

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/727/2016

ATAS/799/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 5 octobre 2016**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à ONEX, comparant avec élection  
de domicile en l'étude de Maître Laurent PALLY

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa ROBINSON-MOSER,  
Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1967, divorcée, mère de trois enfants nés en 1985, 1989 et 1997, a travaillé en dernier lieu du 29 octobre 2001 au 28 avril 2003 en qualité de secrétaire comptable à temps partiel dans une fiduciaire, et en tant qu'indépendante à temps partiel de 2000 à 2005.
2. Le 16 septembre 2005, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), indiquant souffrir de troubles psychiques. Elle sollicitait une rente d'invalidité.
3. Après avoir mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, l'OAI, sur la base du rapport d'expertise rendu le 10 juillet 2007, a rejeté la demande, aux motifs que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte à la santé invalidante. Selon l'expert psychiatre, les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel entre léger et moyen), le trouble anxieux sans précision et la personnalité dépendante étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée.
4. Le recours interjeté par l'assurée contre la décision de l'OAI du 25 octobre 2007 a été rejeté par la chambre de céans (arrêt du 27 janvier 2009, ATAS/75/2009). Le recours interjeté par l'assurée a été rejeté par le Tribunal fédéral par arrêt du 30 juin 2009 (9C\_189/2009).
5. Le 11 mars 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations (mesures professionnelles/rente) auprès de l'OAI. Elle indiquait souffrir d'une maladie de Verneuil, en raison de laquelle elle avait subi d'innombrables importantes et lourdes interventions chirurgicales dermatologiques et avait commencé un traitement de psychothérapie chez le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH. Elle avait par ailleurs été opérée par bypass gastrique le 5 février 2010. Elle a joint notamment un certificat médical du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en dermatologie, du 12 janvier 2011, diagnostiquant une maladie de Verneuil dont l'évolution était sévère et qui a nécessité douze interventions chirurgicales, ainsi qu'un certificat médical du Dr C\_\_\_\_\_, daté du 16 février 2011, aux termes duquel la maladie dermatologique (maladie de Verneuil) était en aggravation et avait un retentissement sévère sur la qualité de vie. L'assurée a également communiqué à l'OAI un rapport d'IRM cervico-dorso-lombaire du 17 janvier 2011 mettant en évidence une discopathie cervicale multi-étagée plus marquée sur les niveaux C4-C5 et C6-C7, avec protrusion discale, une discopathie D10-D11, une petite hernie discale postéro-latérale droite en L4-L5 et une discopathie L5-S1 avec remaniements des plateaux vertébraux de type Modic I.
6. Dans un rapport du 29 mars 2011 à l'attention de l'OAI, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecin générale, a joint copies de différents rapports médicaux indiquant que sa patiente avait été opérée d'un bypass le 4 février 2010 en raison d'une obésité morbide sévère. Elle avait perdu environ 50 kg, mais

malgré cette amélioration son problème cutané restait invalidant. Elle allait prochainement se faire opérer. Elle a communiqué divers rapports médicaux.

Selon la lettre de sortie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), l'assurée avait été hospitalisée du 4 février 2010 au 12 février 2010 pour un bypass gastrique. Le diagnostic principal était une obésité morbide avec comme comorbidités actives des troubles dépressifs, une maladie de Verneuil, une hypertension artérielle labile, un tabagisme actif, des troubles alimentaires, une arthrose lombaire liée à l'obésité et des troubles ventilatoires liés à l'obésité. L'arrêt de travail était de 100 % jusqu'au 21 février y compris, à réévaluer par son médecin traitant.

