 18 décembre 2013 à l'intention de la Bâloise (assureur perte de gain).

Le rapport a été rédigé après un examen de l'assurée, le 29 octobre 2013, et sur la base du rapport fourni par l'assureur perte de gain et de l'étude du bilan radiologique apporté par l'assurée.

L'expert a conclu à une arthrofibrose post-opératoire massive après réinsertion d'une rupture dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche.

L'expert a constaté à l'examen un handicap fonctionnel clair de l'épaule gauche, plus modéré au niveau de la main gauche. Il a observé une mobilité de l'épaule encore clairement restreinte mais a émis l'avis qu'il existait un potentiel d'amélioration dans les six à douze mois à venir. Les valeurs au Jamar étaient étonnamment faibles, alors qu'il arrivait à l'assurée d'utiliser parfois relativement aisément sa main gauche, ce qui laissait supposer une légère majoration des plaintes. Une reprise chirurgicale était strictement contre-indiquée.

L'expert a conclu que la capacité à exercer l'activité habituelle d'infirmière - impliquant de donner des soins à des malades et de les aider à se mouvoir - était nulle. Dans une activité plus adaptée nécessitant moins d'efforts du membre supérieur non dominant, tel qu'un travail de gestion administrative, la capacité de travail était de 50 à 100%.

L'expert a souligné qu'une arthrofibrose post-opératoire évaluait parfois très lentement sur vingt-quatre, voire trente-six mois.

9. Un premier stage d'observation a alors été mis en place auprès de PRO, entreprise sociale privée, qui a rendu son rapport d'évaluation le 3 novembre 2014.

Les activités se sont déroulées sans exigences de rythme, car les gestes de l'assurée étaient particulièrement limités et lents, malgré sa motivation. Au vu des

observations faites et afin de ne pas préteriter la santé de l'intéressée, sa conseillère a validé un départ anticipé chaque jour, de sorte que le taux de présence en atelier a finalement été très faible, l'assurée n'ayant pu être présente que 2 h./j. au maximum.

Il avait finalement été mis un terme à la mesure de manière prématurée, après sept jours.

10. Dans un rapport du 16 décembre 2014, le groupe médical d'Onex a diagnostiqué une dépression moyenne sans effet sur la capacité de travail, vu l'absence de limitations sur le plan psychique.

11. Le 26 janvier 2015, la Dresse C_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé avec l'apparition d'une lésion transfixiante du sus-épineux droit diagnostiquée en août 2014.

Le médecin a expliqué que l'évolution était très médiocre, avec persistance d'une limitation fonctionnelle sévère de l'épaule gauche. Les douleurs au niveau de l'épaule droite étaient également très invalidantes. Le pronostic était défavorable.

L'activité d'infirmière n'était plus exigible. En revanche, une autre activité adaptée n'impliquant ni port de charges, ni mouvements répétés au-dessus de l'horizontale et monomanuelle serait envisageable, sans que le médecin précise à quel taux.

12. Interrogée par l'OAI, la Dresse C_____ a indiqué être dans l'attente des résultats d'une consultation de neurologie avec électroneuromyographie (ENMG).

Pour le reste, elle a expliqué que sa patiente n'accepterait pas une nouvelle intervention au niveau de l'épaule droite, vu l'évolution défavorable ayant suivi l'intervention pratiquée du côté gauche.

Selon le médecin, la capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles énumérées en janvier 2015 serait de 50%.

Il y avait une bonne corrélation entre les éléments subjectifs et les constatations objectives et aucun facteur extra-médical ne semblait participer à l'incapacité de travail.

13. Le 7 mai 2015, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en neurologie, a rendu son rapport suite à l'examen ENMG, concluant à une allodynie et à une dysesthésie du membre supérieur gauche dans le cadre d'une algoneurodystrophie après intervention de l'épaule en 2012. Le tableau clinique évoquait par ailleurs une dystonie tremblante du membre supérieur droit.

L'ENMG montrait un ralentissement de la conduction des nerfs ulnaires aux coudes n'expliquant pas les symptômes. Il n'y avait pas de signe de syndrome du tunnel carpien.

