

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2923/2013

ATAS/1345/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 décembre 2014

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au PETIT-LANCY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Youri WIDMER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

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

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1976, mariée depuis 2003, mère de deux enfants, nés respectivement en 2004 et 2014, a travaillé en qualité d'infirmière du 1^{er} décembre 2000 au 30 août 2008, d'abord à 80%, puis à 60% dès 2005, pour les Hôpitaux universitaires de Genève ; elle était alors rémunérée CHF 5'029.- par mois. Par la suite, du 1^{er} septembre 2008 au 30 avril 2009, elle a été employée en tant qu'infirmière « pooliste » de nuit à 60% à l'Hôpital B_____, pour un revenu mensuel de CHF 4'876.-. Enfin, à compter du 1^{er} mai 2009, elle a travaillé en qualité d'infirmière à 80% pour la Fondation C_____ ; son revenu mensuel était alors de CHF 6'386.-. A partir du 1^{er} septembre 2010, son taux d'activité a été réduit à 60% et son salaire à CHF 4'789.20 par mois.
2. Le 23 août 2010, l'assurée a été victime d'un accident lors d'un séjour au Brésil, où elle s'est fracturée la cheville gauche, avec luxation. En arrêt de travail à 100% à compter de cette date, elle a été prise en charge par l'assurance-accidents.
3. Le 3 septembre 2010, l'assurée a subi une intervention chirurgicale (réduction et ostéosynthèse des malléoles interne et externe ; malléole postérieure trop petite).
4. Le 20 janvier 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en invoquant une fracture bi-malléolaire de la cheville droite avec luxation survenue le 23 août 2010.
5. Dans un rapport du 3 février 2011, le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu le diagnostic de fracture de la cheville gauche survenue le 23 août 2010. Il a également mentionné, en précisant qu'il était sans effet sur la capacité de travail, un syndrome Sjögren. L'assurée présentait des douleurs résiduelles à la cheville gauche à la charge, des tuméfactions et des rougeurs. Il était trop tôt pour pouvoir établir un pronostic. Selon le médecin, l'incapacité de travail avait été totale à partir du 23 août 2008 ; la détermination des limitations fonctionnelles était prématurée.
6. Lors d'un entretien, le 15 février 2011, l'assurée a notamment indiqué à l'OAI que si son incapacité de travail d'alors était certes la conséquence de l'accident survenu en août 2010, son syndrome de Sjögren était également devenu invalidant : en raison de son état de santé et de sa fatigue, elle avait négocié et obtenu de son employeur une diminution de son taux d'activité à 60% dès le 1^{er} septembre 2010 ; l'accident était survenu au moment de ces négociations, alors qu'elle était sur le point de déposer une demande de prestations visant l'octroi d'une rente d'invalidité partielle en raison du syndrome de Sjögren. L'assurée a affirmé que, sans problèmes de santé, elle aurait travaillé à 80% et augmenté son taux d'activité à 100% dès la scolarisation de sa fille, née en 2004. Elle n'avait pas les forces

physiques et psychiques pour suivre des cours et souhaitait continuer à travailler en qualité d'infirmière dans une permanence médicale, un service d'investigations médicales ou comme codeuse professionnelle, poste pour lequel elle avait déjà postulé, sans succès. On lui a indiqué qu'une formation de codeuse interprète donnée par le Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV) pouvait optimiser ses chances de trouver un emploi dans ce domaine, mais elle ne souhaitait pas suivre un tel cursus, en raison de sa fatigue physique et psychique.

7. Le 21 février 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était indiquée dans son cas.
8. Le 14 avril 2011, l'assurée a subi une intervention chirurgicale (ablation du matériel d'ostéosynthèse des deux malléoles).
9. Dans un rapport du 20 avril 2011, le Dr E_____, spécialiste FMH en allergologie et immunologie clinique et en médecine interne générale, a confirmé l'existence d'un syndrome Sjögren depuis 2004, se traduisant par des douleurs chroniques et une fatigue. Le pronostic était réservé et difficile à prévoir. L'assurée rencontrait des difficultés à marcher et à rester debout, ce qui se traduisait par un ralentissement dans son activité professionnelle. Elle en rencontrait également dans ses activités quotidiennes. Une amélioration de la capacité de travail était possible si l'état de santé de l'assurée évoluait positivement.
10. Le Dr F_____, spécialiste FMH en chirurgie et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, mandaté par l'assureur-accidents, a rendu en date du 14 juillet 2011 un rapport d'expertise retenant les diagnostics de fracture tri-malléolaire de la cheville droite avec subluxation survenue le 23 août 2010, status après ostéosynthèse différée, status après ablation du matériel d'ostéosynthèse en avril 2011 et maladie de Sjögren.

Le Dr F_____ a précisé s'être fondé sur le dossier de l'assureur-accidents, un examen clinique et un entretien avec le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée. Il a résumé le dossier en sa possession, exposé l'anamnèse, relaté les plaintes de l'assurée et fait état de ses propres constatations cliniques.

