

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/541/2015

ATAS/807/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 octobre 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au PETIT-LANCY, représentée par
DAS Protection Juridique SA

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE 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 1959, naturalisée suisse en 1991, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de commerce, a travaillé dès 1998 à 100% en tant que secrétaire dans l'entreprise individuelle de son époux, Monsieur A_____ (ci-après : l'employeur), ayant pour but l'exploitation d'un magasin d'électricité et électroménager à l'enseigne « B_____ ».
2. Le 7 juillet 2010, l'assurée a été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC), entraînant une totale incapacité de travail.
3. Le 26 novembre 2010, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).
4. Le 10 décembre 2010, l'employeur a notamment indiqué que le salaire de l'assurée, qui s'occupait du secrétariat, de la comptabilité, de la vente et du téléphone, avait été, en 2010, de CHF 40'950.- (CHF 3'150.- x 13).
5. Dans un rapport du 14 mars 2011, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en neurologie auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a diagnostiqué un AVC ischémique cérébelleux gauche sur dissection de la vertébrale gauche en V4 et de l'artère vertébrale droite en V2, une dyslipidémie et une probable discrète dysplasie de l'artère rénale droite.
6. Le 11 avril 2011, Mme D_____, logopédiste et neuropsychologue auprès des HUG, a indiqué que l'examen confirmait une souffrance résiduelle sous-cortico-frontale avec des troubles exécutifs, attentionnels et mnésiques au premier plan. Du point de vue strictement cognitif, une reprise professionnelle à temps partiel et de façon progressive était envisageable, qui devrait cependant impérativement être précédée et accompagnée d'un suivi psychothérapeutique adéquat, afin de stabiliser l'humeur de l'assurée.
7. Dans un rapport du 13 mai 2011, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué un status après dissection vertébro-basilaire gauche avec séquelle ischémique, une décompensation anxio-dépressive, une dyslipidémie athérogène et une discrète dysplasie de l'artère rénale droite. L'incapacité de travail totale perdurait.
8. Le 26 décembre 2011, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué un épisode dépressif modéré (F32) et des troubles mnésiques et de la concentration sur AVC depuis le 1^{er} juillet 2010. Il a également mentionné, en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail, des cervicalgies chroniques sur arthrose C5-C6 et une hypercholestérolémie. Depuis fin août 2011, l'assurée était suivie par le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Il y avait désormais

diminution de la tristesse et de l'irritabilité. Les troubles de la concentration et de l'anxiété, le désinvestissement et la diminution de la résistance au stress persistaient, ainsi qu'un trouble de la fixation sur des tâches soutenues objectivées (lecture, calcul, etc.) et un trouble de la mémoire à court terme. L'incapacité de travail totale était due à l'incapacité de l'assurée à se concentrer sur des tâches soutenues ou complexes (comptabilité, par exemple) et à la diminution de sa résistance au stress. Elle était incapable de faire une facture, de gérer le stress de la réception, du secrétariat et de la comptabilité. L'activité habituelle n'était plus exigible. En revanche, une activité adaptée, à 50%, le serait au printemps 2012, à condition qu'elle n'implique pas de tâches multiples consécutives ou parallèles.