14. Le 31 août 2015, le SMR a préconisé se ranger à l'avis du médecin traitant. Selon les termes du médecin du SMR, la capacité de travail ne pouvait dépasser 50% dans

une activité tenant compte des limitations fonctionnelles « pour autant qu'une telle activité existe » et ce, depuis décembre 2013, date de l'expertise du Dr D_____.

15. La Division de réadaptation professionnelle a alors été interpellée sur la question de savoir si l'assurée, âgée de 59 ans, pouvait mettre sa capacité de gain en valeur sur le marché équilibré du travail, vu les limitations retenues.
16. Afin de répondre à cette question, une nouvelle mesure d'orientation et d'observation professionnelle a été mise sur pied auprès de PRO.
17. Le 17 février 2016, la Dresse C_____ a indiqué avoir revu la patiente et avoir constaté une aggravation de la symptomatologie douloureuse des deux épaules, suite à la réalisation de gestes répétés effectués dans le cadre du stage.
18. Dans un rapport du 27 février 2016, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a conclu à une tendinopathie sévère du tendon sus-épineux avec lésion partiellement transfixiante de l'épaule droite et à un status post-suture des tendons de la coiffe de l'épaule gauche en 2012, avec développement d'une capsulite rétractile en post-opératoire et douleurs résiduelles.

Le chirurgien a expliqué que la capsulite était résorbée, mais que la patiente continuait de souffrir de manière permanente de l'épaule et du bras gauches. Malgré tout, l'épaule droite était plus douloureuse depuis environ cinq mois. Les symptômes douloureux à droite provenaient d'une inflammation provoquée par les lésions tendineuses du tendon sus-épineux. Un conflit sous-acromial frottant sur la tendinopathie faisait perdurer les symptômes.

Le traitement classique (infiltrations, physiothérapie et médicaments) n'avait pas permis d'amélioration. Il ne restait donc plus que l'indication opératoire, mais avec le risque - qualifié de « certainement élevé » - que la patiente développe une fois encore une capsulite rétractile en post-opératoire. Le fait que l'épaule gauche soit restée douloureuse, même à distance de l'intervention, parlait plutôt contre l'indication d'une opération à droite.

Malgré les problèmes des deux membres supérieurs, « il y avait certainement possibilité de définir un travail adapté ».

19. PRO a rendu son second rapport le 11 mars 2016.

L'entreprise a rappelé que le but de l'observation était de déterminer si l'assurée pourrait occuper un poste adapté à 50%, tel que celui de téléphoniste par exemple. Il s'était cependant avéré que l'assurée était même incapable de positionner un casque avec microphone intégré sur sa tête : l'anse du casque devant se positionner à l'arrière du crâne, cela nécessitait de lever les bras, coudes à hauteur d'épaules, et de passer les mains derrière la tête, geste que l'assurée ne parvenait pas à réaliser.

Une fois encore, la mesure avait dû être interrompue après quelques jours.

20. Le 4 mai 2016, le SMR a émis l'avis que l'assurée conservait malgré tout une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée ne sollicitant pas de façon répétée les membres supérieurs.

Certes, le médecin traitant avait noté une aggravation de la symptomatologie douloureuse des deux épaules en lien avec la réalisation des gestes effectués dans le cadre du stage, mais aucun nouveau diagnostic n'avait été posé.

Qui plus est, le chirurgien avait émis l'avis qu'il y avait « certainement la possibilité de définir et de trouver un travail adapté ».

Dans ces conditions, le SMR confirmait ses conclusions du 31 août 2015.

21. L'OAI, retenant une capacité résiduelle de travail de 50% dans un poste adapté, tel qu'une activité de bureau a alors procédé au calcul théorique du degré d'invalidité en se basant sur le salaire que l'assurée pourrait réaliser dans des services d'administration.
22. Une enquête économique sur le ménage a été menée le 30 juin 2016, qui a conclu à des empêchements dans la sphère ménagère de 54%.
23. Un projet de décision a été communiqué à l'assurée le 13 juillet 2016, auquel elle s'est opposée en contestant être capable d'exercer à 50% une activité adaptée.
24. Par décision du 17 novembre 2016, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a reconnu à l'assurée, à compter du 1^{er} juillet 2013, le droit à une rente entière (pour un taux d'invalidité de 82%), réduite à une demi-rente (pour un taux d'invalidité de 58%) à compter du 1^{er} avril 2014, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé.