La radiographie montrait des conditions ostéo-articulaires au niveau de la cheville tout à fait satisfaisantes. Il n'y avait pas de déplacement des fragments, l'articulation elle-même était tout à fait congruente, avec un espace articulaire pratiquement physiologique. On pouvait donc considérer que les conditions étaient bonnes pour récupérer une fonction correcte de la cheville droite. Cela avait été confirmé par l'examen clinique, les douleurs ressenties n'étant vraisemblablement expliquées que par des troubles circulatoires qui se manifestaient par un gonflement chronique très modéré mais quand même net. L'évolution était satisfaisante, mais le Dr F_____ avait vivement conseillé à l'assurée de prendre en charge sa rééducation (exercices quotidiens sur vélo d'appartement et séances régulières de

natation). Quant au surpoids conséquent, et défavorable à une récupération optimale, il nécessitait une prise en charge sérieuse par un médecin nutritionniste.

11. Dans un rapport intermédiaire du 17 août 2011, le Dr D_____ a relevé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. Elle présentait des douleurs en charge, mais pas de raideur importante. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, mais de 100% dans une activité adaptée « de bureau ». Le médecin préconisait la reprise du travail le plus tôt possible après un reclassement professionnel.
12. Le 31 août 2011, l'assurée a été licenciée par son employeur.
13. Dans un rapport du 22 septembre 2011 établi par Monsieur H_____, ostéopathe de l'assurée, ce dernier s'est étonné que l'on puisse considérer que sa patiente puisse continuer à exercer à temps plein, en position assise, l'activité d'infirmière. Elle avait perdu une partie de son intégrité physique, ce qui l'empêchait de travailler à 100%, la marche et la station debout étant encore limitées. Elle devrait changer de métier, ce qui n'était « pas évident » pour une personne aimant son travail. Selon Monsieur H_____, il fallait parler d'échec thérapeutique puisque l'opération n'avait pas permis une récupération articulaire normale.
14. Dans un rapport intermédiaire du 3 octobre 2011, le Dr E_____ a mentionné une aggravation de l'état de santé de sa patiente, sans changement des diagnostics : l'assurée rencontrait des difficultés dans les activités de la vie quotidienne ; sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle ; il était difficile d'envisager une reprise du travail et, en tous les cas, le taux d'activité devrait être réduit.
15. Le dossier de l'assurée a alors été soumis au Service médical régional de l'AI (SMR) qui, le 10 novembre 2011, s'est aligné sur les conclusions des Drs D_____ et F_____ et a retenu une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et une capacité de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire privilégiant des tâches sédentaires ou semi-sédentaires (vu les raideurs et douleur de la cheville). Par téléphone, le Dr E_____ avait confirmé que, dans une activité adaptée, la capacité de travail pouvait être entière ; le syndrome de Sjögren induisait une certaine fatigabilité.
16. Le 11 janvier 2012, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée par Madame I_____ (ci-après : l'enquêtrice).

L'enquêtrice a relaté que l'assurée, sous antidépresseurs depuis plusieurs années, devait lutter pour surmonter ses douleurs articulaires et la fatigabilité dues au syndrome de Sjögren. Elle devait « maintenir le rythme avec sa petite fille » et « tromper les apparences » car elle ne voulait pas que son enfant supporte les conséquences de sa maladie. Elle s'épuisait, manquait de résistance et tombait régulièrement malade. Ses douleurs articulaires et musculaires ressemblaient à un état grippal. Elle limitait les tâches ménagères, donnant la priorité à sa fille. Elle avait de la peine à assumer le quotidien, le rangement n'était pas effectué et du

retard était pris dans le ménage. Elle suivait une psychothérapie, à raison d'une séance toutes les deux semaines.

Dans son dernier poste, l'assurée avait exercé à 80% et, selon ses dires, aurait continué au même taux, si son état de santé le lui avait permis.

Dans la sphère ménagère, les empêchements étaient relativement importants, en raison d'une fatigue extrême et d'une grande fatigabilité. L'assurée réservait son énergie à sa fille et n'avait plus les ressources nécessaires pour effectuer les tâches ménagères. Celles qu'elle ne pouvait plus assumer l'étaient par son mari, sa mère, une femme de ménage et une aide à domicile. Parfois, sa fille, âgée de 7 ans, l'aidait également.

