

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4325/2016

ATAS/647/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 juillet 2017

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Daniela LINHARES

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria Esther SPEDALIERO et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1965 au Portugal, de nationalité portugaise, s'est mariée en 1987 et est mère de deux enfants nés respectivement en 1990 et 1995. Elle s'est installée en Suisse en 1992, à Zermatt (VS), puis dans le canton de Genève en 1995. Elle a travaillé comme femme de chambre et lingère dans des hôtels. En arrêt de travail pour cause de problèmes dorsaux depuis le 11 juin 1999, elle a été licenciée pour le 31 octobre 1999, restant au bénéfice d'indemnités pour perte de gain maladie jusqu'au 9 juin 2001.
2. Dans l'intervalle, le 10 avril 2000, l'assurée avait déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), à savoir un reclassement ou/et une rente, en considération d'hernies discales et de discopathies.
3. Dans le cadre de l'instruction de cette demande sur le plan médical, un examen clinique bidisciplinaire de l'assurée a été effectué par le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), le 23 avril 2004, par les docteurs B_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et C_____, psychiatre FMH. Le diagnostic retenu par lesdits médecins a été celui de lombosciatalgies droites chroniques (troubles dégénératifs du rachis dorso-lombaire et protrusion discale sévère L5-S1 droite). Les limitations fonctionnelles avérées consistaient à n'avoir pas de charges de plus de 8 kg à porter de façon régulière, ni à devoir être en position assise prolongée au-delà de 45 minutes, en position statique en porte-à-faux, en position de réclinaison lombaire ou de torsion du torse, en position debout immobile pendant plus de 30 minutes, en position agenouillée ou accroupie, ni à devoir faire du travail sur une échelle ; l'assurée devait pouvoir alterner les positions. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle de femme de chambre ou de lingère, mais complète dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles. L'examen clinique psychiatrique était normal ; il n'avait pas montré notamment de dépression majeure, d'anxiété généralisée, de syndrome douloureux somatoforme persistant ; il n'y avait pas de limitation fonctionnelle psychiatrique ; l'assurée n'avait aucune incapacité de travail dans le domaine psychiatrique (doc 34 OAI).

À teneur d'un examen clinique effectué le 30 mars 2005 par le docteur D_____ du SMR – après que l'assurée avait dû subir, en raison d'un syndrome de la queue de cheval, une intervention le 20 août 2004 –, l'assurée souffrait, de façon se répercutant sur sa capacité de travail, de dorsolombosciatalgies chroniques sur troubles dégénératifs, associées à une hernie discale médiane paramédiane droite L5-S1 et d'un status après cure chirurgicale d'hernie discale L5-S1 induisant un syndrome de la queue de cheval, ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, d'un syndrome algique chronique de type fibromyalgie modérée. Ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de station prolongée debout au-delà de 30 minutes, pas de position statique assise de plus d'une heure, pas de position en porte-à-faux du rachis ni en

antéflexion du rachis, possibilité de varier les positions assises-debout à sa guise toutes les 30 minutes et de détendre et relaxer la musculature posturale toutes les deux heures pendant 5 à 10 minutes. Sa capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de chambre ou lingère était nulle depuis le 11 juin 1999, mais, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles, de 100 % jusqu'en mai 2004, puis de 0 % jusqu'à fin février 2005, puis de 70 % depuis le 1^{er} mars 2005 en raison d'une baisse de rendement évaluée à 30 % (doc 55 OAI p. 4 ss).

4. Sur le plan de la réadaptation, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'un stage d'observation dans un poste d'ouvrière en horlogerie à l'établi du 2 au 31 mars 2006 et d'une formation en entreprise en cette qualité dès le 1^{er} juin 2006 pour une durée prolongée finalement jusqu'au 31 août 2007. L'assurée a été en arrêt de travail à 100 % du 11 au 24 juin 2007 puis à 50 % dès le 25 juin 2007 en raison d'une exacerbation de ses douleurs et d'une fatigue excessive avec apparition d'un état dépressif sous-jacent. Son médecin traitant, la docteure E_____, généraliste FMH, a indiqué le 18 juin 2007 que l'assurée souffrait de lombalgies chroniques et d'un état dépressif et avait une capacité de travail de 0 % comme femme de chambre ou lingère mais de 50 % comme ouvrière en horlogerie (doc 95 et 99 OAI), taux correspondant au taux de rendement estimé par la patron de l'entreprise formatrice et reconnu par le SMR le 7 août 2007, et auquel l'assurée a été engagée dans ladite entreprise en la qualité précitée dès le 1^{er} septembre 2007 (doc 99 à 106 OAI).
5. Par une décision du 24 janvier 2008 (doc 119 OAI), reprenant les termes et conclusions d'un projet de décision du 9 novembre 2007 (doc 109 OAI), l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité pour la période du 1^{er} juin 2000 au 31 mai 2005, mais lui a reconnu le droit à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} juin 2005 au 31 juillet 2006 et à une demie-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2007, compte tenu de taux d'invalidité, selon les comparaisons de revenus effectuées, respectivement de 0.30 %, 43 % et 52 % pour les périodes considérées.
6. Par communication du 8 février 2010 (doc 128 OAI), consécutive à l'ouverture d'une procédure de révision, l'OAI a informé l'assurée que son degré d'invalidité n'avait pas changé et qu'elle continuerait donc de bénéficier de sa rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 52 %. Il avait recueilli préalablement l'avis du médecin traitant (Dre E_____) et du psychiatre F_____ (auquel ledit médecin traitant l'avait adressée en juin 2007), qui, dans des rapports très succincts, avaient indiqué respectivement, la première citée, que l'assurée avait un état de santé stationnaire, avec les mêmes limitations et incapacité totale comme femme de chambre et capacité de travail de 50 % comme ouvrière en horlogerie (doc 124 OAI), et, le second, qu'elle l'avait consultée en 2007 pour des symptômes dépressifs légers dans le cadre de la réadaptation professionnelle, sans indication actualisée concernant sa capacité de travail (doc 127 OAI).
7. Par communication du 22 septembre 2011 (doc 137 OAI), consécutive à l'ouverture d'une procédure de révision, l'OAI a informé l'assurée que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'elle continuerait

donc de bénéficier de sa rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 52 %. Il avait recueilli préalablement l'avis de la Dre E_____ (doc 132 OAI), qui avait fourni la même réponse que lors de la première révision, et du Dr F_____, qui ne s'était pas prononcé (doc 136 OAI).