7. Dans un rapport du 5 avril 2011 à l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente souffrait d'une maladie de Verneuil sévère (hidrosadénite suppurative) ayant débuté à l'adolescence qui se caractérise par des abcès chroniques, des fistules douloureuses, suintantes, qui nécessitent des pansements quotidiens et parfois plusieurs fois par jour en cas de crise. Il connaissait la patiente depuis décembre 2008 et pouvait malheureusement attester depuis lors d'une aggravation constante de son état cutané. La patiente avait bénéficié de différents traitements par antibiotiques qui ont toujours apporté peu d'amélioration, elle a également bénéficié à son cabinet de 14 interventions chirurgicales qui n'ont pas permis de freiner l'évolution de sa maladie. De même, le bypass gastrique ayant permis une réduction drastique du poids n'avait malheureusement pas changé l'évolution de sa maladie. L'évolution était si sévère qu'il discutait actuellement de prévoir des excisions larges des zones touchées sous anesthésie générale dans le service de chirurgie plastique et reconstructive des HUG.
8. Dans son rapport du 5 avril 2011, le Dr C\_\_\_\_\_, a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis sa première demande en 2007, notamment en ce qui concerne sa maladie de Verneuil. Elle était aujourd'hui inapte à toute activité professionnelle ; il était important de considérer l'ensemble de sa pathologie et de son évolution. L'impact psychologique et de ses problèmes somatiques étaient majeurs et son invalidation sociale altérée. Si un travail psychothérapique avait pu améliorer son état thymique, c'était appréciable, mais cela ne devait pas faire oublier cette dépendance d'ensemble aux différents soins.
9. Le docteur F\_\_\_\_\_, de la Permanence chirurgicale de Chantepoulet, médecin traitant, a attesté le 6 avril 2011 que la patiente présentait une obésité morbide depuis plusieurs années en association avec une maladie de Verneuil. Elle nécessitait plusieurs opérations esthétiques et des soins continus. Moralement sa maladie était très lourde et parfois des épisodes anxieux majeurs nécessitaient un suivi régulier auprès de son psychiatre, le Dr C\_\_\_\_\_.
10. Dans un rapport du 31 mai 2011, la Dresse E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une maladie de Verneuil et une obésité en réduction. Elle suivait la patiente ambulatoirement depuis le 11 mars 2003. L'incapacité de travail était de 100 % depuis septembre

2009. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 100 % après l'opération de la plastie excédentaire de la peau.

11. Dans son rapport à l'attention de l'OAI du 1<sup>er</sup> juin 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une maladie de Verneuil, une obésité morbide opérée et des états dépressifs récurrents. La patiente présentait une anxiété fluctuante et des passages dépressifs réactionnels aux problèmes somatiques. L'asthénie était liée à la maladie et à l'invalidation sociale importante. Seule la chirurgie reconstructrice après amaigrissement et ensuite un traitement spécifique pouvait amener un apaisement de la maladie dermatologique. L'incapacité de travail était de 100 % dès le 2 novembre 2007.
12. L'OAI a mandaté le département de médecine service de dermatologie et vénéréologie de CHUV de Lausanne pour expertiser l'assurée. Les docteurs G\_\_\_\_\_, chef de clinique, et H\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont examiné l'assurée le 24 octobre 2011.

Dans leur rapport du 7 décembre 2011, les experts ont diagnostiqué une maladie de Verneuil sévère, actuellement sous doxycycline, et du tabagisme. L'inefficacité du traitement antibiotique et la sévérité de la maladie méritait un traitement biologique ; les médecins ont proposé l'introduction d'un traitement d'anti-TNF. Une opération chirurgicale avec excision des glandes apocrines était l'autre opération thérapeutique. Ils ont également expliqué à l'assurée l'importance d'arrêter de fumer, car les cigarettes ont une association prouvée avec l'activité de cette maladie. Au niveau du travail, la fréquence des interventions chirurgicales, la douleur de ses interventions, la fatigue produite par les antibiotiques ainsi que l'impact de cette maladie sur son état psychologique rendaient actuellement une activité professionnelle impossible. Les experts recommandaient un arrêt de travail à 100 %. Une diminution des interventions chirurgicales et une stabilisation de cette maladie, soit sous une thérapie biologique ou par excision des glandes apocrines étaient nécessaires pour envisager la reprise d'un travail. La patiente devait être revue le 9 janvier 2011.