L'enquêtrice a conclu à un taux d'empêchement dans le ménage de 37,55% :

	pondération	empêchement	invalidité
conduite du ménage	5%	0 %	0%
alimentation	37%	45%	16,65%
entretien du logement	20%	50%	10%
emplettes et courses diverses	5%	0%	0%
lessive/entretien des vêtements	20%	40%	8%
soins aux enfants	12%	20%	2,4%
divers (aucune activité)	1%	50%	0,5%
total	100%		37,55%

17. Dans un rapport du 22 février 2012, le Dr J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, présent depuis plusieurs années. Il a exposé l'anamnèse de l'assurée, ses plaintes et les résultats de ses constatations objectives. Le médecin a souligné que, malgré une prise en charge spécialisée relativement soutenue et la prescription de médicaments psychotropes, les troubles psychiques étaient relativement persistants. Selon lui, l'assurée devait bénéficier d'une rente d'invalidité à 50% et de mesures de réadaptation professionnelle pour préserver sa capacité de travail résiduelle. La pathologie avait des répercussions sur la capacité de travail en raison de troubles thymiques persistants (tristesse, anxiété, irritabilité, asthénie, anhédonie) et de la pathologie somatique (douleurs chroniques). L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 100% depuis le 29 août 2010 ; en revanche, dans un emploi adapté, elle n'était que de 50%.
18. Par courrier du 4 avril 2012, le Dr J_____ a précisé que si l'évolution clinique tendait à être globalement favorable, l'assurée présentait une vulnérabilité psychique accrue et des risques de rechute significatifs face à des facteurs de stress tels qu'une accentuation de son syndrome douloureux chronique ou des difficultés

financières ou administratives. Grâce à une prise en charge psychiatrique intégrée régulière, sa capacité résiduelle de travail, de 50% depuis janvier 2012, pouvait être maintenue. La pathologie dépressive avait débuté en mai 2010. Son équilibre psychique était relativement fragile. Dans un contexte de difficultés administratives avec l'Office cantonal de l'emploi et de maladies somatiques récurrentes, l'assurée présentait depuis plusieurs semaines une exacerbation de ses troubles thymiques. La fréquence des consultations dépendait de l'évolution clinique, étant précisé qu'actuellement, les entretiens étaient hebdomadaires. La pathologie thymique de l'assurée avait des répercussions sur sa capacité de travail en raison de la symptomatologie récurrente (tristesse, anxiété, irritabilité, asthénie, anhédonie, troubles de l'attention et de la concentration) et de l'exacerbation intermittente de la sensation subjective de son syndrome douloureux chronique. Une activité professionnelle inadaptée, en raison d'un taux d'activité trop important et du non-respect des limitations fonctionnelles, favoriserait l'aggravation et la chronicisation de la pathologie et conduirait l'assurée à la perte de sa capacité de travail résiduelle de 50%.

19. Le 27 août 2012, l'assurée a repris une activité professionnelle, en tant qu'infirmière scolaire, à temps partiel (21 h./sem.) pour un revenu de CHF 2'710.- par mois. Dès le 10 septembre 2012, elle a augmenté son temps de travail à 25 h./sem. (soit un taux d'activité de 50,5%) et son salaire a été réévalué à CHF 3'220.-.
20. La Dresse K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mandatée par l'OAI a rendu un rapport d'expertise en date du 30 octobre 2012.

Le médecin a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel en rémission incomplète en précisant que la symptomatologie résiduelle correspondait à une symptomatologie anxieuse. A également été mentionné, en précisant qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble de la personnalité émotionnellement labile.

L'experte a précisé s'être fondée sur le dossier remis par l'OAI, sur un examen clinique de l'assurée (deux entretiens, les 21 septembre et 4 octobre 2012) et sur un entretien téléphonique du 17 octobre 2012 avec le Dr J_____. Elle a exposé l'anamnèse de l'assurée, ses plaintes et les données subjectives et son status psychiatrique.

L'experte a relaté qu'il y avait eu amélioration de la symptomatologie liée au syndrome de Sjögren suite à deux cures de chimiothérapie administrées en juin et juillet 2012. L'assurée se disait satisfaite des résultats de la thérapie, ses douleurs ne la gênant plus comme cela avait été le cas jusqu'à l'été 2012. Selon l'assurée, l'évolution et le pronostic restaient toutefois très incertains ; elle appréhendait fortement une récurrence.

Selon l'experte, dans le contexte d'un suivi psychiatrique régulier accompagné d'une médication par un antidépresseur, le tableau clinique présenté par l'assurée

correspondait à la symptomatologie d'un trouble anxieux, non plus au trouble dépressif récurrent retenu par son psychiatre traitant. La symptomatologie anxieuse restait importante, mais sans effet sur la capacité de travail. Devant la situation complexe de plusieurs troubles de la santé, la raison principale de l'incapacité de travail était psychiatrique. Néanmoins, la cause de cette incapacité n'était pas clairement déterminée par les médecins traitants. L'assurée travaillait en tant qu'infirmière scolaire à mi-temps, tous les jours à raison de 5 h./jour. Cette activité était légère et bien adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Du point de vue psychiatrique, l'assurée était apte à effectuer cette activité à plein temps, dans la mesure où aucune des difficultés psychiques rencontrées de façon chronique n'était invalidante pour son fonctionnement professionnel et dans sa vie quotidienne. Néanmoins, une réduction de rendement de 20% devait être prise en considération pour tenir compte de l'épuisement mental induit par l'anxiété et de la fatigabilité.

Le trouble de la personnalité émotionnellement labile était actuellement compensé et déstabilisant pour l'assurée, mais sans influence directe sur la capacité de travail.