Considérant que l'assurée avait auparavant travaillé en tant qu'infirmière à 60% et qu'à l'échéance du délai d'attente - soit le 5 juin 2013 -, elle était dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité, l'OAI a retenu des empêchements de 100% dans la sphère professionnelle et de 54% dans la sphère ménagère, ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité global de 82% (60% + 22%).

Une amélioration de l'état de santé était survenue en décembre 2013, à la suite de laquelle l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Pour cette période, l'OAI a dès lors comparé le revenu qu'aurait réalisé l'assurée en travaillant à 60% en 2013, soit CHF 68'056.- (CHF 66'925.- de revenu annuel en 2011), à celui qu'elle aurait pu obtenir en exerçant à 50% une activité adaptée, après application d'une réduction de 10% pour tenir compte de l'exclusion de toute activité lourde, de l'âge de l'intéressée, des années de service et des limitations fonctionnelles (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS 2012, TA1, ligne 77-79-82 [activité de service, administration], niveau 2 [activité simple et répétitive]), soit CHF 26'926.-. L'OAI a ainsi obtenu un empêchement de 60% dans la sphère professionnelle conduisant à un degré d'invalidité de 36% sur ce plan, qui, additionné aux 22% d'invalidité dans la sphère ménagère, l'a conduit à un degré d'invalidité global de 58%.

25. Par écriture du 5 décembre 2016, l'assurée a interjeté recours contre cette décision.

La recourante invoque l'avis de son médecin traitant, la Dresse C_____, qui fait état d'une aggravation de la symptomatologie douloureuse.

Elle reproche au Service médical régional (SMR) de n'avoir tenu compte ni de ses douleurs, ni de l'aggravation de son état et souligne que, dans son rapport d'évaluation, la Fondation PRO a pourtant indiqué qu'elle ne pouvait reprendre une activité professionnelle, même dans un poste adapté.

26. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 10 janvier 2017, a conclu au rejet du recours.

L'intimé fait valoir que la Dresse C_____, si elle fait état d'une aggravation de la symptomatologie douloureuse, dit que celle-ci est en lien avec les atteintes déjà connues (capsulite rétractile et lésion transfixiante du sus-épineux à gauche). L'OAI rappelle que les simples plaintes subjectives ne suffisent pas à justifier une invalidité et que l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes. Or, en l'occurrence, aucun élément médical objectivement vérifiable n'a été ignoré et n'est suffisamment pertinent pour l'amener à modifier ses conclusions.

Quant au stage d'observation mené auprès de la Fondation PRO, l'intimé rappelle qu'il appartient au médecin de porter un jugement sur l'état de santé d'un assuré et d'indiquer dans quelle mesure et quelles activités celui-ci est capable d'exercer. En l'occurrence, l'intimé relève que la recourante n'a suivi la mesure que durant dix jours.

Son service de réadaptation a retenu qu'au vu de son statut d'infirmière et compte tenu de ses limitations fonctionnelles, l'intéressée pourrait exercer une activité administrative de bureau à 50%.

27. Après plusieurs prolongations de délai, la recourante s'est déterminée le 8 mai 2017.

Elle conclut à la mise sur pied d'une expertise orthopédique et rhumatologique et, quant au fond, à ce que lui soit octroyée une rente entière au-delà de décembre 2013.

En premier lieu, la recourante allègue que, sans atteintes à sa santé, elle aurait augmenté son taux d'activité à 80%, ceci dans le but d'augmenter son avoir de prévoyance à l'approche de l'âge de la retraite. Elle aurait déjà fait part de ce vœu à l'expert de son assurance perte de gain maladie en décembre 2013, lors du premier entretien de réadaptation en avril 2014 et durant l'enquête ménagère de juin 2016.