13. Par communication du 3 février 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée des moyens auxiliaires sous forme d'octroi de perruques.
14. Dans ses rapports médicaux intermédiaires des 22 juin 2012, 2 novembre 2012 et 16 mai 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ indiquait que l'état de santé de la patiente était resté stationnaire, que la capacité de travail était de 0 % et qu'une reprise de travail n'était pas envisageable et à réévaluer qu'après la fin du programme chirurgical en cours et le rétablissement physique. Il était difficile de prévoir une date.
15. Dans son rapport du 17 décembre 2013 le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une maladie de Verneuil, une obésité morbide opérée, des états dépressifs récurrents et un abus de psychotropes. L'incapacité de travail était totale depuis le 2 novembre 2007.
16. Dans son rapport médical intermédiaire du 8 juillet 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé s'était aggravé ; il y avait eu une amélioration clinique de mai

2013 à avril 2014, mais depuis avril 2014 il y avait eu une réapparition des abcès au niveau du pubis. L'antibiothérapie a été reprise, de même que la chirurgie et le drainage des abcès. La capacité de travail était de 0 % depuis le 25 octobre 2011. Les troubles psychiques nécessitaient une prise en charge psychiatrique. Un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.

17. Le 12 août 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation de l'état de santé, notamment de la maladie de Verneuil, avec de nombreuses interventions et traitements. Les états dépressifs récurrents étaient liés à l'état dermatologique et aux tensions familiales. La perte de poids était maîtrisée, le surdosage des médicaments pouvait être en lien avec la malabsorption suite au bypass. La patiente vivait désormais seule, elle s'était séparée de son ami et actuellement le pronostic était assez réservé. La capacité de travail était de 0 % : une reprise de travail sera à réévaluer après la dernière intervention prévue et le rétablissement physique.
18. Par avis médical du 21 novembre 2014, le SMR a proposé une instruction complémentaire à l'OAI, en ce sens qu'il sollicite du dermatologue les copies de tous les protocoles opératoires depuis octobre 2011, ainsi qu'une copie de ses rapports de consultations et des lettres d'hospitalisation.
19. Une instruction complémentaire a été ordonnée auprès du Dr E\_\_\_\_\_, médecin traitant et du Dr I\_\_\_\_\_, chirurgien.
20. La lettre de sortie du département de chirurgie des HUG relative au séjour du 26 novembre 2012 au 30 novembre 2012 a été communiquée à l'OAI, ainsi que copies de tous les rapports de consultations du Dr D\_\_\_\_\_ du 25 octobre 2011 au 2 décembre 2014, ainsi que copies des rapports des examens de laboratoire.
21. Dans un rapport reçu par l'OAI le 9 janvier 2015, la docteure J\_\_\_\_\_, médecin interne aux HUG, département de chirurgie plastique et reconstructive, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une dépression majeure et une maladie de Verneuil. Les diagnostics de reflux gastro-œsophagien, syndrome de malabsorption post by-pass gastrique et d'anémie chronique sont en revanche sans répercussion sur la capacité de travail. Elle avait suivi l'assurée du 20 novembre 2014 au 6 janvier 2015. Opérée d'un bypass gastrique en 2010, l'assurée avait présenté une perte de poids de 60 kg. Il n'y avait pas de restriction physique à l'activité exercée. Toutefois, le fait de savoir si l'activité exercée était encore exigible, de même que la question de l'incapacité de travail étaient à voir avec le médecin traitant. Selon la Dresse J\_\_\_\_\_, le rendement était réduit, mais plutôt à cause des autres maladies (dépression). On pouvait s'attendre à une reprise du travail, selon l'évolution.
22. Par avis du 11 août 2015, le SMR a relevé qu'il ne connaissait pas l'évolution de l'état de santé tant sur le plan psychique que somatique et a requis du gestionnaire de réinterroger l'ensemble des médecins somaticiens, soit le service de chirurgie plastique des HUG, ainsi que les Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Il a également listé une

série de questions complémentaires à leur poser et requis la production de l'intégralité des rapports opératoires.