La Dresse K_____ disait partager l'avis du Dr J_____ s'agissant de l'incapacité de travail présentée par l'assurée de fin août 2010 à janvier 2012, en raison d'un trouble dépressif récurrent. Quant à l'incapacité de travail de 50% entre janvier et août 2012, elle avait été justifiée par la symptomatologie dépressive résiduelle. En revanche, depuis la reprise d'une activité professionnelle par l'assurée, l'avis de l'experte différait de celui du psychiatre traitant : à partir de ce moment, le trouble psychique paraissait stabilisé et la symptomatologie anxieuse résiduelle, d'une faible intensité, n'avait plus influencé la capacité de travail, si ce n'est à raison d'une baisse de rendement de 20%.

21. Par courrier du 2 décembre 2012, l'assurée s'est plainte de ce que l'expertise conduite par la Dresse K_____ avait été très éprouvante : l'experte avait été rigide et peu empathique ; l'assurée s'était sentie mal jugée et maltraitée (l'experte avait émis des jugements négatifs sur sa personne, sa façon de vivre et sa maladie). L'assurée avait eu le sentiment que l'appréhension de sa situation par l'experte était superficielle, lacunaire et expéditive.
22. Dans un rapport du 15 janvier 2013, le Dr L_____, du SMR, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel en rémission, de fracture de la cheville gauche et de syndrome de Sjögren.

Il a relevé que, sur le plan ostéo-articulaire, les Drs D_____ et F_____ attestaient d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

S'agissant du syndrome de Sjögren, le Dr E_____ attestait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Sur le plan psychiatrique, le Dr J_____ retenait une limitation de la capacité de travail de 50%, sans que son rapport du 22 février 2012 ou son courrier du 4 juin 2012 ne permettent d'en comprendre les raisons.

Pour sa part, la Dresse K_____ avait retenu une capacité de travail de 50% du 1^{er} janvier au 31 juillet 2012 et de 100% dès le 1^{er} août 2012.

Le médecin du SMR, se rangeant aux conclusions de cette dernière, a conclu à une capacité à exercer l'activité habituelle de 0% depuis le 22 août 2010 mais à une capacité totalement préservée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles physiques et psychiques, avec une diminution de rendement de 20%.

23. Le 19 avril 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui octroyer un trois quart de rente dès le 1^{er} août 2011 (degré d'invalidité de 60%, soit 52% dans la sphère professionnelle et 8% dans la sphère ménagère), diminué à un quart de rente dès le 1^{er} novembre 2012 (degré d'invalidité de 35% dans la sphère professionnelle et de 8% dans la sphère ménagère).
24. Le 17 mai 2013, l'assurée s'est opposée à ce projet en contestant que son état de santé se soit amélioré en août 2012.
25. Le 9 juillet 2013, l'assurée a complété son opposition au projet en alléguant que son degré d'invalidité était sous-estimé, qu'en aucun cas son état de santé ne s'était amélioré en août 2012, que si la chimiothérapie suivie en été 2012 avait amélioré son état, elle n'était pas pour autant guérie, que ce traitement avait un effet temporaire, de sorte que sa situation était désormais identique à ce qu'elle avait été avant le traitement, qu'elle traversait un nouvel épisode dépressif – qui l'avait conduite à renoncer à un second enfant, à envisager une nouvelle chimiothérapie et à reprendre son traitement antidépresseur, interrompu quelques semaines auparavant – et que sa cheville la faisait toujours autant souffrir. Elle poursuivait malgré tout son activité professionnelle, mais cela lui demandait un effort considérable.
26. Par décision du 17 juillet 2013, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à un trois-quarts de rente dès le 1^{er} août 2011, diminué à un quart de rente dès le 1^{er} novembre 2012.

L'OAI a admis une capacité de travail considérablement restreinte depuis le 22 août 2010, début du délai d'attente d'une année.

Il a considéré que, sans atteinte à sa santé, l'assurée aurait continué à exercer son activité d'infirmière à 80% et, se référant à l'enquête ménagère du 11 janvier 2012, a admis un empêchement dans la tenue du ménage de 38%, correspondant à un degré d'invalidité de 8% (38% de 20%).

Quant à la sphère professionnelle, l'OAI s'est référé à l'avis de son service médical, selon lequel rien n'empêchait l'assurée d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à mi-temps de janvier à juillet 2012 et à plein temps depuis le 1^{er} août 2012.

S'agissant de la période antérieure à août 2012, l'OAI a comparé le revenu qu'aurait pu réaliser l'assurée dans son ancienne activité à 80% (CHF 80'593.-) à celui qu'elle aurait pu obtenir malgré l'atteinte à sa santé (CHF 28'408.-), en tenant compte d'une diminution de rendement de 20%, ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 52% dans la sphère professionnelle (65% de 80%), soit un degré d'invalidité global de 60% (52% + 8%), ouvrant droit à un trois-quarts de rente.