9. Le 5 janvier 2012, le docteur H_____, spécialiste FMH en pneumologie, a diagnostiqué un syndrome d'apnée-hypopnées obstructives du sommeil modéré.
10. Dans un rapport du 27 janvier 2012, le docteur I_____, spécialiste FMH en neurologie, a constaté une nette amélioration des fonctions cognitives, sans déficit majeur. L'assurée était probablement encore fragilisée, mais l'amélioration clinique, neuropsychologique et neurologique était manifeste. Il n'était pas exclu qu'un léger état d'angoisse, voire de tristesse, aggrave le tableau. Le pronostic paraissait relativement bon, avec une reprise possible du travail, d'ici quelques mois, à temps partiel au début.
11. Le 17 février 2012 par l'OAI, le Dr G_____ a fait état d'un état dépressif prolongé (F43.21) depuis le 6 juillet 2010, dont il a indiqué qu'elle souffrait d'angoisses, d'un syndrome anxio-dépressif et de troubles de la mémoire et de la concentration. Le pronostic était réservé. L'incapacité de travail était totale et on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance de l'assurée étaient limitées.
12. Dans un rapport du 16 mai 2012, le Dr F_____ a noté un changement dans les diagnostics, soit un syndrome d'apnée-hypopnées obstructives du sommeil modéré depuis l'AVC probablement, qui pouvait expliquer partiellement le manque de concentration et la fatigue diurne. Les limitations fonctionnelles consistaient en un trouble de la concentration et de la mémoire. L'état de santé de l'assurée était stable depuis janvier 2012 et son incapacité était totale dans son activité habituelle de secrétaire-comptable-réceptionniste. En revanche, elle pourrait exercer à 100% une activité adaptée, à définir par des mesures de réinsertion. La reprise d'une activité pouvait se faire après une réinsertion professionnelle, soit probablement d'ici la fin de l'été 2012.
13. Le 16 mai 2012, le Dr G_____ a fait état de troubles anxieux et dépressifs, fluctuants, avec des difficultés mnésiques et de concentration. Les troubles s'étaient améliorés et stabilisés, mais ils restaient néanmoins présents. Une capacité de travail était « possible », mais l'assurée devrait être examinée dans un contexte d'évaluation et d'orientation socio-professionnelle en vue de sa réadaptation.

14. Le 1^{er} juillet 2012, la doctoresse J_____, médecin auprès du service médical régional AI (SMR), a admis une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle mais a considéré que l'assurée, à compter du 1^{er} juillet 2012, avait recouvré un potentiel de réadaptation d'au moins 50%. Les limitations fonctionnelles consistaient en une fatigabilité, de l'anxiété, une thymie dépressive, des troubles légers de la mémoire et de la concentration.
15. Le 6 août 2012, le Dr H_____ a précisé que le syndrome d'apnées et d'hypopnées obstructives du sommeil modéré n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée.
16. Le 9 septembre 2012, le Dr F_____ a confirmé les conclusions de son précédent rapport.
17. Le 22 octobre 2012, la Dre J_____ a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais une capacité de 50% dès juillet 2012 et de 100% dès septembre 2012 dans une activité adaptée, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.
18. Le 24 octobre 2012, l'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité de l'assurée. Comparant le revenu réalisé par l'intéressée avant l'atteinte à sa santé, en 2010 (CHF 40'950.-), à celui qu'elle aurait pu réaliser avec invalidité selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2010, TA1, niveau 4) en exerçant une activité adaptée à plein temps et compte tenu d'une réduction supplémentaire de 10% en raison des limitations induites par l'affection médicale (CHF 42'182.-), il est parvenu à la conclusion que l'intéressée ne subissait aucune perte de gain.
19. Suite à entretien le 17 décembre 2012 avec le service de réadaptation professionnelle de l'OAI, l'assurée a été mise au bénéfice d'une orientation professionnelle à 50% du 18 mars au 16 juin 2013, auprès des Etablissements publics d'intégration (EPI), afin d'évaluer ses capacités résiduelles et de déterminer quel secteur professionnel serait adapté à ses limitations fonctionnelles. Pendant la durée de la mesure, l'assurée a bénéficié d'indemnités journalières (communication du 11 mars 2013).
20. Le 24 juin 2013, l'OAI a prolongé l'orientation professionnelle jusqu'au 15 septembre 2013, afin d'augmenter progressivement le taux de travail de l'assurée à 60% le premier mois, à 75% le deuxième mois et à 80% le troisième mois. Pendant la durée de cette mesure, l'assurée a continué à bénéficier d'indemnités journalières (décision du 1^{er} juillet 2013).
21. Dans leur rapport du 12 septembre 2013, les EPI ont observé que l'assurée avait démontré d'excellentes aptitudes durant son stage de secrétaire à temps partiel (le maximum atteint par l'assurée avait été 75%) auprès de l'office cantonal de L_____ (L_____).