S'agissant de sa capacité de travail, la recourante reproche à l'intimé de n'avoir pas tenu compte des rapports de son médecin traitant et des conclusions du second stage d'orientation professionnelle réalisé auprès de la Fondation PRO. Selon elle, celui-ci démontre que même des gestes simples et n'impliquant aucun port de

charges restent extrêmement douloureux et ne peuvent être réalisés que très lentement, malgré sa motivation et ses efforts reconnus. La mise en place d'un casque de téléphoniste est impossible. Elle doit effectuer des pauses toutes les dix minutes.

La recourante ajoute qu'elle est allergique aux dérivés morphiniques et aux anti-inflammatoires, ce qui limite fortement les possibilités de traitement de ses douleurs.

Elle relève par ailleurs qu'elle est proche de l'âge de la retraite, puisqu'elle est âgée de 61 ans.

Quant au taux de réduction supplémentaire appliqué au revenu d'invalidé, elle rappelle qu'elle rencontre des limitations fonctionnelles sévères des deux épaules, qu'elle est âgée de plus de 60 ans, et qu'elle a exercé son activité dans le même domaine durant plus de trente ans. Elle en tire la conclusion que c'est une réduction de 20%, voire 25%, qui devrait être appliquée.

À l'appui de sa position, la recourante a produit :

- un courrier de la Dresse C_____, du 7 avril 2017 : le médecin y confirme que sa patiente souffre d'une limitation fonctionnelle de l'épaule gauche sur syndrome épaule/main sévère faisant suite à une intervention de la coiffe des rotateurs réalisée en juin 2012, ainsi que d'une limitation fonctionnelle douloureuse de l'épaule droite sur lésion transfixiante du sus-épineux droit, attestée par une arthro-IRM du 18 septembre 2014 ; l'évolution est médiocre depuis que l'atteinte concerne également l'épaule droite et invalide l'assurée dans toutes les activités de la vie quotidienne, a fortiori lorsqu'elles impliquent un port de charges répété ; selon le médecin, la capacité de travail a évolué dans le temps dans le sens d'une réduction notable suite à l'atteinte de l'épaule droite ; désormais, à son avis, la capacité de travail adaptée aux limitations fonctionnelles est nulle ; la réalisation des activités de la vie quotidienne en autonomie représente le maximum qui peut être exigé de sa patiente au vu des limitations fonctionnelles articulaires douloureuses des deux épaules ; le médecin a par ailleurs confirmé que, si les évaluations professionnelles ont dû être interrompues, c'est pour des raisons médicales, suite à des recrudescences douloureuses, quand bien même les tâches demandées n'impliquaient pas de port de charges ; enfin, le médecin estime que l'évaluation de l'enquête ménagère est parfaitement en adéquation avec les limitations présentées par sa patiente ;
- un bref courriel du Dr F_____ indiquant ne pouvoir se prononcer, dans la mesure où il n'a vu l'assurée qu'une seule fois, le 11 novembre 2015.

28. Une audience s'est tenue en date du 31 août 2017.

La recourante a réaffirmé qu'elle pensait augmenter son taux d'activité à 80% après son opération. Questionnée à ce propos, elle a indiqué en avoir peut-être parlé à des collègues, mais n'avoir entrepris aucune démarche administrative en ce sens auprès de ses supérieurs.

Elle a expliqué avoir commencé à travailler à 100% à l'hôpital, mais avoir, vers 1996, rencontré des problèmes d'asthme et d'allergie à de nombreux produits médicamenteux qui l'ont conduite à préférer la profession d'infirmière à domicile. La situation ne s'améliorant pas au niveau respiratoire, elle a réduit son taux d'occupation à 60% en 1998. Dernièrement, son état pneumologique se serait stabilisé, c'est ce qui l'a poussée à envisager la possibilité d'augmenter son taux d'occupation à 80%, vu la baisse des prestations du deuxième pilier.

La recourante a ajouté qu'allergique à de nombreux médicaments, elle ne supporte ni l'aspirine, ni le paracétamol.