23. Dans son rapport du 24 août 2015, la Dresse J\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle, que l'état de santé s'était amélioré depuis un an et qu'il y avait une bonne cicatrisation. Le dernier certificat médical d'incapacité de travail avait été fait par la chirurgie plastique en 2012. Depuis janvier 2015, l'état de santé s'était globalement amélioré sur le plan somatique, mais pas psychique. Depuis avril 2015, date de la dernière consultation, le traitement était terminé. S'agissant toutefois des troubles psychiques, il fallait voir avec le psychiatre et le médecin traitant. La capacité de travail était de 50% dans le poste occupé, si possible.
24. Le Dr D\_\_\_\_\_, dans son rapport du 24 août 2015, a indiqué qu'il y avait une bonne évolution, que globalement l'état de santé s'était amélioré depuis février 2015 et que l'antibiothérapie avait été stoppée en mars 2015. Depuis lors, il n'y avait pas de nouvel abcès. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. Les derniers examens médicaux dataient du 3 juin 2015 et le pronostic était bon. Une reprise de travail était possible sur le plan somatique, mais elle était à réévaluer sur le plan psychiatrique.
25. Dans un rapport du 25 août 2015, la Dresse E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé s'était amélioré, que le pronostic était bon et que le dernier examen datait du 25 août 2015. L'état de santé s'était amélioré depuis un an sur le plan somatique, mais pas psychique. La capacité de travail était de 50 % dans le poste de travail occupé en tant qu'aide comptable.
26. Dans son rapport du 15 septembre 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé s'était amélioré depuis six mois, que les limitations fonctionnelles consistaient en une fatigabilité ainsi que des problèmes liés à la malabsorption. La capacité de travail était de 50 % dans le travail occupé en tant que secrétaire-comptable et facturation.

En annexe au rapport, le Dr C\_\_\_\_\_ a précisé, s'agissant du degré d'intensité du tableau dépressif, qu'il avait obtenu une amélioration constante de l'état de santé de la patiente liée à sa meilleure santé physique. La maladie de Verneuil était sans manifestation depuis plusieurs mois et elle avait un meilleur confort de vie lié aux bonnes suites chirurgicales. La patiente pouvait encore présenter des manifestations anxieuses, des passages dépressifs mineurs. Son sommeil s'était normalisé depuis la prescription d'Entumine 40. S'agissant des limitations fonctionnelles, il existait encore une fatigabilité, une certaine irritabilité parfois, les capacités de concentration et d'attention étaient meilleures. Il estimait que sa patiente sera apte à retravailler à 50 % à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015. Dans une activité strictement adaptée, la capacité de travail sera de 50 % dans les domaines précédemment exercés, secrétariat, standard téléphonique, classement, comptabilité et fiscalité. L'évolution était récemment positive.

27. Dans un avis médical du 10 novembre 2015, le SMR, après examen de l'ensemble des rapports médicaux, relève qu'il est quelque peu difficile de préciser l'évolution de la capacité de travail sur le plan somatique. Le Dr E\_\_\_\_\_ atteste une capacité de travail de 50%, confirme l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan somatique. Sur le plan psychiatrique, le Dr C\_\_\_\_\_ rapporte une amélioration avec persistance d'une fatigabilité et irritabilité dans le contexte de soucis familiaux. Il atteste aussi d'une capacité de travail de 50% seulement à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015, sans que l'on sache pourquoi. Aucune information sur l'état psychique, subjectif ou objectif n'est transmise, on ne sait pas quels diagnostics psychiatriques sont actuellement retenus. Le psychiatre mentionne les problèmes liés à la malabsorption dont on ne sait pas la nature et qui ne sont absolument pas évoqués par le Dr E\_\_\_\_\_, médecin traitant. Cela étant, dans un consilium du 7 décembre 2011 au CHUV, le Dr K\_\_\_\_\_ recommandait un arrêt de travail à 100% en raison de l'impact de la maladie de Verneuil et indiquait que la reprise de travail ne pourrait être envisagée qu'après réduction des traitements et stabilisation. Il semble que cette condition soit remplie, au plus tard, en avril 2015. Sur le plan psychiatrique, l'incapacité totale de travail était initialement motivée par la maladie de Verneuil, puis en 2013, par les fluctuations thymiques. Les rapports médicaux du Dr C\_\_\_\_\_ sont lacunaires et ne permettent pas de préciser le tableau psychique présenté. En 2008, dans le cadre du recours, le Dr C\_\_\_\_\_ avait attesté un état dépressif mélancoliforme avec aboulie et apathie, et le SMR avait jugé que l'état dépressif était insuffisamment étayé. Le refus de prestations avait été confirmé par le TF. Au final, le SMR retient une aggravation de l'état de santé (nouvelle atteinte) en lien avec la maladie de Verneuil qui justifie une incapacité de travail totale dans toutes activités de janvier 2010 à avril 2015. Au plus tard dès mai 2015, il retient une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle.
28. Par communication du 13 novembre 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il lui reconnaissait un degré d'invalidité de 100 % tant dans la part d'activité lucrative (80 %) que dans le ménage (20 %), ouvrant droit à une rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2011. Ce droit était limité au 30 avril 2015, en raison de l'exigibilité d'une reprise du travail dans l'activité indiquée.
29. L'assurée, par courrier du 23 décembre 2015, s'est opposée au projet de décision, indiquant que tous ses médecins relèvent qu'elle ne peut pas travailler à 100 %, et qu'un 50 % constitue déjà un maximum eu égard à son état de santé fragile et précaire.
30. Par courrier du 16 janvier 2016 au médecin-conseil de l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_ indique que lors de ses derniers certificats, il avait évalué, comme le Dr D\_\_\_\_\_, une capacité de travail de 50 % et cela pour les raisons suivantes : tout d'abord l'assurée n'avait pas travaillé depuis 2003, elle était aide-comptable et avait arrêté son emploi « pour des raisons défavorables ». Elle est porteuse de la maladie de Verneuil, affection dermatologique invalidante, qui connaît aujourd'hui une accalmie grâce à la perte de poids et au respect des règles thérapeutiques prescrites.