A compter d'août 2012, il a comparé le revenu qu'aurait pu réaliser l'assurée dans son ancienne activité d'infirmière à 80% (CHF 80'593.-) à celui qu'elle aurait pu obtenir malgré l'atteinte à la santé (CHF 45'452.-) en tenant compte d'une diminution de rendement de 20%, ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 35% dans la sphère professionnelle (44% de 80%) et à un degré d'invalidité globale de 43% (44% + 8%), ouvrant droit à un quart de rente à compter du 1^{er} novembre 2012, soit à l'issue d'une période de trois mois après l'amélioration de l'état de santé retenue.

Enfin, l'OAI a considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées puisque les compétences professionnelles de l'assurée étaient transposables dans toutes sortes d'activités adaptées à ses limitations fonctionnelles et immédiatement accessibles, sans qu'une formation soit nécessaire. En outre, l'activité lucrative reprise en août 2012 était parfaitement adaptée.

27. Le 22 juillet 2013, le Dr E_____ s'est déclaré surpris des conclusions de l'OAI et a demandé qu'il soit permis à sa patiente de conserver un taux d'activité qui ne soit pas supérieur à 50%.
28. Par courrier du 27 août 2013, le Dr E_____ a rappelé que sa patiente souffrait d'un syndrome de Sjögren, avec polyarthralgies symétriques, xérophtalmie, d'un status après cure de Rituximab, d'une stéatose hépatique, d'une obésité sévère et d'une hypertension artérielle. Il a exposé que les traitements du syndrome de Sjögren étaient restés sans effet, à l'exception des cures précitées, qui n'avaient permis qu'une amélioration transitoire et modérée. Désormais, sa patiente souffrait de polyarthralgies symétriques et invalidantes, avec des répercussions importantes sur les actes de la vie quotidienne. Le contrôle des douleurs était difficile. Dans ce contexte, il estimait qu'elle devait pouvoir bénéficier d'une demi-rente d'invalidité, lui permettant de maintenir son activité professionnelle dans la mesure de ses moyens.
29. Par écriture du 13 septembre 2013, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant préalablement à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire et, principalement, à l'octroi d'un trois-quarts de rente à compter du 1^{er} août 2011, sous suite de frais et dépens.

La recourante reproche à la décision querellée d'être arbitraire en tant qu'elle la met au bénéfice d'un trois-quarts de rente dès le 1^{er} août 2011 et d'un quart de rente dès le 1^{er} novembre 2012.

Elle conteste que son état de santé se soit amélioré à partir du 1^{er} août 2012 et relève que l'expertise de la Dresse K_____ ne fait d'ailleurs état que d'une stabilisation, non d'une amélioration de son état de santé. Elle ajoute que toute amélioration est contredite par les rapports du Dr E_____ et de M. H_____.

Enfin, elle allègue que l'intimé ne pouvait réduire sa rente en considérant qu'elle travaillait à 80%.

30. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 10 octobre 2013, a conclu au rejet du recours.

L'intimé relève que les rapports du SMR, du Dr D_____ et du Dr F_____ concordent en tant qu'ils confirment que, sur le plan ostéo-articulaire, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée est exigible.

Il considère que, sur le plan psychiatrique, l'expertise de la Dresse K_____, qui conclut à une capacité de travail de 50% dès janvier 2012 et de 100% dès août 2012, doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

Quant au syndrome de Sjögren, il allègue que les rapports du Dr E_____ ne peuvent se voir reconnaître valeur probante puisque, lors de l'instruction du dossier, ce médecin a reconnu une capacité de travail entière, avant de changer d'avis, après l'annonce de la décision.

31. Dans ses observations du 9 décembre 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions en contestant la valeur probante de l'expertise de la Dresse K_____, dont elle relève qu'elle ne porte que sur le plan psychiatrique.
32. Une audience d'enquête s'est tenue en date du 13 mars 2014, au cours de laquelle a été entendu le Dr E_____.

Ce dernier a expliqué suivre la recourante depuis 2004.

Le témoin a allégué n'avoir pas souvenir d'avoir été contacté par téléphone par le SMR.

Il a confirmé les diagnostics mentionnés dans son courrier du 27 août 2013 et expliqué que le syndrome de Sjögren est une maladie auto-immune qui touche les glandes, mais qui s'accompagne surtout d'une atteinte poly-articulaire, souvent invalidante (mobilité réduite et douleurs omniprésentes, contre lesquelles les antalgiques sont moyennement efficaces).

Le témoin a relaté avoir assisté, depuis 2004, à une progression de la maladie (augmentation des douleurs et du nombre d'articulations touchées), ce qui l'a conduit à mettre en place des traitements spécifiques, qui, malheureusement, ont été soit mal tolérés, soit inefficaces. Courant 2012, la recourante a pu bénéficier d'un traitement par anticorps monoclonaux qui a amené une amélioration transitoire (six mois) et très modérée (diminution des antalgiques, mais pas d'amélioration spectaculaire de la mobilité), étant précisé que ce traitement s'administre par perfusions intervenant à plusieurs mois d'intervalle. Les premières cures ont été les

plus efficaces : leur effet est allé en s'amointrissant. Elles n'avaient pour but que d'éviter la progression de la maladie, une guérison n'étant qu'extrêmement rare. Les atteintes déjà installées sont souvent irréversibles.