S'agissant de ses stages d'observation, elle a allégué avoir rencontré d'énormes difficultés au niveau du bras gauche durant le premier (douleurs très importantes et perte de sensibilité au bout des doigts). La moindre activité lui est douloureuse, ce qui la conduit à essayer de trouver des astuces au quotidien pour diminuer au maximum les douleurs. Il lui a été très difficile de se rendre compte durant l'observation qu'elle ne pouvait plus assumer des activités aussi simples et de devoir le montrer. Les horaires ont toujours été fixés en total accord avec son conseiller, qui, constatant à quel point il lui était difficile de faire le deuil de son travail d'infirmière, lui a suggéré d'aller voir un spécialiste. Elle a alors consulté un psychiatre mais a mis un terme au suivi après deux mois car ses maux ne sont pas psychiques, mais bien physiques.

Au cours du deuxième stage, les choses ne se sont pas améliorées. Constatant ses difficultés et l'épuisement qu'elles engendraient, ses conseillers l'ont obligée à faire des pauses. C'était encore pire que durant le premier stage, puisque des douleurs se sont ajoutées à droite.

La recourante a souligné avoir toujours été indépendante et autonome. Elle s'efforce de trouver des solutions par elle-même, pour tenter de continuer à faire le plus de choses possibles, notamment dans son ménage. Elle a ainsi beaucoup modifié ses habitudes et accepté de faire appel à l'aide de proches. À cet égard, la recourante a indiqué que le rapport d'enquête ménagère correspondait plus ou moins à ce qu'elle avait dit à l'enquêtrice.

Elle a conclu en expliquant avoir accepté l'opération du bras à gauche parce qu'elle souffrait et espérait que cela lui permettrait de retrouver son travail. Si elle refuse désormais celle du bras droit, c'est parce que son médecin a reconnu qu'il y avait 90% de risques qu'elle rencontre les mêmes complications qu'à gauche. Or, il lui est même impossible d'ouvrir un robinet ou d'actionner un interrupteur de la main gauche.

29. Entendue à son tour, Madame G_____, ancienne responsable du Centre d'évaluation professionnelle PRO, a expliqué que le premier stage, prévu à 100% du 18 août au 16 novembre 2014, avait finalement été interrompu le 26 août. L'assurée avait été affectée au service de mise sous pli (activités de tamponnage, de pliage de feuilles et de mise sous enveloppes). Elle avait rencontré des difficultés

dans toutes ces activités en raison des atteintes de ses membres supérieurs. Elle avait ainsi de la difficulté à mouvoir son bras gauche, presque inutilisable. Il y avait en outre perte de force au niveau des deux bras. Des départs anticipés dans la journée avaient régulièrement été accordés au vu des douleurs.

Le témoin a souligné que l'assurée avait toujours fait preuve de bonne volonté, manifesté le souhait de bien faire et communiqué facilement avec eux. Elle n'avait jamais refusé de coopérer et leur avait semblé tout à fait crédible.

Le deuxième stage, prévu à 50% du 18 janvier au 18 avril 2016, avait finalement lui aussi été interrompu le 10 février. Sur les dix-huit jours qu'il avait duré, il n'y avait eu que dix jours de présence effective et, sur ces dix jours, seuls trois jours avaient été effectués à 50%. Les autres jours, l'assurée avait dû partir de manière anticipée, jusqu'à 1h30 avant le terme de la mesure, toujours en accord avec les maîtres de stage. L'objectif était de vérifier la capacité de l'intéressée à exercer un poste adapté à 50%, par exemple comme téléphoniste. Elle avait débuté dans un « atelier pratique », qui offre plusieurs activités possibles et permet, après observation minutieuse, d'affiner l'orientation vers une activité adaptée. Il ne s'agissait donc pas de production, comme lors du premier stage, mais d'observation. Plusieurs activités ont été tentées mais, quelle que soit l'activité choisie, il a fallu adapter le protocole aux difficultés de l'assurée (préhension, manque de force, manque de mobilité des membres supérieurs) et, malgré cela, dans toutes les activités, les maîtres de stage ont constaté une lenteur d'exécution et un rendement très diminué.