22. L'OAI a alors placé l'assurée à l'essai, du 16 septembre 2013 au 14 mars 2014, en qualité de secrétaire à 70% auprès de L_____. Une indemnité journalière lui a été accordée pendant cette période (décision du 26 septembre 2013).
23. Selon une note de travail du 10 octobre 2013, l'OAI a conclu, après avoir notamment examiné les pièces comptables de l'employeur des années 2006 à 2012, qu'il n'y avait aucun élément pour s'écarter du montant retenu au titre de revenu avant invalidité (CHF 40'950.-).
24. A compter du 11 octobre 2013, la capacité de travail de l'assurée a été de 50%.
25. Le 8 janvier 2014, le Dr F_____ a expliqué cette diminution de la capacité de travail de sa patiente par l'existence de complications de l'AVC (difficultés de concentration et discrets troubles de mémoire, avec résistance au stress amoindrie).
26. Le 17 janvier 2014, la doctoresse K_____, médecin auprès du SMR, a noté que l'assurée souffrait, en plus d'une dysplasie vertébrale, d'une dysplasie de l'artère rénale. Lors de son stage, le taux d'activité avait été de 50%, avec un rendement complet, et la tentative pour l'augmenter s'était soldée par un échec. Vu la dysplasie vertébrale et rénale, l'AVC, la diminution de la tolérance au stress, les troubles de la mémoire et de la concentration, la Dresse K_____ proposait de suivre l'estimation du neurologue et du médecin traitant, à savoir une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} juillet 2012.
27. Dès le 17 mars 2014, l'assurée a été engagée en tant qu'auxiliaire commise administrative à 50% auprès de L_____, pour un salaire annuel de CHF 44'128.50.
28. Dans un rapport du 28 avril 2014, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI a conclu qu'à l'issue du placement à l'essai, l'assurée ne subissait aucune perte de gain : selon le SMR, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée depuis juillet 2012 ; or, le salaire avant invalidité, réactualisé, aurait été de CHF 41'760.- en 2012 et l'intéressée bénéficiait désormais, depuis mars 2014, d'un revenu supérieur (CHF 44'129.-).
29. Le 12 mai 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité pour une période limitée, du 1^{er} juillet 2011 au 31 juillet 2012. Certes, sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle de secrétaire depuis juillet 2010, mais elle atteignait 50% dans une activité adaptée à ses limitations depuis juillet 2012. L'assurée avait accompli avec succès un reclassement dans le domaine de la réception.
30. Le 27 mai 2014, l'assurée a contesté ce projet et la limitation de la rente dans le temps en alléguant n'avoir bénéficié d'une réinsertion professionnelle qu'à compter du 18 mars 2013.
31. Le 11 juin 2014, elle a également contesté la capacité de travail retenue par l'OAI : alléguant avoir été dans l'incapacité totale de travailler jusqu'au début de son stage,

le 18 mars 2013, elle a réclamé le versement d'une rente entière jusqu'au 17 mars 2013.

32. Par pli du 17 juin 2014, l'OAI lui a expliqué que le stage d'orientation professionnelle ne lui permettait pas de bénéficier d'une indemnité journalière d'attente. Par ailleurs, la capacité de travail dans une activité adaptée était exigible dès juillet 2012 et il était sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, qu'une activité ait été effectivement exercée ou non.
33. Par pli du 26 juin 2014, l'OAI a informé le conseil de l'assurée que la procédure d'audition était terminée et qu'une décision sujette à recours allait être notifiée.
34. Le 2 juillet 2014, l'assurée a adressé à l'OAI une attestation établie le 27 juin 2014 par le Dr F_____, confirmant qu'elle avait été, de manière constante, dans l'incapacité d'exercer une activité adaptée à plus de 50% depuis mai 2012. Le médecin constatait que, contrairement à ce qu'il avait estimé le 16 mai 2012, aucune des activités proposées à l'assurée ne lui avait permis d'être active à 100% avec un plein rendement. Il était au contraire établi que l'assurée ne pouvait pas travailler à plus de 50%.
35. Par décision du 24 juillet 2014 adressée à l'assurée, l'OAI lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2011 au 31 juillet 2012.
36. Le 3 novembre 2014, le conseil de l'assurée a indiqué à l'OAI être dans l'attente d'une décision sujette à recours.
37. Le 6 novembre 2014, l'OAI lui a adressé une copie de sa décision du 24 juillet 2014.
38. Le 5 décembre 2014, l'assurée, contestant avoir reçu la décision datée du 24 juillet 2014, a sollicité qu'elle lui soit à nouveau notifiée.
39. Le 9 décembre 2014, l'OAI a indiqué qu'il ne procéderait pas à une nouvelle notification.
40. Le 10 décembre 2014, l'assurée a fait valoir qu'il revenait à l'administration de prouver la notification de la décision du 24 juillet 2014. A défaut, il incombait à l'OAI de la notifier à nouveau.
41. Le 15 janvier 2015, l'OAI a notifié une décision reprenant les termes de celle du 24 juillet 2014.
42. Par acte du 18 février 2015, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation en tant qu'elle limitait son droit à la rente au 31 juillet 2012.