L'atteinte se traduit par une fatigabilité accrue, une difficulté à maintenir une activité régulière, une incapacité à rester debout longtemps et une mobilité réduite.

Le témoin a souligné avoir été frappé par le souhait de la recourante de continuer à travailler et a allégué que la capacité de 50% évoquée semble déjà bien au-delà de ses capacités.

Quant à l'amélioration transitoire et modérée évoquée plus tôt, le Dr E_____ l'a évaluée à une augmentation de la capacité de travail de 5 à 10%, durant environ six mois.

Le témoin a émis l'avis qu'au vu du contexte et des comorbidités, exercer à 50% l'activité d'infirmière était déjà beaucoup pour la recourante. La capacité de travail dans une activité qui respecterait les limitations fonctionnelles énoncées équivaldrait à un « vrai » 50%. Qu'il s'agisse d'une activité sédentaire ou non, la fatigabilité demeure, car les douleurs sont pour partie indépendantes de la mobilité, même si majorées par celle-ci.

33. Entendu à son tour, le Dr J_____ a indiqué suivre la recourante depuis juillet 2011. Il avait alors diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, dont le degré de gravité était alors modéré à sévère, ainsi qu'un syndrome somatique.

L'évolution avait été favorable, grâce au suivi régulier, mais aussi parce que la recourante avait pu trouver une adéquation avec son taux de travail, qui correspondait à ses possibilités. Cela lui permettait de rester intégrée dans la vie active et économique, ce qui était très important pour elle. Cette capacité résiduelle de travail lui permettait de se préserver, tant sur le plan psychique que physique. Elle était évaluée à 50% depuis environ une année, en conformité avec le rapport qu'il avait établi.

La recourante attendait un second enfant et sa situation avait donc évolué favorablement. Cela étant, cette grossesse était postérieure à la stabilisation de son état. Si l'état dépressif était resté le même qu'au départ, ou si l'on avait obligé la recourante à travailler à plein temps, l'expérience de cette grossesse n'aurait pu se concrétiser. Au début de la grossesse, un arrêt des médicaments avait été tenté, mais cela s'était traduit par une émergence rapide des symptômes dépressifs, ce qui démontrait que la recourante restait vulnérable au stress.

Le diagnostic de trouble dépressif récurrent était explicite : la recourante était exposée à un risque accru de développer un nouvel épisode face à de nouvelles difficultés. La reconnaissance de son statut et l'assurance de conserver son confort professionnel et financier pouvait constituer un facteur de protection et améliorer sa qualité de vie.

34. Entendu à son tour, M. H_____ a exposé avoir suivi la recourante une première fois de mars à septembre 2011, pour son problème de cheville. A l'époque, elle souffrait d'une algodystrophie et sa mobilité était très réduite. Celle-ci s'était améliorée en ce sens que la patiente avait pu marcher plus facilement, mais pas de manière prolongée.

Le témoin a expliqué avoir conclu à un échec thérapeutique dans son courrier du 22 septembre 2011, parce qu'il avait estimé que l'état dans lequel la recourante était arrivée à lui était manifestement un échec, vu les mois qui s'étaient écoulés depuis l'accident survenu durant l'été 2010, l'opération pratiquée et les vingt-sept séances de physiothérapie déjà subies.

A la fin du traitement, persistaient des douleurs et une perte de la mobilité. L'état final de la recourante était encore améliorable, mais sur un laps de temps prolongé. Il ne faisait aucun doute qu'elle ne pourrait récupérer totalement et qu'il persisterait des séquelles. D'ailleurs, lorsqu'il avait revu la recourante, deux mois avant l'audience, pour des problèmes d'épaule, il avait eu l'occasion de constater que sa cheville n'avait pas retrouvé sa pleine mobilité.

35. Entendue en comparution personnelle, la recourante a allégué que, depuis son accident, sa cheville est omniprésente, en ce sens qu'elle ne se laisse pas oublier, dès le premier contact au sol, le matin. En général, les douleurs sont sourdes et assez gérables mais entraînent une fatigue au fil de la journée. Parfois, se manifestent des douleurs aiguës. Elle doit à tout prix éviter les sols irréguliers.

Elle a expliqué avoir pu aménager son poste de travail de façon optimale et pouvoir alterner les positions au cours de la demi-journée. La douleur est plus ou moins présente selon la charge de travail et la nécessité de se déplacer ou non dans l'école, ou encore de s'accroupir à la hauteur des élèves. Si la charge est trop élevée, cela se traduit en fin de demi-journée par une boiterie. Les demi-journées de libres et les vacances scolaires lui permettent de récupérer.