Ont ainsi été tentées, par exemple, les activités suivantes :

- classement alphabétique, mais l'assurée a rencontré des difficultés à sortir les feuilles des classeurs ;
- conditionnement d'échantillons, mais il lui a été impossible de sortir ceux-ci des cartons et de les assembler au moyen d'un élastique ;
- étiquetage de précision, mais il lui a été impossible d'utiliser la pince prévue à cet effet et elle n'avait pas assez de force pour effectuer le mouvement de décollage d'étiquettes normalement ;
- l'activité de téléphoniste a été abandonnée d'entrée, lorsqu'il a été observé que l'assurée ne pouvait pas même s'équiper correctement : il lui était impossible de mettre en place le casque, au vu de l'état de ses membres supérieurs.

Les maîtres de stage ont alors exigé de l'assurée qu'elle fasse régulièrement des pauses, pour lui permettre de détendre la partie supérieure de son corps, mais cela n'a pas amélioré la situation, de sorte que le stage a finalement été interrompu.

Comme précédemment, l'assurée s'est montrée ouverte et a accepté toutes les activités proposées.

Se basant sur le « journal de bord » tenu par ses collègues, le témoin a souligné l'ampleur des difficultés rencontrées par l'assurée, même dans un poste purement

administratif, pour écrire, manipuler des objets, etc. Les maîtres de stage qui ont suivi l'intéressée ont d'une part constaté d'importantes difficultés physiques, d'autre part, relevé une fragilité psychique durant les entretiens : confrontée à ses limites, même dans des activités basiques, il était difficile à l'assurée de l'accepter et elle a beaucoup pleuré, raison pour laquelle il lui a été suggéré de demander un soutien psychique supplémentaire.

30. Dans ses écritures après enquêtes du 29 septembre 2017, l'OAI a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.

L'intimé retient des déclarations du témoin que la durée du stage n'était pas suffisante pour conclure à l'inexigibilité d'une activité adaptée, que la recourante n'a pu être testée véritablement et que la fragilité psychologique dont elle a fait preuve était prédominante.

S'agissant du statut à reconnaître à l'assurée, l'intimé constate qu'elle n'a jamais effectué la moindre démarche concrète auprès de ses supérieurs pour augmenter son taux d'activité à 80%.

31. Quant à la recourante, elle a également campé sur sa position dans ses conclusions après enquêtes du 29 septembre 2017.

Elle allègue avoir indiqué à plusieurs reprises que, sans atteinte à sa santé, elle aurait augmenté son taux d'activité à l'approche de l'âge de la retraite. Elle répète l'avoir déjà signalé à son assureur perte de gain en décembre 2013.

S'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail, elle relève que le SMR s'est prononcé sur la base de l'expertise du Dr D_____ du 13 décembre 2013, réalisée avant l'apparition de l'atteinte à son bras droit.

Quant à l'observation professionnelle, elle considère que les données qui en ont été tirées sont très complètes, malgré la brièveté de la mesure.

Puisque Mme G_____ ne l'a pas suivie personnellement, la recourante suggère de compléter l'instruction par l'audition de Madame H_____, maître de stage qui l'a observée durant la mesure auprès de la fondation PRO.

La recourante considère que l'avis du SMR concluant à une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée ne repose sur aucun rapport médical complet et est infirmé non seulement par l'avis de son médecin traitant, mais également par les observations des maîtres socio-professionnels.

Enfin, s'agissant de la réduction à appliquer au salaire d'invalidé, elle maintient qu'elle devrait s'élever à 20% à tout le moins.

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), 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. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés (ATF 130 V 343).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Le litige porte sur la quotité de la rente d'invalidité à allouer à l'assurée à compter du 1^{er} avril 2014.
5. Se pose en premier lieu la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée. L'intimé a considéré que c'est un statut d'active à 60% qui doit lui être reconnu, ce que la recourante conteste, alléguant qu'elle avait l'intention d'augmenter son taux d'activité à 80% après son opération.
6. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27ss RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1). L'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 334 consid. 3.2).

Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré s'il était demeuré valide, il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications

professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 p. 337 et les références).