---

Sur le plan psychologique, si elle va mieux actuellement elle reste néanmoins avec une vulnérabilité émotionnelle certaine, ayant toujours besoin d'un traitement et d'un soutien psychothérapeutique. Il existe chez l'assurée une réelle motivation, mais il convenait d'être progressif dans la reprise du travail à venir, avec une période initiale d'essai.

31. Par décision du 4 février 2016, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2011 au 30 avril 2015. Il a retenu que depuis janvier 2010, sa capacité de travail était considérablement restreinte et son taux d'invalidité atteignait 100%. Sans problème de santé et de limitations fonctionnelles, elle travaillerait à 80 % dans son activité habituelle de secrétaire-comptable, les 20 % restant correspondants à ses travaux habituels. Selon le SMR, depuis le 1<sup>er</sup> mai 2015, sa capacité de travail est de 100 % dans toute activité. Au vu de la demande déposée le 11 mars 2011, le droit à la rente était ouvert dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011.
32. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée interjette recours en date du 3 mars 2016. Elle requiert préalablement une expertise médicale judiciaire et, au besoin, une audience de comparution personnelle. Sur le fond, la recourante conclut à l'octroi d'une rente AI complète du 1<sup>er</sup> septembre 2011 au 31 janvier 2016, puis d'une demi-rente AI au minimum à compter du 1<sup>er</sup> février 2016. Elle relève qu'elle exerçait la profession d'aide-comptable, mais qu'elle n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis 2003. En outre, selon le Dr C\_\_\_\_\_, (certificat du 16 janvier 2016), en début d'année, une capacité de travail de 50 % a été évaluée. De même, la Dresse E\_\_\_\_\_, par certificat médical du 26 février 2016, atteste d'une capacité de travail de 50 % pour raisons médicales. Elle conteste ainsi l'estimation de la capacité de travail faite par le SMR, sur dossier, et sans autre investigation.
33. Dans sa réponse du 29 mars 2016, l'OAI conclut au rejet du recours, motif pris que les médecins traitants attestent d'une capacité de travail de 50 % seulement, mais ils ne se fondent pas sur les atteintes à la santé actuellement actives. Ainsi, le Dr C\_\_\_\_\_, qui atteste d'une capacité de travail de 50 % le 16 janvier 2016, admet que la maladie de Verneuil présente une accalmie grâce à la perte de poids très importante et au respect des règles thérapeutiques prescrites. De même, sur le plan psychique, il admet que la recourante va mieux et qu'elle présente seulement une vulnérabilité émotionnelle. Ces aspects psychologiques résiduels ne peuvent toutefois pas être assimilés à une atteinte à la santé invalidante et ils n'empêchent assurément pas la reprise d'une activité lucrative, ce d'autant plus que la recourante a été considérée comme active à 80 % seulement. C'est dire qu'un taux d'activité de 100 % n'est même pas en question. En définitif, la seule atteinte invalidante est constituée par la maladie de Verneuil, laquelle a justifié une incapacité de travail totale dans toutes activités de janvier 2010 au mois d'avril 2015, date de fin du suivi en chirurgie plastique et reconstructive avec antibiothérapie stoppée.
34. Par réplique du 13 avril 2016, la recourante relève que l'un des derniers rapports du SMR indique que sur le plan somatique il est difficile de préciser l'évolution de l'incapacité de travail. Ce rapport rejette celui du Dr D\_\_\_\_\_, motif pris « qu'il est