8. L'assurée a été en incapacité totale de travail dès le 5 mars 2012, sur la base de certificats médicaux du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie et chirurgie de la main, en raison de paresthésies nocturnes des deux mains, insomniantes et douloureuses, avec gêne, maladresse et diminution de la sensibilité, ayant nécessité une cure de tunnel carpien, respectivement droit le 5 mars 2012 et gauche le 2 juillet 2012 (doc 151 p. 6 et 8 OAI). Elle a bénéficié d'indemnités pour perte de gain maladie.
9. Par demande datée du 30 juillet 2012, enregistrée à l'OAI le 10 août 2012 (doc 139 OAI), l'assurée a requis des prestations de l'AI, en considération de son syndrome de tunnel carpien aux deux mains.
10. À teneur d'un rapport médical du 13 septembre 2012 du Dr G_____ (doc 151 OAI), l'assurée souffrait depuis deux ans, avec effet sur sa capacité de travail, d'un tunnel carpien bilatéral et d'une épicondylite bilatérale, ainsi que, sans effet sur sa capacité de gain, de douleurs diffuses aux poignets et aux articulations, en cours d'investigation. Sa capacité de travail était de 0 % dans toute activité.

Une échographie du 21 mai 2012 du poignet droit n'avait pas révélé de complication post-chirurgicale ; il y avait une hypertrophie de la gaine synoviale des tendons fléchisseurs associée à une hyperhémie au doppler couleur, responsable d'une tuméfaction décelable à l'examen clinique (doc 151 p. 7 OAI). Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 18 juillet 2012 du coude gauche avait mis en évidence une épicondylite et une tuméfaction de l'insertion du tendon du triceps brachial avec comblement partiel de la graisse, mais pas de signe d'épitrôchléite ni de lésion osseuse (doc 151 p. 9 OAI). Une IRM du même jour du poignet droit (doc 160 p. 9 s. OAI) avait montré une ténosynovite de De Quervain, un remaniement fibreux avec épaissement du ligament annulaire et du tendon, un palmaris longus post opératoire, une tuméfaction autour des tendons fléchisseurs évoquant le diagnostic de synovite, mais pas de lésion osseuse.

Selon un rapport de la docteure H_____, spécialiste FMH en neurologie, une électroneuromyographie (ci-après : ENMG) réalisée le 21 août 2012 avait montré, par rapport à l'ENMG préopératoire de février 2012, une normalisation de la latence distale motrice du nerf médian droit et un ralentissement de la conduction des fibres sensibles au travers du canal moins marqué des deux côtés ; il n'y avait pas de signes d'atteinte du nerf cubital droit ni au coude, pas de signes de dénervation dans les muscles lombricaux et interosseux des 3^{ème} et 4^{ème} métacarpiens. Ledit médecin se demandait s'il y avait hypo-extensibilité de ces derniers, ou un problème tendineux (doc 151 p. 10 ss OAI). Elle notait au passage que l'assurée était connue pour un état anxio-dépressif et une hypertension artérielle.

D'après un rapport du 14 septembre 2012 du docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, l'assurée présentait, sur le plan ostéo-articulaire, un tableau de douleurs chroniques diffuses, qui ressemblait bien à une fibromyalgie, diagnostic lui ayant été expliqué « il y a(vait) fort longtemps », ainsi que des problèmes plus ponctuels de tendinite de De Quervain droite et d'épicondylite bilatérale, sans élément en faveur d'un rhumatisme inflammatoire (doc 160 p. 12 s.).

11. Lors d'un entretien du 18 octobre 2012 à l'OAI avec l'assurée, désormais représentée par une avocate, il a été prévu que l'assurée suive un cours d'initiation à l'informatique, compte tenu du fait que les limitations fonctionnelles de ses mains et de ses bras paraissaient compromettre son activité dans l'horlogerie (doc 159 OAI).
12. D'après un rapport médical du 24 octobre 2012 de la Dre E_____, l'assurée souffrait, avec effet sur sa capacité de travail, de fibromyalgie, d'épicondylite bilatérale et d'un état dépressif, ainsi que, sans effet sur la capacité de travail, d'un status post canal carpien bilatéral, d'un glaucome et d'une hypertension artérielle. Elle avait des douleurs cervicales et des deux coudes. Elle ne devait pas exercer d'activités uniquement en position assise ou debout, ni se pencher, ni travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupie, à genoux, ni faire de mouvements de rotation en étant assise ou debout, ni soulever et porter des poids, ni monter sur une échelle ou les escaliers ; ses capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation n'étaient pas limitées. Son incapacité de travail était alors totale, mais une reprise d'activité professionnelle à 50 % serait possible à partir d'une date encore indéterminée (doc 160 OAI).
13. Le 31 octobre 2012, le docteur J_____, cardiologue FMH, a indiqué que si l'assurée avait une haute tension artérielle et un bloc de branche gauche, elle avait, du point de vue cardiologique, une capacité de travail de 100 % et pas de limitation fonctionnelle (doc 162 OAI).
14. Dans un rapport non daté (enregistré le 1^{er} novembre 2012 à l'OAI), le psychiatre F_____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de gain de troubles moteur des membres supérieurs depuis 2007, et le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de trouble dépressif depuis 2012, en rémission. L'assurée s'estimait totalement incapable de travailler, y compris dans son activité actuelle, en raison de ses douleurs ; elle souhaitait garder des enfants. Pour ledit médecin, elle avait une capacité de travail de 0 % dans son activité actuelle (d'ouvrière en horlogerie), mais aurait une capacité de travail (à un taux non précisé) dans une activité adaptée ; elle ne devait pas travailler en devant être accroupie ou à genoux, ni faire des mouvements de rotation en étant assise ou debout, ni soulever et porter des poids, ni monter sur une échelle (doc 161 OAI).
15. Selon un rapport du 11 novembre 2012 du rhumatologue I_____, l'assurée souffrait de fibromyalgie (connue depuis une dizaine d'années), d'une épicondylite gauche (tendinite de De Quervain droite) et d'un état dépressif. Ledit médecin

répondait par un point d'interrogation aux questions de savoir si l'assurée avait une capacité de travail respectivement dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. L'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé (doc 160 OAI).

Le 17 novembre 2012, le Dr I_____ a invité l'OAI à s'adresser, s'agissant de la capacité de travail de l'assurée, au médecin qui avait signé ses arrêts de travail (doc 175 p. 4 OAI).

