

GE_GERICHTE A/2109/2016 vom 12. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2109_2016

FR: GE_GERICHTE A/2109/2016 du 12 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/2109/2016 del 12 dicembre 2016

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Carouge, représentée par ASSUAS - Association suisse des assurés recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Pendant 19 ans, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1962 et de langue maternelle vietnamienne, a travaillé dans l'entreprise B_____ en qualité de conductrice de machines à étiqueter. A cause d'une incompatibilité avec sa nouvelle supérieure hiérarchique, elle a démissionné avec effet immédiat le 26 février 2013.![endif]>![if> 2. Elle s'est inscrite à l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) le 27 février 2013.![endif]>![if> 3. Au début du mois d'avril 2013, l'assurée a souffert de douleurs lombaires basses irradiant sur le territoire L5 gauche, associées à des fourmillements en distalité du territoire L5. Elle a consulté une première fois le service des urgences des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en date du 11 avril 2013.![endif]>![if> 4. Suite à une perte de force au pied gauche, l'assurée a consulté une nouvelle fois le service des urgences le 17 avril 2013 où une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombaire a été effectuée le lendemain. Celle-ci a mis en évidence une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane gauche, avec effet de masse sur le fourreau dural et sur la racine L5 gauche en récessal ainsi qu'une dessiccation discale L4-L5 et L5-S1.![endif]>![if> 5. Au vu de la corrélation clinico-radiologique et du status déficitaire, l'indication à une prise en charge neurochirurgicale en urgence a été posée et, le 18 avril 2013, l'assurée a été opérée par le docteur C_____, médecin agrégé auprès du service de neurochirurgie des HUG, lequel a pratiqué une séquestrectomie et une microdissectomie L4-L5 gauche. ![endif]>![if> Les suites de cette intervention ont été simples avec une récupération de la force au releveur du pied, mais avec la persistance de la parésie au releveur de l'hallux à gauche. En raison d'une insécurité à la marche, l'assurée a été hospitalisée aux HUG avant d'être transférée à la Clinique de Montana le 30 avril, où elle a séjourné jusqu'au 10 mai 2013, date de son retour à domicile. 6. Lors du contrôle post-opératoire du 25 juillet 2013, l'assurée a fait état d'une amélioration des sciatiques à gauche et de la force dans le pied. Elle s'est toutefois plainte de douleurs lombaires persistantes, avec une difficulté à rester assise longtemps. ![endif]>![if> 7. Le 26 octobre 2013, l'assurée a ressenti une perte de force et de sensibilité relativement brutale des doigts de la main gauche. Le lendemain matin, la parésie englobait l'ensemble du membre supérieur gauche, sans aucune douleur que ce soit au niveau des cervicales, du plexus ou du bras gauche. ![endif]>![if> 8. Elle s'est immédiatement rendue au service des urgences des HUG où une IRM cérébrale n'a pas objectivé de lésion ischémique. Selon les notes de consultation du 27 octobre 2013, les diagnostics différentiels (DD) retenus par les médecins étaient les suivants : lésion partielle du nerf radial gauche avec bloc de conduction et surcharge émotionnelle expliquant l'extension aux autres troncs nerveux et

atteinte plexique (immunitaire, néoplastie, infectieuse-inflammatoire, ...). Une atteinte radiculaire était peu probable car cela aurait touché les quatre racines C5-D1. 9. L'IRM cervicale et du plexus brachial effectuée le 30 octobre 2013 à la demande du service des urgences a illustré des discopathies dégénératives modérées C4-C5 à C6-C7 sans évidence d'une hernie discale, de conflit disco-radiculaire, de sténose foraminale serrée ou de canal cervical étroit. Quant aux données de l'IRM du plexus, elles étaient sans anomalie notable. Il n'y avait en particulier pas d'argument en faveur d'un processus expansif ou d'une atteinte plexulaire d'origine tumorale, infectieuse ou inflammatoire. Il n'y avait pas non plus d'argument radiologique en faveur d'une amyotrophie de la ceinture scapulaire, notamment à gauche. 10. Le service des urgences a adressé l'assurée au docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, lequel l'a examinée le 5 novembre 2013. Selon son rapport du 7 novembre 2013, le status neurologique montrait uniquement la présence de signes d'une atteinte subjective, sans mise en évidence d'un déficit sensitif ou moteur. L'ENG était rassurant et révélait la présence d'une atteinte sensitive et myélinique modérée des nerfs médicaux au carpe, par ailleurs asymptomatique. L'étiologique de la perte de force et de sensibilité restait d'origine indéterminée, avec toutefois l'exclusion d'une origine centrale ou périphérique. 11. Le 14 novembre 2013, l'assurée a déposé, auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), une demande de prestations d'invalidité en raison de douleurs persistantes aux lombaires et au bras gauche, avec perte de sensibilité à la main gauche. 12. A teneur du rapport adressé à l'OAI le 16 décembre 2013 par le docteur E_____, généraliste FMH et médecin traitant, l'assurée souffrait des atteintes suivantes : status après cure de hernie discale L4-L5 gauche en urgence le 19 avril 2013 pour une lombosciatalgie déficitaire, parésie résiduelle du releveur du pied gauche et du gros orteil gauche, lombosciatalgies gauches persistantes et périarthrite de la hanche droite (avec effet sur la capacité de travail) ainsi que parésie transitoire au membre supérieur gauche en octobre 2013 d'origine inconnue (sans effet sur la capacité de travail). En raison de ces atteintes, l'assurée était incapable de travailler dans son activité habituelle, la position assise prolongée entraînant des lombosciatalgies gauches. Le pronostic était réservé. 13. Dans son rapport destiné à l'OAI, daté du 30 janvier 2014, le Dr D_____ a posé le diagnostic de troubles sensitivomoteurs du membre supérieur gauche d'étiologie indéterminée, avec des répercussions sur la capacité de travail. Le pronostic était bon du point de vue neurologique, avec l'absence d'une atteinte organique, ce qui devait a priori permettre une récupération totale des symptômes. Cela étant, en fonction de l'évolution, il y avait lieu d'exclure l'existence de troubles somatoformes. Pour le surplus, le Dr D_____ ne pouvait pas répondre aux autres questions, dès lors qu'il n'avait vu l'assurée qu'à une reprise. 14. En raison de douleurs de la tête des quatrième et cinquième métatarsiens, des radiographies du pied droit ont été effectuées le 9 mai 2014 et se sont avérées dans les limites de la norme. 15. Le 26 mai 2014, les radiographies précitées ont été complétées par une IRM de la cheville droite, laquelle a mis en évidence une probable arthropathie cunéo-métatarsienne du deuxième rayon, discrètement oedémateuse. 16. A teneur du rapport intermédiaire des 28 mai et 2 juin 2014 du Dr E_____, il y avait eu du changement dans les diagnostics avec l'apparition de l'arthropathie précitée, entraînant des douleurs à la marche depuis mai 2014. 17. Une IRM lombaire, effectuée le 2 septembre 2014, a illustré une discopathie dégénérative L4-L5 avec un débord discal prédominant légèrement en postéro-latéral et foraminal gauche ainsi qu'un status post-opératoire à l'étage L5-S1, sans complication