La recourante demande que la rente soit prolongée jusqu'au 18 mars 2013.

Elle reproche à l'intimé de n'avoir pas examiné sa situation entre le 1^{er} août 2012 et le 18 mars 2013, période durant laquelle elle se trouvait encore en incapacité de travail et subissait une perte économique.

43. Questionné par la Cour de céans, l'intimé lui a répondu, en date du 23 février 2015, que sa décision du 15 janvier 2015 avait été adressée à l'assurée par courrier simple.
44. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 19 mars 2015, a conclu au rejet du recours en se référant aux motifs de la décision querellée.

Il explique avoir limité le droit à la rente au 31 juillet 2012 parce que c'est à compter de cette date que l'intéressée a recouvré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (fatigabilité, troubles de la concentration, etc.). Au-delà, le versement de la rente ne se justifiait plus, puisque le degré d'invalidité s'élevait à 0% (selon la détermination du degré d'invalidité du 24 octobre 2012). Pour déterminer le revenu avec invalidité, toute activité sédentaire, simple et répétitive (ESS, tableau TA1) avait été prise en considération. Un large choix d'activités était donc possible et les mesures d'orientation professionnelles avaient simplement permis de préciser laquelle était la plus adaptée au parcours professionnel de la recourante. Il n'en demeurait pas moins que celle-ci était déjà apte à exercer diverses activités non qualifiées avant le stage d'orientation, sans perte de revenu.

45. Le 27 avril 2015, la recourante a reproché à l'intimé de n'avoir pas tenu compte du fait qu'à compter du 18 mars 2013, le stage professionnel avait été exercé à 50%.

EN DROIT

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

La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a),

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

En l'espèce, la décision litigieuse du 15 janvier 2015 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI citées supra. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (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).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a limité le droit à une rente d'invalidité au 31 juillet 2012, étant précisé que la recourante ne conteste pas n'avoir plus droit à une rente depuis son engagement, le 17 mars 2014.
5. a. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA.

L'art. 17 al. 1er 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. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2). 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). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

b. L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d, confirmé in ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; voir également arrêt I.99/00 du 26 octobre 2000 consid. 1, in VSI 2001 p. 155).

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

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

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales

(cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

d. Un rapport du SMR 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).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus

probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9. a. En l'occurrence, l'intimé a retenu une totale incapacité de travail dès juillet 2010 et une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à compter de juillet 2012.

b. A la lecture des pièces versées au dossier, il n'est pas contestable, ni contesté par les parties, que la recourante a été dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité à partir de juillet 2010.

Par la suite, le SMR a considéré que l'assurée avait recouvré une capacité de 50% dans une activité adaptée dès juillet 2012 (cf. avis du 17 janvier 2014).

La chambre de céans constate, à la lecture des rapports établis par le Dr F_____, médecin traitant, que si ce dernier a certes indiqué que la reprise d'une activité adaptée pouvait se faire probablement d'ici la fin de l'été 2012, c'était parce qu'il prévoyait que ladite reprise aurait lieu après une réinsertion professionnelle (cf. ses rapports des 16 mai et 9 septembre 2012). Or, il résulte de son rapport du 27 juin 2014 qu'en mai 2012 déjà, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50%, fait corroboré par le rapport établi par le même médecin le 26 décembre 2011. Par ailleurs, sur le plan neurologique, le Dr I_____ a également considéré en janvier 2012 qu'une reprise du travail à temps partiel serait possible d'ici quelques mois (cf. son rapport du 27 janvier 2012) et, sur le plan psychiatrique, le Dr G_____ a également conclu, dans son rapport du 16 mai 2012, à une capacité de travail.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'appréciation du SMR concluant à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès juillet 2012 ne peut être suivie. Il convient bien plutôt de retenir que la recourante a été dans l'incapacité totale de travail jusqu'à mai 2012, date à laquelle elle a recouvré une capacité de 50% dans une activité adaptée.