---

établi sans que l'on sache pourquoi l'attestation du Dr D\_\_\_\_\_ parle de 50 % de capacité de travail, mais seulement à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015 ». Elle produit un certificat médical établi par le Dr D\_\_\_\_\_ le 3 mars 2016, attestant qu'elle souffre d'une maladie à évolution sévère, qu'après des traitements de plusieurs années, l'antibiothérapie a pu être stoppée en mars 2015 et que la maladie est en quasi rémission. Il y a apparition occasionnelle de petits abcès, le dernier en date, apparu en décembre 2015, a bien évolué sous antibiothérapie courte. En ce qui concerne la capacité de travail, il faut prendre en compte la maladie sévère dont elle a souffert et garder à l'esprit que la chaleur et la macération peuvent réactiver des lésions, ainsi que la transpiration excessive. Le Dr D\_\_\_\_\_ préconise un travail qui respecte ces contraintes sur le plan du type de travail et du nombre d'heures travaillées dans la journée. Sur le plan psychiatrique, la recourante relève que l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ n'est pas retenu, car il ne dresse pas un tableau dramatique. Or, contrairement à ce qu'affirme l'intimé, son état de santé et sa capacité de travail ne sont pas aussi établis et évidents qu'il voudrait le faire croire. Il existe ainsi une divergence d'appréciation entre les avis du SMR et ceux de ses médecins traitants, sans que l'on puisse, à ce stade privilégier les premiers par rapport aux seconds sans tomber dans l'arbitraire. Par conséquent, une expertise judiciaire psychologique et dermatologique est nécessaire.

35. Après communication de cette écriture à l'OAI, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À 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<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le

1<sup>er</sup> 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, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, 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 du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322).

3. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a supprimé - avec effet au 30 avril 2015 - la rente entière d'invalidité octroyée à la recourante suite au dépôt de sa nouvelle demande.
4. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_134/2015 consid. 4.1 et les références). Suivant cette disposition réglementaire (al. 1), si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En revanche, l'art. 88<sup>bis</sup> RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2 et les références; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 3e éd., ch. 110 ad art. 30-31; voir aussi le ch. 4018 de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification

---

sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

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

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

Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). L'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

7. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGa), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimé, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe

---

de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

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).

9. En l'espèce, il ressort des rapports médicaux que la recourante, en raison de ses atteintes à la santé aussi bien somatiques que psychiques, a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité dès le mois de janvier 2010. Son degré d'invalidité est par conséquent de 100% et ouvre droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011, soit six mois après le dépôt de sa demande (cf. art. 29 al. 1 LAI), ce qui n'est pas contesté par les parties.

La recourante conteste en revanche présenter une capacité de travail de 100% dès le mois de mai 2015, comme l'intimé le soutient.

Sur le plan médical, il semble, selon le SMR, que le cas est stabilisé du point de vue somatique au plus tard en avril 2015 et, du point de vue psychiatrique, les troubles encore décrits par le Dr C\_\_\_\_\_ ne sont pas incapacitants. Le service médical de l'AI considère que la date du 1<sup>er</sup> octobre 2015 fixée par ce dernier comme reprise de travail n'est pas compréhensible.

Il convient de relever en premier lieu que de l'avis même du SMR, il est quelque peu difficile de suivre l'évolution de l'état de santé sur le plan somatique.