16. D'après un rapport du docteur K_____, ophtalmologue FMH, non daté, enregistré le 3 décembre 2012 à l'OAI, l'assurée, atteinte d'hypertonie intra-oculaire découverte en juin 2012, ne subissait aucune restriction pour exercer son activité habituelle du point de vue ophtalmologique (doc 167 OAI).

Le 20 décembre 2012 – après que l'assurée avait été mise au bénéfice, au titre de l'intervention précoce, d'un cours de formation en bureautique de 46 heures (doc 169 OAI) –, ledit médecin a cependant précisé qu'un status orthoptique avait mis en évidence une légère insuffisance de convergence pouvant être responsable de fatigue oculaire en cas de travail prolongé de près ou sur écran d'ordinateur (doc 171 OAI).

17. Dans l'intervalle, le 5 décembre 2012, l'assurée avait subi une décompression simple du nerf médian au canal carpien. D'après le rapport non daté (enregistré à l'OAI le 5 février 2013) du docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, l'assurée était en totale incapacité de travail du 5 décembre 2012 au 6 janvier 2013 ; elle retrouverait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 7 janvier 2013 (doc 172 OAI).

18. Dans un rapport du 27 avril 2013, le rhumatologue I_____ a noté que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. Cette dernière souffrait, avec effet sur sa capacité de travail, d'une fibromyalgie et d'une épicondylite au coude gauche rebelle à tout traitement (traitement conservateur, physiothérapie, ondes de choc) depuis 2012. Ledit médecin répondait par un point d'interrogation aux questions sur le taux de capacité de travail de l'assurée. La compliance de cette dernière était optimale et il y avait une bonne concordance entre ses plaintes et l'examen clinique. Elle était aussi traitée pour son état dépressif (doc 185 OAI).

19. Le 16 juillet 2013, à la suite de la faillite prononcée le 13 mai 2013 de l'entreprise au sein de laquelle l'assurée était engagée, l'office des faillites a résilié avec effet immédiat le contrat de travail de cette dernière (doc 200 OAI).

20. Le 20 septembre 2013 (doc 194 OAI), en réponse à une question du 2 mai 2013 (doc 180 OAI) de savoir s'il fallait faire une expertise rhumatologique, le SMR a émis l'avis, sous la plume de la docteure M_____, qu'il était nécessaire de faire une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, rhumatologie, neurologie, chirurgie de la main et psychiatrie (en posant les questions usuelles en cas de troubles somatoformes douloureux [ci-après : TSD]).

21. À teneur d'un rapport du 1^{er} octobre 2013 du Dr L_____ (doc 196 OAI), l'assurée avait une capacité de travail de 50 % comme ouvrière en horlogerie et d'au moins

80 % comme huissière ou surveillante, ce taux-ci étant aussi indiqué en réponse aux questions de la compliance de l'assurée et de la concordance de ses plaintes avec l'examen clinique.

22. Par communication du 4 octobre 2013 (doc 195 OAI), l'OAI a informé l'assurée qu'il ordonnait une expertise médicale pluridisciplinaire dans les cinq disciplines médicales précitées, qui serait confiée à un centre d'expertises médicales devant être choisi aléatoirement, et il lui a fait part des questions qui seraient posées aux experts, comportant les questions usuelles selon la jurisprudence d'alors en cas de troubles somatoformes douloureux ou de troubles assimilés, questions auxquelles l'assurée a demandé que soient ajoutées trois questions (doc 197 OAI), faisant partie en réalité de celles prévues par l'OAI (doc 198 OAI).
23. Le 4 juillet 2014, s'inquiétant de n'avoir toujours pas été convoquée pour l'expertise médicale ordonnée, l'assurée a fait part de son vif souhait de pouvoir retravailler dans les plus brefs délais, dans un autre domaine que celui de l'horlogerie (dans lequel elle estimait ne plus pouvoir exercer d'activité), tenant compte de ses limitations (doc 204 OAI).
24. Le 21 juillet 2014, étant parvenue à la fin de son droit à des indemnités journalières perte de gain, l'assurée s'est inscrite au chômage à 50 %, en présentant un certificat de travail attestant d'une totale incapacité de travail du 4 mars au 31 août 2014 et énumérant ses limitations fonctionnelles physiques (doc 206 OAI).
25. L'assurée a effectué un stage d'évaluation de sa capacité de travail du 24 novembre au 10 décembre 2014 auprès de PRO entreprise sociale privée. Il s'est avéré, à teneur du rapport établi par cette dernière versé au dossier de l'AI le 15 janvier 2015 (doc 213 OAI), qu'en dépit de sa bonne volonté et de ses capacités mais en raison de ses douleurs trop importantes, l'assurée ne pouvait effectuer un travail dans l'économie ; son temps de présence ne pouvait dépasser deux fois deux heures par jour ; elle ne pouvait porter aucune charge et devait être en permanence en mouvement. Sa situation médicale était incompatible avec une prise de poste même adapté. Il lui faudrait pouvoir exercer une activité occupationnelle respectant ses limitations et lui permettant de modifier en tout temps son temps de présence, afin de « rester en contact socialement ».
26. Le 10 février 2015, l'assurée – qui avait pris dans l'intervalle un nouveau médecin traitant, le docteur N_____, spécialiste FMH en médecine interne (doc 205 OAI) – a demandé à l'OAI de réviser le pourcentage de sa rente d'invalidité, son droit aux indemnités journalières perte de gain ayant pris fin et son état de santé s'étant encore dégradé ; elle se tenait à disposition pour une expertise médicale (doc 216 OAI).

L'OAI lui a répondu le 17 février 2015 que le mandat d'expertise la concernant avait été introduit dans la plateforme électronique Med@P le 4 octobre 2013, qu'il restait dans l'attente de la désignation du centre d'expertises qui serait désigné pour faire l'expertise, et qu'il n'avait aucune prise sur l'avancement de la procédure (doc 217 OAI).