10. a. Il convient dès lors d'examiner le degré d'invalidité de la recourante compte tenu de l'amélioration de sa capacité de gain dès mai 2012, étant rappelé que, s'agissant de la période antérieure, il n'est pas contesté que l'incapacité de travail totale correspond à une invalidité de 100% et lui ouvre droit à une rente entière d'invalidité.

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

c. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui

peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en principe au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). En cas de changement important ayant une incidence sur la capacité de gain, il y a lieu de se placer au moment où a lieu le changement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.95/07 du 15 février 2008 consid. 5).

d. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

e. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75

consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Le Tribunal fédéral a ainsi pris en compte l'âge en tant que critère justifiant un abattement du salaire statistique dans le cas d'un assuré ayant 55 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_289/2012 du 15 octobre 2012 consid. 3.3.2.2), 52 ans (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.28/04 du 9 mars 2005) et même 49 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_854/2010 du 30 décembre 2010 consid. 4).

f. En l'espèce, dans la mesure où l'amélioration de la capacité de gain a eu lieu en mai 2012, il convient de se placer en 2012 pour procéder à la comparaison des revenus.

S'agissant du revenu sans invalidité, sur la base des renseignements fournis le 10 décembre 2010 par l'employeur, la recourante aurait pu réaliser en 2010, sans atteinte à la santé, un salaire annuel brut de CHF 40'950.-, montant que la recourante ne conteste au demeurant pas. Indexé en 2012 selon l'évolution des salaires pour les femmes en termes nominaux, le salaire annuel sans invalidité correspond à CHF 41'759.- ($40'950.- \times 2630 / 2579$; Office fédéral de la statistique, indice suisse des salaires, tableau T39).

S'agissant du salaire avec invalidité, la recourante n'ayant pas repris d'activité lucrative en mai 2012, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé à l'ESS. En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir CHF 50'700.- par année ($4'225 \times 12$; ESS 2010, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; La Vie économique, 9-2012, p. 94, B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 52'854.- ($50'700 \times 41.7 : 40$) et à CHF 53'899.- indexé à 2012 selon l'évolution des salaires pour les femmes en termes nominaux ($52'854 \times 2630 /$

2579; Office fédéral de la statistique, indice suisse des salaires, tableau T39), soit CHF 26'949.-, compte tenu d'une capacité de 50% (53'899 – 26'949).

Par ailleurs, l'intimé a retenu qu'il y avait lieu d'effectuer un abattement supplémentaire sur le salaire statistique de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante (évaluation du 24 octobre 2012).

La chambre de céans constate que la recourante, âgée de 53 ans en 2012, présentait un taux d'occupation partiel dans une activité adaptée et quatorze années de service auprès de son ancien employeur. Or, ces critères, auxquels s'ajoutent les limitations fonctionnelles, diminuent de manière déterminante les perspectives salariales de la recourante, de sorte qu'une déduction de 20% apparaît plus appropriée.

Compte tenu donc de l'abattement de 20%, le revenu d'invalidé sur la base statistique s'élève à CHF 21'559.- (26'949 – 5'390), qui, une fois comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 41'759.-, conduit à un taux d'invalidité de 48% ($41'759 - 21'559 / 41'759 \times 100$) ouvrant droit à un quart de rente.

g. Par conséquent, il y a lieu de retenir que l'incapacité de travail totale dès juillet 2010 correspond à une invalidité de 100% et donne droit à une rente entière d'invalidité. Par ailleurs, la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée dès le mois de mai 2012 donne droit à un quart de rente d'invalidité.