Le 8 juillet 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ mentionnait une aggravation de l'état de santé avec réapparition en avril 2014 d'abcès ayant nécessité la reprise de l'antibiothérapie, la chirurgie et le drainage ; en novembre 2014, la recourante a été hospitalisée en chirurgie pour traitement chirurgical des lésions. Le Dr C\_\_\_\_\_ signale également une aggravation de l'état de santé de sa patiente sur le plan psychique liée à l'état dermatologique (aggravation avec de nombreuses interventions et traitements) et aux tensions familiales. En décembre 2014, la Dresse E\_\_\_\_\_ indiquait que la patiente avait été opérée, que le traitement était en cours, qu'il était encore trop tôt pour faire un pronostic et qu'il convenait de refaire un bilan à fin février 2015. Dans son rapport reçu par l'OAI le 9 janvier 2015, la Dresse J\_\_\_\_\_ diagnostiquait, en sus de la maladie de Verneuil, une dépression majeure. Il n'y avait pas de restriction physique, mais le rendement était réduit, plutôt en raison des autres maladies (dépression). Elle ne se prononçait pas sur la capacité de travail, renvoyant au médecin traitant. On pouvait s'attendre à une reprise du travail qui dépendrait de l'évolution.

Dans son rapport du 24 août 2015, la Dresse J\_\_\_\_\_ notait une amélioration de l'état de santé, le traitement était terminé en avril 2015 et l'état général était bon, mais sur le plan psychique, elle renvoyait à l'appréciation du psychiatre. Elle ne se prononçait pas sur la capacité de travail, renvoyant sur ce point à l'appréciation du psychiatre et du médecin traitant. La Dresse E\_\_\_\_\_ notait également une amélioration de l'état de santé sur le plan somatique, mais pas psychique (cf. rapport du 25 août 2015). Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle du point de vue physique, mais psychique. Enfin, le Dr C\_\_\_\_\_ attestait également une amélioration de l'état de santé depuis six mois (cf. rapport du 15 septembre 2015).

La chambre de céans constate que si les médecins notent effectivement une stabilisation sur le plan somatique suivie d'une amélioration en 2015, tel n'est pas le cas sur le plan psychique. En outre, aucun médecin n'atteste, tant sur le plan somatique que psychique, d'une capacité de travail totale depuis le mois de mai 2015. En effet, le Dr D\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail, la Dresse E\_\_\_\_\_ indique qu'elle est de 50% dans l'activité habituelle si possible, sans indiquer exactement depuis quand et renvoie à l'appréciation du psychiatre. Le psychiatre considère, de son côté, qu'une reprise de travail à 50 % en tant que secrétaire-comptable est possible depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2015. L'état de santé s'est globalement amélioré depuis six mois. Les limitations fonctionnelles sont une fatigabilité, irritabilité et des problèmes liés à la malabsorption (cf. rapport du Dr

C\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2015). Sur ce point et contrairement à ce que le SMR soutient, les problèmes liés à la malabsorption ont aussi été évoqués par la Dresse J\_\_\_\_\_ dans son rapport de janvier 2015.

Il convient de relever que tous les médecins sont d'accord sur un point : une reprise du travail n'est possible qu'après la fin des traitements et la récupération physique et psychique. Dans leurs derniers rapports, aussi bien le psychiatre que le médecin traitant attestent d'une reprise de travail possible à 50% (cf. rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 16 janvier 2016, attestation de la Dresse E\_\_\_\_\_ du 26 février 2016). Le psychiatre explique que la recourante a traversé des périodes difficiles sur le plan de sa santé, avec opération et by-pass, suivie de plusieurs interventions de chirurgie reconstructive, et qu'elle est porteuse de la maladie de Verneuil, affection dermatologique invalidante, qui connaît aujourd'hui une accalmie. Sur le plan psychique, elle va mieux, mais il demeure une vulnérabilité émotionnelle certaine nécessitant toujours un traitement et un soutien psychothérapeutique. Il existe une réelle motivation chez la patiente, mais il convient d'être progressif dans sa reprise à venir, avec une période d'essai initiale. Enfin, le Dr D\_\_\_\_\_ relève qu'après des traitements de plusieurs années associés à une perte de poids, pour laquelle la patiente s'est fortement impliquée, puis des interventions chirurgicales multiples par des chirurgiens plasticiens pour réduction maximale des zones de peau atteintes par la maladie, la recourante a enfin pu profiter d'une améliorable durable de sa maladie. Le traitement antibiotique a pu être stoppé en mars 2015, la maladie est en quasi-rémission. Néanmoins, il y a apparition occasionnelle de petits abcès, le dernier en date en décembre 2015, qui a bien évolué sous antibiothérapie courte. En ce qui concerne la capacité de travail, le Dr D\_\_\_\_\_ indique qu'il faut prendre en compte la maladie sévère dont la recourante a souffert et garder à l'esprit que la chaleur et la macération peuvent réactiver des lésions ainsi que la transpiration excessive. Il conseille un travail qui respecte ces contraintes sur le plan du type de travail et du nombre d'heures travaillées dans la journée.