-
27. Le 23 mars 2015, l'assurée a subi aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) une opération consistant en une reprise L5-S1 gauche pour hernie discale avec lombosciatique du territoire S1 gauche résistante au traitement conservateur (doc 224 p. 9 OAI).
 28. Le 11 juin 2015, le SMR, sous la plume du docteur O_____, a demandé de retirer le dossier de l'assurée « de la plateforme ». Le rapport de la Dre E_____ du 24 octobre 2012 faisait état pour la première fois d'une fibromyalgie sans pour autant indiquer d'aggravation de la capacité de travail de 50 % retenue initialement. Il n'y avait pas d'élément probant démontrant une aggravation de la capacité de travail (doc 221 OAI).
 29. Par un projet de décision du 15 juin 2015 (doc 222 OAI), l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser une augmentation de sa rente d'invalidité et ainsi de rejeter sa demande de prestations du 10 août 2012. Sur la base des éléments médicaux en sa possession, le SMR avait décidé d'annuler l'expertise médicale pluridisciplinaire requise, parce qu'il n'y avait aucun élément probant démontrant une aggravation de sa capacité de travail. L'assurée continuerait à bénéficier de sa demi-rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 52 %. Elle disposait de trente jours pour faire part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision ou demander des renseignements complémentaires à ce sujet.
 30. Par recommandé du 18 août 2015 (doc 224 OAI), l'assurée s'est opposée à ce projet de décision. Elle avait été mise en arrêt de travail en mars 2012 pour des douleurs au poignet droit et au coude gauche, et avait été opérée les 5 mars et 2 juillet 2012, mais des douleurs plus fortes étaient apparues, et une synovite avait été diagnostiquée au poignet droit et une épicondylite au coude gauche. Le Dr I_____ avait relevé le 14 septembre 2012 qu'elle souffrait d'une fibromyalgie. Elle avait été opérée d'une tendinite. Son état de santé n'était toujours pas stabilisé en mars 2013, et elle avait été opérée une nouvelle fois le 3 juillet 2013. Le SMR avait estimé le 20 septembre 2013 qu'une expertise multidisciplinaire était nécessaire. PRO entreprise sociale privée avait estimé que sa situation médicale était incompatible avec une prise de poste même adapté. À fin mars 2015, elle avait été opérée du dos pour une lombosciatique du territoire S1 gauche résistante. Il était étonnant que l'OAI ait annulé l'expertise ordonnée deux ans plus tôt, alors que son état de santé avait empiré. L'assurée avait droit à une rente entière d'invalidité, depuis septembre 2012. Subsidièrement, une expertise médicale devait être effectuée. L'assurée concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis septembre 2012, subsidièrement à un reclassement professionnel après qu'une expertise médicale pluridisciplinaire ait été effectuée.
 31. Selon un avis médical du Dr O_____ du SMR du 26 novembre 2015 (doc 226 OAI), la capacité de travail retenue par le Dr L_____ le 1^{er} octobre 2013 était de 50 % comme horlogère et de 80 % dans une activité adaptée (comme huissière ou surveillante), et PRO entreprise sociale privée estimait qu'elle ne pouvait travailler dans le monde de l'économie (ce pronostic négatif quant à une réinsertion étant cependant plutôt secondaire à des facteurs d'ordre psychosocial, l'assurée ayant

inconsciemment exagéré ses symptômes). Une expertise psychiatrique n'était plus nécessaire, le dernier rapport signalant un état dépressif léger en rémission ; il n'y avait pas d'incapacité de travail d'ordre psychiatrique ; sa fibromyalgie n'était pas incapacitante. Les rapports médicaux, antérieurs au stage précité devaient être actualisés par les Drs L_____ (chirurgie), F_____ (psychiatrie) et N_____ (nouveau médecin traitant, médecine interne).

32. Dans un rapport du 10 janvier 2016 (doc 231 OAI), le Dr L_____, qui avait vu l'assurée en dernier lieu les 28 décembre 2012 et 18 février 2013, a renvoyé l'OAI à s'adresser au médecin traitant s'agissant des diagnostics et de leur influence sur la capacité de travail de l'assurée, tout en répondant « NON » aux questions de savoir si la compliance était optimale et s'il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique et en ajoutant la remarque « Patiente connue pour fibromyalgie ! ».
33. Le 9 février 2016, le Dr F_____, qui avait vu l'assurée en dernier lieu les 9 décembre 2015 et 11 janvier 2016, a indiqué qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics, que les problèmes ostéo-articulaires avaient une influence sur la capacité de travail (à voir avec les médecins concernés). L'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié de façon notable du point de vue psychiatrique. La compliance de l'assurée était optimale, et il y avait une bonne concordance entre ses plaintes et l'examen clinique. L'assurée demandait une conversion comme jardinière d'enfants (doc 234 OAI).
34. Dans un rapport du 31 mars 2016 (doc 237 OAI), le Dr N_____ a énuméré une série de diagnostics ayant ou ayant eu un effet sur la capacité de travail de l'assurée, dont des lombalgies chroniques sur canal lombaire étroit, depuis 2012 une épicondylite et épitrochléite chroniques bilatérales, un état anxio-dépressif, une fibromyalgie (en 2002), et citant dans ce contexte des IRM lombaire en 2010 et cervicale en 2013 et 2015 et leurs résultats, ainsi que la discectomie L5-S1 gauche du 23 mars 2015 pour lombosciatalgie hyperalgique non déficitaire. À la suite de cette opération-ci, la sciatalgie gauche avait disparu, mais il y avait persistance des lombalgies chroniques, apparition d'une sciatalgie droite ayant disparu après de la physiothérapie, et persistance des douleurs aux deux coudes et aux deux mains. Le pronostic était réservé. L'assurée était totalement incapable de travailler comme horlogère depuis le 5 mars 2012, et cette activité n'était pas exigible. On pouvait s'attendre à une reprise d'activité professionnelle à 40 % « dès que possible », étant précisé qu'une activité adaptée au handicap était possible depuis le 1^{er} janvier 2014. Les restrictions de l'assurée, figurant ci-après et valables dès cette date-ci, ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales ; l'assurée ne devait pas exercer d'activités uniquement en position assise ou debout, ni principalement en marchant, ni devoir se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupie, agenouillée, ni monter sur une échelle ; ses capacités de concentration et de compréhension n'étaient pas limitées, mais celles d'adaptation et de résistance l'étaient (la seconde nommée à 40 %) ; il fallait que l'assurée puisse travailler à temps partiel, changer fréquemment de position et ne pas porter de charges.