36. Interrogé par la Cour de céans, le Dr D_____ a répondu le 8 avril 2014.

Ce médecin a expliqué avoir suivi la recourante du 3 septembre 2010 au 21 juin 2012 et n'avoir aucune connaissance de sa situation actuelle et de son évolution depuis 2012. A l'époque, elle se plaignait de douleurs à l'effort au niveau de la cheville et d'une tuméfaction chronique résiduelle. Elle n'avait pas encore repris le travail, mais il était question d'une reprise à 40%, comme assistante médicale, dès septembre 2012. Compte tenu de la nature de la blessure, un pronostic était très difficile à établir, ce d'autant plus qu'il n'avait pas revu la recourante depuis.

37. Par écriture du 14 mai 2014, la recourante a pris note que le Dr D_____ ne pouvait se prononcer sur sa situation médicale actuelle.

38. Quant à l'intimé, il s'est déterminé le 19 mai 2014, persistant dans ses conclusions.

S'appuyant sur un avis du SMR du 5 mai 2014, il a considéré que ni les audiences d'enquêtes, ni le courrier du 8 avril 2014 du Dr D_____ n'apportaient d'éléments pertinents susceptibles de l'amener à revoir son appréciation du cas.

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 1er 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. 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).

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, 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^{er} 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 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. 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 (art. 56ss et 38 al. 1 et 4 let. b LPGA).
5. Le litige porte sur la question du degré d'invalidité à reconnaître à la recourante.
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 (art. 7 LPGA). (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).

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

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

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. 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). 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 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

8. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI, ainsi que les art. 16 LPGGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA) ; on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a ; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

9. a) 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).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, 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.

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).

b) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (ATF 129 V 463 consid. 4.2 ; ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

10. 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). 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).
11. En l'espèce, l'intimé considère que, sans atteinte à sa santé, la recourante aurait exercé son activité professionnelle à 80%, consacrant le reste de son temps - soit 20% - à la tenue de son ménage. Il se fonde pour cela sur le taux d'activité contractuel de la recourante avant l'atteinte à sa santé et sur ses déclarations lors de l'enquête ménagère.

Compte tenu des éléments qui figurent au dossier, il est établi que la recourante a travaillé par choix à 80% en qualité d'infirmière et qu'elle aurait continué à ce taux si son état de santé le lui avait permis. Le statut mixte qui lui a été reconnu par l'intimé doit par conséquent être confirmé à raison de 80% pour l'activité professionnelle et de 20% pour la tenue du ménage. Au demeurant, ni ce statut, ni les constatations et conclusions de l'enquête économique sur le ménage ne sont contestés.

Reste à examiner l'éventuel droit aux prestations de la recourante jusqu'au 31 décembre 2011, du 1^{er} janvier au 31 juillet 2012 et dès le 1^{er} août 2012, à la lumière de son degré d'invalidité compte tenu des rapports médicaux figurant au dossier.

12. Comme indiqué précédemment, lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG)

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

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). 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). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalide, 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'invalide 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).

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).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

-
13. En l'espèce, l'intimé admet que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité d'août 2010 au moins à décembre 2011, ce qui ouvrait droit, selon lui, à un trois-quarts de rente dès le 1^{er} août 2011, soit à l'issue du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI.

Les rapports médicaux figurant au dossier confirment l'incapacité totale de travailler de la recourante depuis le mois d'août 2010 jusqu'au 31 décembre 2011, ce que la recourante ne conteste pas.

Cela étant, l'octroi à la recourante d'un trois-quarts de rente pour la période du 1^{er} août au 31 décembre 2011 est erroné. En effet, il convient de rappeler qu'a été reconnu à l'assurée un statut mixte, puisqu'elle travaillait à 80% avant l'atteinte à sa santé. Dans la mesure où son incapacité de travailler était totale dans toute activité, son degré d'invalidité se confondait alors avec son taux d'incapacité de travail et s'élevait par conséquent à 80%. A ce degré d'invalidité de 80% dans la sphère professionnelle s'ajoutait un empêchement de 8% dans la tenue du ménage, conduisant à un degré d'invalidité global de 88% durant cette période, ce qui, à teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, ouvrait droit à une rente entière d'invalidité.

C'est par conséquent une rente entière d'invalidité qui aurait dû être versée à la recourante du 1^{er} août 2011 au 31 décembre 2011. Sur ce point, il y a lieu de modifier la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il procède au calcul des prestations dues.

Reste à déterminer si l'état de la recourante s'est amélioré à compter du 1^{er} janvier 2012, puis du 1^{er} août 2012, et, cas échéant, si ces améliorations ont eu une influence sur le droit aux prestations.

14. C'est le lieu de rappeler que, 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'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

15. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi

objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les

écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

17. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA

2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

18. En l'espèce, l'intimé estime que l'état de santé de la recourante s'est amélioré en 2012 et conclut à un degré d'invalidité de 60% dès le 1er janvier 2012 et de 43% dès le 1er août 2012, ouvrant droit respectivement à un trois-quarts de rente et à un quart de rente. Il se fonde sur les avis des médecins du SMR, eux-mêmes basés sur les rapports des Drs D_____, J_____ et F_____ et sur l'expertise de la Dresse K_____.