7. C'est le lieu de rappeler que 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).
8. En l'occurrence, lors de l'enquête ménagère, la recourante a indiqué qu'elle aurait vraisemblablement continué à travailler au même taux qu'avant l'atteinte à sa santé. L'enquêtrice a relaté que l'assurée avait « vaguement » eu le projet d'augmenter son taux de travail à 80% pour augmenter ses prestations à l'approche de la retraite. Il ressort cependant du dossier qu'aucune démarche concrète n'a été effectuée par la recourante en ce sens. En particulier, elle n'a pas approché son employeur à ce sujet, ce qui corrobore le fait qu'il ne s'agissait que d'un projet indéfini. S'y ajoute le fait que la recourante a exercé son activité à 60% des années durant. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimé a retenu un statut de 60%. En effet, il n'existe pas suffisamment d'éléments concrets en l'occurrence permettant d'admettre comme démontré au degré de la vraisemblance prépondérante requis que l'assurée aurait effectivement augmenté son taux d'occupation si son état de santé le lui avait permis. Sur ce point, la décision litigieuse doit être confirmée.
9. Reste à présent à examiner si l'état de santé de la recourante s'est amélioré au point de lui permettre de recouvrer une capacité de 50% dans une activité adaptée à compter de décembre 2013, comme l'a retenu l'intimé, ce que l'intéressée conteste.
10. 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés

sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

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).

Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, comme c'est le cas en l'occurrence - la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 consid. 4.1 et les références). En revanche, l'art. 88^{bis} RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2 et les références).

11. 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 depuis le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

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

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

12. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).
13. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

14. En l'espèce, l'intimé a considéré qu'à compter de décembre 2013, la recourante a recouvré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, ce que l'intéressée conteste, demandant qu'une expertise soit mise sur pied.

Les atteintes à la santé sont clairement identifiées et non contestées. Il n'y a dès lors pas lieu de mettre en place une expertise, dans la mesure où la seule question qui se pose est celle de la capacité résiduelle de travail. Or, sur ce point, les deux médecins traitants partagent le même avis. Selon eux, ainsi que selon le Dr D_____, une capacité de 50% serait théoriquement exigible.

Il convient toutefois de préciser que le Dr D_____ est parvenu à cette conclusion avant l'aggravation survenue en août 2014 (lésion transfixiante du sus-épineux droit), touchant le second membre supérieur, prioritaire, puisque la recourante est droitière.

Le Dr F_____ a évoqué la possibilité d'une capacité résiduelle de travail d'une manière laissant entendre qu'il ne voyait pas très bien quelle activité concrète pourrait entrer en ligne de compte. Selon lui, « il y avait certainement possibilité de définir un travail adapté », ce qu'il s'est bien gardé de faire.

Quant à la Dresse C_____, si elle a finalement conclu à une capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée, elle ne s'est pas non plus aventurée à énoncer quelles activités pourraient correspondre aux nombreuses limitations fonctionnelles retenues.

Le SMR lui-même, dans son avis du 31 août 2015, a mis en doute l'existence d'une telle activité en précisant : « pour autant qu'une telle activité existe ». C'est la raison pour laquelle le dossier a été renvoyé à la division de réadaptation professionnelle qui a alors mis en place une seconde observation auprès de PRO, pour répondre à la question, précisément, de savoir si l'assurée, alors âgée de 59 ans, pouvait mettre sa capacité de gain en valeur sur le marché équilibré du travail au vu des limitations retenues.

Or, l'observation mise en place dans le but de mettre en évidence quelles activités pouvaient éventuellement entrer en ligne de compte a justement démontré qu'aucune activité administrative, même légère, n'était envisageable. A cet égard, la responsable de PRO, sur la base des observations portées par les maîtres de stage ayant personnellement suivi l'assurée dans le journal concernant celle-ci, s'est montrée particulièrement convaincante. Il est ressorti des observations des maîtres socio-professionnels que l'assurée - dont on rappellera qu'elle est clairement handicapée par des atteintes qualifiées de sévères au niveau des deux membres supérieurs - a rencontré d'énormes difficultés à accomplir des tâches aussi simples que de la mise sous pli ou du pliage de feuilles et qu'il lui a été tout bonnement

impossible de mettre en place un casque de téléphoniste. Plusieurs autres activités ont été tentées (étiquetage, conditionnement d'échantillons, classement alphabétique, etc.) qui, toutes, n'ont pu être exécutées que partiellement et avec un rendement très diminué, malgré la bonne volonté de l'intéressée. Qui plus est, l'exercice de ces activités pourtant légères s'est traduit par une aggravation de la situation, dont a pu attester la Dresse C_____.