35. Dans un avis médical du 16 novembre 2016 (doc 239 OAI), le Dr O_____ du SMR a conclu qu'en définitive, malgré des épisodes limités dans le temps liés à des opérations, l'état de santé de l'assurée s'était maintenu stable ; la situation pouvait être reconduite comme avant le dépôt de la demande de prestations.
36. Par décision du 18 novembre 2016 (doc 240 OAI), intitulée refus d'augmentation de la rente d'invalidité, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée du 10 août 2012. Après une reprise de l'instruction de son dossier suite à son opposition au projet de décision, il se confirmait, d'après le SMR, qu'il n'y avait pas d'élément probant démontrant une aggravation de la capacité de travail de l'assurée. Cette dernière continuerait à bénéficier d'une demi-rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 52 %. Recours pouvait être interjeté dans les trente jours contre cette décision.
37. Par acte du 19 décembre 2016, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant préalablement à ce qu'une expertise médicale pluridisciplinaire (psychiatrique, rhumatologique etc.) soit ordonnée, ainsi qu'à son audition et celle des Drs I_____, G_____, N_____ et E_____, et, principalement à l'annulation de la décision attaquée, et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sur la base d'une invalidité totale, subsidiairement à l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité sur la base d'une invalidité de 60 % et à l'octroi de mesures de réadaptation, plus subsidiairement à l'octroi de mesures de réadaptation, sous suite de frais et dépens.

Une aggravation de son état de santé résultait des éléments du dossier. Aucune expertise médicale n'avait été effectuée, après avoir pourtant été ordonnée. Les médecins de l'assurée n'avaient pas tous pu se prononcer sur sa capacité de travail résiduelle. Il n'avait pas été tenu compte de sa baisse de rendement, ni de ses limitations fonctionnelles, ni même du diagnostic, nouveau, de fibromyalgie. À son invalidité déjà reconnue de 52 % s'ajoutait son incapacité de travail estimée à 40 % par le Dr N_____, ce qui donnait une invalidité de 60 % ouvrant le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité. L'assurée ne pouvait plus travailler comme ouvrière en horlogerie ; il fallait voir quelle activité adaptée à sa situation de santé elle serait en mesure d'exercer, par le biais de mesures de réadaptation, au moins d'une orientation professionnelle. Une expertise médicale pluridisciplinaire était indispensable, d'autant plus compte tenu de sa fibromyalgie ; l'avis médical du SMR ne pouvait en tenir lieu.

38. Le 19 janvier 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. S'il était vrai qu'une expertise médicale pluridisciplinaire avait été ordonnée dans un premier temps, il s'était avéré, après un réexamen du dossier, qu'une dégradation de l'état de santé de l'assurée n'était pas démontrée. D'après les médecins traitants, consultés à nouveau dans le cadre de la procédure d'audition, l'assurée avait toujours une capacité de travail de 50 %. Elle avait d'ailleurs été admise à l'assurance-chômage et indemnisée au taux de 50 %. Le recours n'apportait pas d'élément permettant de faire une autre appréciation du cas de l'assurée.

39. Par réplique du 17 février 2017, l'assurée a répété qu'une expertise psychiatrique était nécessaire lorsqu'il s'agissait de se prononcer sur une incapacité de travail due à des troubles somatoformes douloureux, dont une fibromyalgie, qui, en l'espèce, avait été diagnostiquée dans le cadre de la procédure de révision. Il était incompréhensible que l'OAI ait retiré son dossier de la liste des personnes pour lesquelles une expertise était requise. L'assurée s'était inscrite au chômage après avoir épuisé son droit aux indemnités journalières perte de gain, sur conseil de l'assurance-perte de gain maladie. Elle persistait dans les conclusions de son recours.
40. En guise de duplique, l'OAI a indiqué, le 6 mars 2017, que les arguments développés par l'assurée n'appelaient pas de commentaires de sa part.

EN DROIT

1. a. 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, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI).

Interjeté le 19 décembre 2016 contre la décision litigieuse du 18 novembre 2016 reçue le 22 novembre 2016, le recours a été formé en temps utile (art. 60 LPGA).

Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Touchée par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

- c. Le recours est donc recevable.
2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.
- b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties ; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties ; il doit

s'attacher à établir le faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). Restent cependant réservés les cas de demandes de révision de rentes d'invalidité dans lesquels, à teneur de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), il appartient à l'assuré, pour que l'intimé doive entrer en matière sur sa demande, de rendre plausible que (notamment) son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits, cas dans lesquels l'intimé doit lui impartir un délai raisonnable pour satisfaire à cette obligation et déposer ses moyens de preuve pertinents, en l'avertissant qu'il n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5), à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst; ATF 124 II 265 consid. 4a).

c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

Pour pouvoir se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, l'administration ou le juge, sur recours, doivent disposer de documents émanant d'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes. Il importe que les rapports médicaux sur lesquels l'administration ou le juge s'appuient comportent une étude fouillée des points litigieux importants, se fondent sur des examens complets, prennent également en considération les plaintes exprimées, aient été établis en pleine connaissance du dossier (anamnèse), décrivent clairement les interférences et enfin contiennent des conclusions bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux, lignes qu'il n'y a pas lieu de rappeler ici dans le détail. Il sied de relever que 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 permette de mettre en cause leur bien-fondé. 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).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) 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).

d. Quant au degré de preuve requis, 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 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

3. Le litige porte sur la question de savoir si – après avoir, par une même décision de l'intimé, obtenu d'abord un trois-quarts de rente d'invalidité puis une demie-rente d'invalidité (décision équivalent à ce dernier sujet à une révision du trois-quarts de rente alloué) –, la recourante peut être mise au bénéfice d'un trois-quarts de rente d'invalidité ou même d'une rente entière d'invalidité, autrement dit si son invalidité, reconnue de 52 %, s'est péjorée au point d'influencer son droit à une rente d'invalidité. La question est aussi de savoir, le cas échéant, si elle a droit à des mesures de réadaptation.

La position de l'intimé n'étant pas claire, voire étant ambiguë à ce propos, il sied de préciser que la question n'est pas de savoir si la recourante a rendu plausible que son état de santé s'est modifié de façon notable et, donc, si l'intimé devait entrer en matière sur sa demande de prestations, en particulier d'augmentation de sa rente d'invalidité. Non seulement la recourante a rendu une aggravation de son état de santé plausible, mais aussi et surtout l'intimé est entré en matière sur sa demande de prestations, estimant même, après avoir requis des rapports de ses médecins traitants, qu'elle devait être soumise à une expertise médicale pluridisciplinaire. Il devait dès lors procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 109 V 108 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2017 du 14 juin 2017 consid. 3.3 ; 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2) et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3; Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in STAUFFER/ CARDINAUX [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3^{ème} éd. 2014, n. 139 ad art. 30-31 LAI). La décision attaquée doit être tenue pour un refus non n'entrer en matière, mais d'accorder à la recourante un trois-quarts de rente d'invalidité ou une rente entière d'invalidité.