C'est donc à tort que, dans sa décision litigieuse, l'intimé - se fondant sur l'évaluation de l'invalidité à l'issue du placement à l'essai du 28 avril 2014 - a conclu à l'absence d'invalidité en 2012. C'est également à tort que dans sa réponse du 19 mars 2015, l'intimé s'est référé à l'évaluation de l'invalidité du 24 octobre 2012, puisque celle-ci prend en compte l'exercice d'une activité adaptée à plein temps, alors que seule une activité à 50% est exigible.

11. a. Reste encore à déterminer les dates auxquelles les rentes doivent être octroyées et remplacées, étant rappelé que, du 18 août 2013 au 14 mars 2014, la recourante a été mise au bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle pendant lesquelles elle a bénéficié d'indemnités journalières.

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

c. En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lequel prévoit que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son

impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

d. Selon l'art. 47 LAI, durant la mise en œuvre des mesures d'instruction, des mesures de réadaptation et des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a, les bénéficiaires perçoivent leur rente en dérogation à l'art. 19 al. 3 LPGA (al. 1, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012). Les rentes sont perçues, pour les mesures de réadaptation autres que celles prévues à l'art. 8a, au plus jusqu'à la fin du troisième mois civil entier qui suit le début des mesures (al. 1bis let. b, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012). Les bénéficiaires de rente ont droit en outre à une indemnité journalière. Durant la mise en œuvre des mesures d'instruction ou de réadaptation, l'indemnité est toutefois réduite d'un trentième du montant de la rente pendant la période au cours de laquelle deux prestations sont dues (al. 1ter, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012).

Lorsque l'assuré a droit à une indemnité journalière, la prestation pour enfant y compris, au sens des art. 23 et 23bis LAI, inférieure à la rente versée jusqu'ici, la rente continue d'être allouée au lieu de l'indemnité journalière (art. 20ter al. 1 RAI).

12. En l'occurrence, comme l'a admis l'intimé, la recourante a droit à une rente entière dès le 1^{er} juillet 2011 (soit à l'échéance d'une année à compter du 7 juillet 2010; la demande ayant été déposée en novembre 2010) jusqu'au 31 juillet 2012.

Dès le 1^{er} août 2012 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain, le 1^{er} mai 2012), la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité. Etant donné qu'à compter du 18 mars 2013, elle a bénéficié d'une mesure de réadaptation professionnelle, elle a droit au versement du quart de rente d'invalidité jusqu'au 30 juin 2013, soit jusqu'à la fin du troisième mois civil entier qui a suivi le début de la mesure (art. 47 al. 1bis let. b LAI).

C'est par conséquent à tort que l'intimé a limité le droit à la rente d'invalidité au 31 juillet 2012.

La cause sera renvoyée à l'intimé, à charge pour ce dernier de calculer le montant des prestations dues à la recourante pendant la période du 1^{er} août 2012 au 30 juin 2013, compte tenu notamment des indemnités journalières déjà versées en sa faveur dès le 18 mars 2013 et de la réduction des indemnités journalières prévue par l'art. 47 al. 1ter LAI.

S'agissant de la période postérieure au 30 juin 2013, soit du 1er juillet 2013 au 14 mars 2014 (date à laquelle a pris fin le versement des indemnités journalières), il reviendra également à l'intimé de déterminer si la recourante a droit au versement du quart de rente d'invalidité au lieu de l'indemnité journalière, en application de l'art. 20ter al. 1 RAI.

13. Compte tenu de ce qui précède, la décision litigieuse sera annulée en tant qu'elle limite le droit de la recourante à une rente d'invalidité au 31 juillet 2012, et confirmée pour le surplus. Il est constaté que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} août 2012 au 30 juin 2013 et la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

La recourante, représentée par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens [art. 61 let. g LPGA, 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE – E 5 10) et art. 6 du Règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; E 5 10.03].

Enfin, étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision de l'intimé du 15 janvier 2015 en tant qu'elle limite le droit à la rente d'invalidité au 31 juillet 2012.
4. La confirme pour le surplus.
5. Dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} août 2012 au 30 juin 2013.
6. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
7. Condamne l'intimé à payer à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- au titre de dépens.
8. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
9. 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 SECHAUD

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