En dépit de cela, le SMR, faisant fi de l'évaluation pourtant demandée par ses soins, a conclu - sans autres explications - à une capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée, sans préciser en quoi pourrait consister celle-ci.

Certes, selon la jurisprudence, 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 la personne assurée pendant le stage (arrêt 9C_891/2012 du 5 avril 2013 consid. 3; arrêt I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2). Il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci. 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 p. 20), 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 d'un assuré. 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 (arrêts 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64).

En l'occurrence, c'est ce qu'il convient de faire, d'autant plus que, comme exposé supra, le SMR lui-même doutait a priori qu'il puisse exister une activité adaptée aux nombreuses limitations fonctionnelles retenues. L'observation mise en place avait pour objectif de lever ces doutes. Force est de constater qu'elle n'a fait que les renforcer, ce dont le SMR aurait dû tirer les conclusions qui s'imposaient, à savoir qu'aucune activité, même légère, n'est accessible à la recourante sur le marché de l'emploi. Au lieu de cela, l'intimé s'est référé, pour procéder au calcul du degré d'invalidité, au revenu que l'assurée pourrait réaliser dans une activité administrative (ESS T1 77. 79-82), alors même que le stage d'observation - même raccourci - a démontré que la recourante ne pouvait s'acquitter de tâches aussi simples que de la mise sous pli.

C'est le lieu de rappeler qu'il appartient en principe à l'administration d'indiquer quelles sont les possibilités de travail concrètes qui entrent en considération,

compte tenu des indications médicales et des autres aptitudes de l'assuré (ATF 107 V 20 consid. 2b = RCC 1982 p. 34).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. L'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il est déterminant, au sens de l'art. 28 al. 2 LAI de savoir dans quelle mesure la capacité de gain résiduelle de l'assuré peut être exploitée économiquement sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui. Il s'ensuit que, pour évaluer l'invalidité il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (VSI 1998 p. 296 consid. 3b).

On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts 9C_984/2008 du 4 mai 2008 consid. 6.2; I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

En l'occurrence, l'observation professionnelle a démontré que la nature et l'importance de la pathologie constituent des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité lucrative par l'assurée, dans la mesure où un employeur ne prendrait pas le risque d'engager une personne aussi fortement limitée par sa santé et dans son rendement. Au vu des circonstances, on ne saurait considérer qu'en l'espèce, le marché offre un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif serait adapté à ses limitations fonctionnelles et accessibles sans aucune formation particulière. L'intimé a d'ailleurs restreint le cercle des activités envisageables aux professions administratives, dont l'observation a quant à elle démontré qu'elles étaient inexigibles.

Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est par conséquent à tort que l'intimé a considéré qu'il y avait eu amélioration de la capacité de travail à compter de décembre 2013. Au demeurant, cette supposée amélioration n'est pas démontrée sur le plan médical puisqu'elle remonte à l'expertise du Dr D_____, alors même que l'état de l'assurée, loin de s'améliorer, s'est encore aggravé par la suite avec l'apparition d'une atteinte touchant le second membre supérieur. Au moment de l'expertise du Dr D_____, l'incapacité ne résultait que de l'atteinte au membre supérieur gauche.

Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 17 novembre 2016 réformée en ce sens que le droit à la rente entière pour un taux d'invalidité de 82% est reconnu pour une durée indéterminée à compter du 1^{er} juillet 2013.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- 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]). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet au sens des considérants.
3. Dit que le droit à une rente entière perdue au-delà du 31 mars 2014.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 3'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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