4. a. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; 127 V 467 consid. 1 et les références; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]), à savoir, s'agissant d'une demande de révision d'une demie-rente d'invalidité, durant la période s'étant écoulée entre la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente et le jour où la décision attaquée a été rendue.

b. En l'espèce, la dernière décision en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit remonte au 24 janvier 2008, date de la décision par laquelle l'intimé a reconnu la recourante invalide, concernant la période débutant le 1^{er} août 2007, à un degré de 52 % et lui a octroyé, dès cette date, une demie-rente d'invalidité. Il n'apparaît pas, en effet, qu'un tel examen a précédé les décisions de maintenir tel quel le droit de la recourante à une demie-rente d'invalidité que l'intimé a communiquées à cette dernière les 8 février 2010 et 22 septembre 2011 ; les avis médicaux que l'intimé avait requis des médecins traitants de la recourante lors de ces deux procédures de révision – et dont il s'est contenté – ont été des plus sommaires. Aussi faut-il retenir que les faits déterminants pour statuer sur le présent litige sont ceux qui se sont produits depuis le 25 janvier 2008, sans tenir compte à cet égard des communications précitées des 8 février 2010 et 22 septembre 2011, même si, en règle générale, de telles

communications, si elles ne sont pas suivies d'une demande de décision (art. 74^{quater} RAI), peuvent constituer le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de rente (Michel VALTERIO, op. cit., n. 3067).

c. Le droit applicable sur le plan matériel est donc, s'agissant de la LAI, celui qui résultait de la 5^{ème} révision de la LAI du 6 octobre 2006, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, puis, dès le 1^{er} janvier 2012, le droit actuellement issu de la révision dite 6a de la LAI du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Ces révisions de la LAI – à l'instar d'ailleurs de la 4^{ème} du 21 mars 2003, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 –, n'ont au demeurant pas amené de modifications substantielles en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

S'agissant des dispositions matérielles de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

5. a. Comme le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à une augmentation de sa demie-rente d'invalidité (allouée dès le 1^{er} août 2008 sur la base d'un degré d'invalidité de 52 % et non remise en question) et/ou à des mesures de réadaptation, il sied de rappeler que ces deux types de prestations de l'AI (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité.
- b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituel à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique (ATF 110 V 273 consid. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., vol. I, n. 156 ss, 160 ss), même si elle comprend un aspect médical important puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, attestée médicalement (consid. 2c).

c. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss).

6. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, 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.

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 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 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).

7. a. Comme il est question en l'espèce notamment d'une fibromyalgie, au titre des atteintes à la santé ayant péjoré l'état de santé de la recourante, il sied d'exposer brièvement le cadre juridique de cette pathologie.

b. Il a déjà été relevé (cf. consid. 5b), à propos de la notion d'invalidité, qu'une atteinte à la santé n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain (ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur la capacité d'accomplir les travaux habituels), effets qu'il y a lieu d'évaluer en intégrant les efforts de volonté raisonnablement exigibles de la part de l'assuré. Les atteintes à la santé pertinentes peuvent être des atteintes à la santé physique, mentale ou psychique, y compris psychosomatique. Cette dernière catégorie d'atteintes comporte les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (appelées aussi « troubles somatoformes douloureux ») et d'autres affections psychosomatiques assimilées, dont précisément la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 3 et 4.1).

Dans un arrêt de principe du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral avait posé la présomption que les affections psychosomatiques pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible, si bien que les personnes concernées n'avaient en règle générale aucun droit à une rente de l'assurance-invalidité. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Au premier plan de ces critères figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; d'autres critères pouvaient tenir à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit d'une attitude coopérative de l'assuré. Plus ces critères se manifestaient et imprégnaient les constatations médicales, moins une exigibilité d'un effort de volonté pouvait être admise; à l'inverse, le droit à des prestations d'assurance devait être nié si des limitations d'exercice d'une activité lucrative résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, comme une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent l'expert insensible, et l'allégation d'un lourd handicap malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65; 131 V 49; 130 V 352; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1199 ss).

c. Or, selon un nouvel arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption selon laquelle les syndromes

du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4 ; Jacques-André SCHNEIDER, L'invalidité, les douleurs dites « non objectivables » et le Tribunal fédéral : la rupture, in Regards de marathoniens sur le droit suisse, 2015, p. 409 ss ; Bettina KAHIL-WOLFF, Revirement au sujet d'atteints non objectivables : l'ATF 141 V 281 (troubles somatoformes douloureux) et l'ATF 141 V 574 (« coup du lapin »), in Journées du droit de la circulation routière, éd. par Franz WERRO / Thomas PROBST, 2016, p. 135 ss). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources; il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes; un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré.

Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si l'assuré est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs), si possible en comparant le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus

ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie.

8. a. En l'espèce, c'est exclusivement (ou pour le moins essentiellement) en considération de problèmes somatiques dorsaux que la recourante, par décision du 24 janvier 2007, s'était vue reconnaître une invalidité (d'un taux ayant varié au fil du temps, en dernier lieu, dès courant 2007, de 52 %) et octroyer une rente d'invalidité (en dernier lieu une demie-rente d'invalidité).

L'intimé avait soumis la recourante, en 2004, à un examen clinique bidisciplinaire, respectivement d'un spécialiste en médecine physique et rééducation et d'un psychiatre, tous deux du SMR, examen dont il était résulté d'une part qu'elle souffrait alors de lombosciatalgies droites chroniques impliquant des limitations fonctionnelles incompatibles avec l'exercice de son activité alors habituelle de femme de chambre et lingère, mais d'autre part qu'elle ne présentait aucune incapacité de travail dans le domaine psychiatrique, l'examen psychiatrique n'ayant montré aucune pathologie ni en particulier de syndrome douloureux somatoforme persistant. Le nouvel examen clinique, effectué en mars 2005 par le SMR après que la recourante avait dû subir une intervention chirurgicale en lien avec ses problèmes dorsaux, avait confirmé l'effet incapacitant de ses dorsolombalgies chroniques sur troubles dégénératifs, un syndrome algique chronique de type fibromyalgie modérée ayant été estimé n'avoir aucun effet sur la capacité de travail. À l'occasion d'un nouvel arrêt de travail de la recourante, en 2007, la Dre E_____ n'avait pas évoqué de fibromyalgie, mais des lombalgies chroniques et un état dépressif sous-jacent, et le psychiatre F_____, auquel ledit médecin l'avait adressée, n'avait noté que des symptômes dépressifs légers.