Force est de constater que les interférences médicales présentées par la patiente, de même que ses effets sur le taux de sa capacité de travail et la date à laquelle une reprise du travail est possible ne sont pas clairs. Les conclusions du SMR, qui substitue sa propre appréciation à celle des médecins ayant suivi la recourante, n'emportent pas la conviction. En effet, d'une part, le SMR substitue sa propre appréciation à celles des médecins ayant suivi la recourante, d'autre part, il apprécie le taux de capacité de travail en séparant les affections somatiques et psychiques, alors qu'il convient de tenir compte de l'ensemble des atteintes à la santé et des interférences médicales. Enfin, il convient de rappeler que la suppression de la rente d'invalidité doit être faite conformément à l'art. 88a RAI.

En l'état actuel, la chambre de céans ne peut statuer de manière définitive sur le droit aux prestations de la recourante depuis le mois de mai 2015. Il appartiendra à l'intimé d'effectuer une instruction complémentaire et d'inviter les somaticiens et le

psychiatre à procéder à un consilium ; les médecins devront se prononcer de manière claire, au regard de l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante, sur la date de l'amélioration durable depuis avril 2015, les limitations fonctionnelles, le taux de capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ainsi que la date de la reprise de travail. À défaut, il conviendra d'ordonner une expertise pour répondre à ces questions.

10. Pour l'évaluation du degré d'invalidité de la recourante, la chambre de céans constate que l'intimé a retenu un statut mixte, à savoir 80% de part d'activité lucrative et 20% pour les activités du ménage, en se fondant sur une note figurant sur un document remis par l'Hospice général le 1<sup>er</sup> juin 2011 (cf. note de travail du 12 novembre 2015, doc. 192 p. 1 intimé).

La question du statut de la recourante doit être clarifiée. En effet, dans une note de travail du 12 janvier 2015, le statut de personne active était envisagé. De plus, la recourante n'a jamais été interrogée sur ce point. Il ressort par ailleurs des documents figurant au dossier que la recourante est divorcée depuis 2005, que les enfants sont aujourd'hui majeurs, qu'elle aurait travaillé à plein temps de 1985 à 1990, qu'elle a travaillé à 60 % en tant que salariée entre octobre 2001 à avril 2003 tout en exerçant en parallèle une activité indépendante jusqu'en 2005. La recourante s'était annoncée au chômage en 2004, mais l'on ignore si elle recherchait un emploi à plein temps ou non.

Il incombera à l'intimé de déterminer avec précision le statut de la recourante, en tenant compte des circonstances jusqu'au prononcé de sa décision.

11. Pour tous ces motifs, la décision querellée doit être annulée en tant qu'elle supprime la rente d'invalidité au 30 avril 2015 et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
12. Le recours est partiellement admis. La recourante a droit à une participation à ses frais et dépens, dans une note de travail du 12 janvier 2015, le statut de personne active était envisagé fixée en l'espèce à CHF 1'200.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 9 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).
13. Au vu du sort du litige, l'émolument, fixé à CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OAI du 4 février 2016, en tant qu'elle supprime la rente entière d'invalidité au 30 avril 2015.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de CHF 1'200.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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