La recourante conteste quant à elle toute amélioration de son état de santé en août 2012 et invoque à l'appui de sa position les rapports des Drs D_____, E_____ et J_____ et leurs observations quant au caractère invalidant de sa cheville droite, du syndrome de Sjögren et de son état psychique. Elle ne conteste en revanche pas une amélioration de son état de santé à compter du 1er janvier 2012.

En l'état du dossier, une amélioration de l'état de santé de la recourante apparaît plausible, notamment sous l'aspect psychique, aux dates retenues par l'intimé. Toutefois, trop d'incertitudes demeurent pour que telle amélioration, justifiant une diminution de rente, puisse être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante. A l'inverse, rien ne permet d'admettre, contrairement à ce que soutient la recourante, que son état de santé ne s'est pas modifié.

En effet, il apparaît qu'en dehors du Dr E_____, médecin traitant de la recourante, aucun médecin n'a véritablement abordé les conséquences concrètes du syndrome de Sjögren sur sa capacité de travail.

En ce qui concerne la cheville de la recourante, si une évolution favorable peut être incontestablement déduite des rapports des Drs D_____ et F_____, aucun élément récent ne permet de savoir si cette atteinte influence la capacité de travail de l'assurée et dans quelle mesure. Cela est d'autant plus vrai que l'analyse du cas par le Dr F_____ est intervenue avant une complète stabilisation de l'état de la cheville blessée.

S'ajoute à cela que les éléments permettant à l'intimé de parvenir à la conclusion que l'état de santé de la recourante s'est amélioré dans son ensemble à compter du mois d'août 2012 sont minces. En effet, si cette amélioration générale ne peut être exclue, le simple fait que la recourante ait évoqué une diminution des symptômes, semble-t-il temporaire, du syndrome de Sjögren lors de l'expertise de la Dresse K_____ ne saurait suffire, au regard de la jurisprudence, à tenir cette amélioration pour vraisemblable, sans une instruction plus poussée.

Par ailleurs, il est admis et non contesté que les atteintes à la santé de la recourante sont de nature ostéo-articulaire, immunologique et psychiatrique. Les différents médecins consultés individuellement dans le cadre de l'instruction évoquent à plusieurs reprises d'éventuels liens entre ces différentes atteintes, à tout le moins entre certaines d'entre elles. Si chaque atteinte prise séparément peut sembler légère, leur accumulation et leurs influences mutuelles peuvent engendrer des limitations fonctionnelles plus importantes et limiter la capacité de travail. Or, aucune expertise pluridisciplinaire n'a été ordonnée par l'intimé, de sorte que l'on ignore si les atteintes précitées sont liées et dans quelle mesure elles influencent la capacité de travail de la recourante.

Par conséquent, il apparaît impossible, en l'état du dossier de confirmer les améliorations survenues et, surtout, leurs conséquences en termes de capacité de gain depuis le 1^{er} janvier 2012.

Une instruction complémentaire s'avère nécessaire afin de déterminer plus précisément comment ont évolué l'état de santé de la recourante, ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail dans son activité habituelle, dans son activité d'infirmière scolaire et dans toute activité adaptée à son état de santé depuis le 1^{er} janvier 2012. Pour ce faire, il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire couvrant les volets ostéo-articulaire (cheville), immunologique (syndrome de Sjögren) et psychiatrique, puis de rendre une nouvelle décision fixant le degré d'invalidité de la recourante à compter du 1^{er} janvier 2012, se prononçant sur son droit éventuel à une rente et sur l'opportunité de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel.

Ce faisant, l'intimé tiendra compte, dans le calcul du revenu avec invalidité, du fait qu'à compter du mois d'août 2012, la recourante a trouvé un emploi d'infirmière scolaire. Dès lors, il conviendra de se référer, pour la période ultérieure, au revenu qu'elle réalise effectivement - et non aux statistiques -, pour autant que l'intimé parvienne à la conclusion que la recourante exploite pleinement sa capacité résiduelle de travail.

19. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement, la décision du 17 juillet 2013 annulée. Il est constaté que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} août 2011. Pour le reste, la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants s'agissant de la période débutant le 1^{er} janvier 2012.
20. Le recourant qui obtient gain de cause se voit accorder une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [E 5 10 – LPA]).

Lorsque la cause est renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, la partie qui a formé recours est réputée avoir obtenu gain de

cause (Arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6082/2013 du 16 avril 2014 consid. 6 ; ATF 132 V 215 consid. 6.2).

A teneur de l'art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA ; RS E 5 10.03), la juridiction peut allouer à une partie pour les frais indispensables occasionnés par la procédure, y compris les honoraires éventuels d'un mandataire, une indemnité de CHF 200.- à CHF 10'000.-.

En l'occurrence, cette indemnité sera fixée à CHF 3'000.-.

21. Pour le surplus, étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante 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 du 17 juillet 2013.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2011.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues depuis le 1^{er} août 2011.
6. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants s'agissant de la période débutant le 1^{er} janvier 2012.
7. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et 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