S'il est vrai que, postérieurement à la décision précitée du 24 janvier 2008 (et même aux communications des 8 février 2010 et 22 septembre 2011), donc dans le cadre de l'instruction de la demande de révision présentée par la recourante, des médecins ont fait mention d'une fibromyalgie déjà ancienne (remontant au début des années 2000), il n'y a pas d'élément au dossier qui permette de considérer qu'une telle pathologie avait été prise en considération pour retenir que la recourante était invalide, au taux de 52 % dès le 1^{er} août 2008.

b. La recourante a bénéficié d'un reclassement professionnel, qui lui a permis d'exercer l'activité d'ouvrière en horlogerie à mi-temps (50 %), comme employée dès le 1^{er} septembre 2007, durant plusieurs années. Elle s'est cependant retrouvée en totale incapacité de travail, attestée médicalement, dès le 5 mars 2012, en raison de paresthésies nocturnes des deux mains, insomniantes et douloureuses, avec gêne, maladresse et diminution de la sensibilité. Le chirurgien de la main G_____, qui l'a opérée les 5 mars et 2 juillet 2012, a attesté, le 13 septembre 2012, qu'elle avait alors encore une totale incapacité de travail en raison d'un tunnel carpien bilatéral et d'une épicondylite bilatérale et a signalé, en les estimant alors sans effet sur la capacité de gain, des douleurs diffuses aux poignets et aux articulations en cours d'investigation. C'est dans ce contexte, alors que des examens effectués (échographie, IRM, ENMG) ne paraissaient pas révéler d'importants troubles

somatiques, qu'a été évoqué de façon plus explicite un tableau de douleurs chroniques diffuses, qui ressemblait bien à une fibromyalgie, en plus de problèmes plus ponctuels de tendinite de De Quervain droite et d'épicondylite bilatérale (rapport du rhumatologue I_____ du 14 septembre 2012), diagnostic incapacitant que la généraliste traitante, la Dre E_____, a repris dans son rapport du 24 octobre 2012, aux côtés d'une épicondylite et d'un état dépressif, en notant que le status post canal carpien bilatéral, un glaucome et une hypertension artérielle également diagnostiqués étaient quant à eux sans effet sur la capacité de travail. Se prononçant par le biais d'un rapport très succinct (reçu le 1^{er} novembre 2012), le psychiatre F_____ n'a pas même évoqué une fibromyalgie, mais un trouble dépressif de 2007 en rémission, tout en estimant, en dehors de sa sphère de spécialité, que les troubles moteur de la recourante affectaient la capacité de travail de cette dernière, à 100 % dans l'activité habituelle d'ouvrière en horlogerie, et à un taux indéterminé dans une activité qui serait adaptée à ses limitations fonctionnelles. De son côté, en novembre 2012, le rhumatologue I_____ a répété que la recourante souffrait d'une fibromyalgie, d'une épicondylite gauche et d'un état dépressif. En décembre 2012, la recourante a dû subir une intervention chirurgicale effectuée par le chirurgien de la main L_____ (décompression du nerf médian au canal carpien).

En 2013, le 27 avril, le rhumatologue I_____ a attesté à nouveau que la recourante souffrait, avec effet sur sa capacité de travail, d'une fibromyalgie et d'une épicondylite au coude gauche rebelle à tout traitement, sans se prononcer sur sa capacité de travail. La Dre M_____ du SMR a alors estimé, le 20 septembre 2013, et, à sa suite, l'intimé, selon sa communication du 4 octobre 2013, qu'il était nécessaire qu'une expertise soit effectuée dans cinq spécialités médicales, à savoir la médecine interne, la rhumatologie, la neurologie, la chirurgie de la main et la psychiatrie. En dépit de l'introduction d'un tel mandat d'expertise dans la plateforme électronique SuisseMed@P en date du 4 octobre 2013, aucun centre d'expertises n'a été désigné pour effectuer ladite expertise, durant plus d'une année et demi, et l'intimé a soudainement estimé, en juin 2015, qu'aucune expertise n'était nécessaire et a révoqué – sans même entendre la recourante à ce propos – sa décision d'effectuer ladite expertise et retiré ledit mandat d'expertise de la plateforme précitée. Dans l'intervalle, la recourante avait effectué, du 24 novembre au 10 décembre 2014, un stage d'évaluation de sa capacité de travail auprès de PRO entreprise sociale privée, stage qui s'était soldé par un constat d'incapacité de la recourante de travailler dans l'économie eu égard à l'importance de ses douleurs, l'empêchant de travailler davantage que deux fois deux heures par jour et l'obligeant à se coucher au milieu de l'atelier en période de crise (cf. pièce 213 OAI) ; de plus, en mars 2015, elle avait dû subir une reprise chirurgicale en lien avec ses problèmes dorsaux.

Les éléments médicaux qui ont été recueillis par l'intimé en 2016 auprès des médecins traitants, après que la recourante avait émis des objections à l'encontre du projet de décision de rejeter sa demande de prestations, ont présenté un caractère insuffisant et pour partie peu admissible, qui n'ont pas amené l'intimé à requérir

des compléments, précisions, voire des rectifications de la part desdits médecins, ni ne l'ont dissuadé de rendre formellement la décision attaquée, dans la ligne de son projet de décision. Il n'était en effet pas admissible que le chirurgien de la main L_____, qui n'avait plus vu la recourante depuis février 2013, réponde « NON » (en lettres majuscules) aux questions relatives à la compliance de la recourante et de la bonne concordance entre les plaintes de cette dernière et l'examen clinique, alors qu'il estimait ne pas pouvoir se prononcer sur les diagnostics et leur influence sur la capacité de travail, et ajoute, avec un point d'exclamation en disant long sur sa prévention à l'égard d'une telle pathologie, que la recourante était « connue pour fibromyalgie ! ». Quant à lui, le psychiatre F_____ s'est contenté d'indiquer que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié de façon notable du point de vue psychiatrique, sans que l'intimé ne l'invite à se déterminer de façon plus détaillée sur l'éventualité et le cas échéant de l'effet incapacitant d'une fibromyalgie au regard des critères jurisprudentiels pertinents. Quant au médecin traitant, il a indiqué pêle-mêle des diagnostics incapacitants sans distinguer ceux qui l'avaient été durant une certaine période et ceux qui l'étaient encore ou l'étaient devenus par la suite, dont la fibromyalgie ; il évoquait cependant une persistance de lombalgies chroniques et de douleurs aux deux coudes et aux deux mains, considérait que la recourante était totalement incapable de poursuivre son activité habituelle d'ouvrière en horlogerie, mais évoquait une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à 40 % depuis le 1^{er} janvier 2014, sans que ne soit clair s'il appliquait ce pourcentage à un plein temps ou, comme semble l'avoir compris l'assurée, un mi-temps, ni s'il s'ajoutait, le cas échéant de façon pondérée, au taux d'incapacité reconnu jusqu'alors.

c. Il appert que l'état de santé de la recourante s'est péjoré depuis février 2008, en particulier depuis l'année 2012, quand bien même il est concevable que des incapacités de travail qu'elle a présentées ont été transitoires et que leur traduction en termes d'invalidité ne saurait être considérée comme acquise. Il n'y a pas d'élément dans le dossier et il n'est d'ailleurs pas allégué, même par l'intimé, que la recourante aurait retrouvé une capacité de travail même partielle dans sa précédente activité habituelle de femme de chambre ou lingère ; or, il y en a qu'elle ne pourrait plus non plus exercer l'activité (devenue sa seconde activité habituelle) d'ouvrière en horlogerie (cf. rapport du 31 mars 2016 du Dr N_____), ce qui laisse imaginer – point non élucidé par l'intimé – que sa capacité de travail et de gain globale peut avoir diminué, d'une part, et soulève la question – elle aussi non traitée par l'intimé – de savoir dans quels autres domaines elle pourrait exercer une capacité de travail résiduelle et si des mesures de réadaptation pourraient le lui permettre, d'autre part.

Force est en outre de retenir qu'une fibromyalgie a été diagnostiquée chez la recourante – notamment par le rhumatologue I_____, et ce à répétitions reprises (cf. les rapports dudit médecin des 14 septembre 2012, 11 novembre 2012, 27 avril 2013), mais aussi par la généraliste traitante, la Dre E_____ (cf. son rapport du 24 octobre 2012) et son nouveau médecin traitant depuis août 2014 (cf. son rapport

du 31 mars 2016) –, quand bien même elle l'a été en termes assez généraux, sans s'appuyer sur des critères précis, ce que l'intimé n'a cependant pas dit ni surtout n'a cherché le cas échéant à clarifier. Or, l'appréciation du point de savoir si et dans quelle mesure une fibromyalgie, à l'instar des troubles somatoformes douloureux, est incapacitante doit en règle générale faire l'objet d'une expertise psychiatrique (ATF 132 V 65 consid. 4.1 et 130 V 352 consid. 2.2.2 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1207 s.). L'avis sommaire qu'a exprimé le psychiatre F_____ le 9 février 2016, au demeurant sans même évoquer une fibromyalgie, ne vaut nullement expertise psychiatrique, ni formellement ni matériellement.

d. En l'espèce, manifestement gêné par le fait effectivement gênant et problématique qu'aucun centre d'expertises n'avait encore été désigné pour procéder à l'expertise qu'il avait ordonnée vingt mois auparavant (sur la question, cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_547/2015 du 22 avril 2016 et circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur la plateforme SuisseMED@P ; ATAS/431/2017 du 30 mai 2017 consid. 3), l'intimé – se distançant d'une réserve souvent marquée à l'endroit des médecins traitants (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc) – s'est subitement appuyé sur des indications lacunaires et peu satisfaisantes de médecins traitants quant à l'estimation de la capacité de travail résiduelle de la recourante pour estimer qu'aucune expertise n'était nécessaire et qu'il n'était pas démontré que ladite capacité de travail s'était péjorée. L'avis du chirurgien de la main L_____ du 1^{er} octobre 2013, selon lequel la recourante avait une capacité de travail de 50 % comme ouvrière en horlogerie et d'au moins 80 % comme huissière ou surveillante, ne pouvait être pertinent dans le contexte du dossier, ni en juin 2015 lorsque l'intimé a retiré le mandat d'expertise de la plateforme SuisseMED@P et communiqué son projet de refuser toute augmentation de rente, ni en novembre 2016 lorsqu'il a confirmé cette intention en rendant la décision attaquée, même si ledit chirurgien de la main avait émis dans l'intervalle, le 10 janvier 2016, son rapport précité à la fois lacunaire et d'une désobligeante subjectivité. Il a en outre écarté hâtivement, sans justifier son point de vue à ce propos, le constat effectué lors du stage d'évaluation de la capacité de travail de la recourante auprès de PRO entreprise sociale privée, à savoir que la recourante ne pouvait pas travailler dans l'économie, en raison de l'importance de ses souffrances.

e. Étant entré en matière et en tout état devant entrer en matière sur la demande de prestations présentée par la recourante, l'intimé a violé son devoir d'instruire ladite demande.

Cela ne signifie pas que l'intimé ne pouvait pas recentrer l'expertise médicale à effectuer sur les seules disciplines apparaissant vraiment pertinentes, à savoir, en l'occurrence, en lien avec le diagnostic de fibromyalgie, sur la rhumatologie et la psychiatrie exclusivement (cf. ATAS/158/2017 du 28 février 2017 consid. 11), ce qui n'impliquait pas l'attribution d'un mandat d'expertise selon les règles découlant de l'art. 72^{bis} RAI. Il importe en revanche que les questions pertinentes soient soumises à l'expert de chacune des deux disciplines considérées au regard de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral sur les troubles somatoformes

douloureux, dont la fibromyalgie. Si des informations complémentaires relevant d'autres disciplines médicales devaient s'avérer nécessaires, notamment pour pouvoir se prononcer sur la base de données actualisées, il appartiendrait à l'intimé d'interroger les médecins traitants, le cas échéant de façon précise, sans préjudice de procéder à des examens par l'intermédiaire de médecins spécialisés du SMR.

9. L'intimé ne s'est en outre pas prononcé sur la demande, fût-elle subsidiaire, de mesures de réadaptation.
10. a. Le recours doit être admis partiellement, la décision attaquée être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, au sens des considérants, puis pour nouvelle décision.
b. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté au minimum de CHF 200.-.

Une indemnité de procédure doit être allouée à la recourante, qui obtient partiellement gain de cause et est représentée par un avocat (art. 61 let. g LPGA). Cette indemnité sera arrêtée à CHF 2'000.- (art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 18 novembre 2016.
4. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour complément d'instruction, au sens des considérants, puis nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
6. Alloue à Madame A_____ une indemnité de procédure de CHF 2'000.-, à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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