évidente. 18. Le 18 septembre 2014, l'assurée a une nouvelle fois été vue par le Dr C_____, lequel a rappelé les diagnostics de status post-dissectomie L4-L5 gauche pour sciatique déficitaire en avril 2013, lombagos persistants sur trouble dégénératif, en l'absence de signe de récurrence de la hernie discale et douleurs plantaires d'origine indéterminée. Il ne préconisait aucune prise en charge neurochirurgicale et adressait l'assurée à deux confrères des HUG, le docteur F_____, orthopédiste, pour la prise en charge des douleurs plantaires, et le docteur G_____, rhumatologue, pour la prise en charge des douleurs lombaires résiduelles sur trouble dégénératif. 19. Par courrier du 11 novembre 2014, le Dr E_____ a résumé l'évolution de l'état de santé de l'assurée, expliquant que des lombalgies en barre lors des positions assise ou debout prolongées et des douleurs du pied droit à la marche persistaient. En revanche, sa patiente avait bien récupéré des déficits moteurs et de sa périarthrite, laquelle avait bien évolué. 20. L'assurée a été examinée par les médecins du service de rhumatologie en date du 12 novembre 2014. Selon le rapport y consécutif, le diagnostic principal était celui de lombosciatalgie gauche chronique d'origine multifactorielle avec probable dysfonction et déconditionnement musculaire et status post dissectomie L4-L5 gauche pour sciatique déficitaire en avril 2013 (persistance d'un déficit du releveur du gros orteil gauche), le diagnostic secondaire étant celui de douleurs plantaires bilatérales prédominant à droite sur possible fasciite plantaire. L'assurée se plaignait de lombalgies constantes, aggravées en position debout ou lors de la marche, mais également présentes en position assise, irradiant à la face postéro-latérale des hanches des deux côtés. Lesdites douleurs étaient évaluées à 7/10 et avaient des conséquences notamment sur la vie quotidienne de l'assurée et sur le plan psychosocial. L'assurée se plaignait également de nausées et céphalées depuis quelques mois, associées à un probable état dépressif non verbalisé, étant précisé dans ce contexte que le score de l'autoévaluation faisait état d'une dépression discrète voire douteuse. Cliniquement, il n'y avait pas d'éléments en faveur d'une périarthrite de la hanche ni pour une pathologie pour la hanche ou un syndrome radiculaire. Pour le problème du rétrécissement récessal mis en évidence lors de l'IRM du mois de septembre 2014, les médecins du service de rhumatologie proposaient la participation au programme ambulatoire de rééducation du dos. 21. A teneur d'un courrier du Dr F_____ du 20 janvier 2015, l'assurée souffrait de douleurs situées sur toute la voûte plantaire droite, sans localisation particulière, ce qui ne permettait pas de pointer un diagnostic précis. Elle présentait également un pied plat avec un effondrement progressif entraînant une surcharge des structures internes et éventuellement du fléchisseur de l'hallux. Dans ce contexte, le Dr F_____ avait remis à l'assurée une ordonnance pour des supports plantaires, aucune autre option orthopédique ou chirurgicale ne pouvant être proposée. 22. L'OAI a sollicité son service médical régional (ci-après : SMR) pour procéder à un examen rhumatologique, lequel a été réalisé le 9 septembre 2015 par le docteur H_____, spécialiste FMH médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie. Selon son rapport daté du 30 septembre 2015, l'assurée se plaignait d'avoir de la peine à rester assise plus de 15 minutes. La marche la soulageait un peu et elle marchait ainsi deux à trois heures par jour dans la forêt, ce qui lui permettait notamment de dormir la nuit. Au réveil, elle ressentait des douleurs au dos pendant environ 15 minutes. Elle souffrait également de pieds plats étant précisé que les supports plantaires prescrits par le Dr F_____ avaient amélioré les douleurs de 20 à 30%. En raison de ces atteintes, l'assurée estimait ne plus être en mesure de travailler étant donné, qu'en tant qu'ouvrière, elle ne pouvait plus porter des poids au-delà de 2 kg. Elle se considérait

comme étant « foutue ». Après avoir examiné l'assurée, le Dr H_____ a retenu les diagnostics suivants : lombalgies de type mécanique, persistantes après la cure de hernie discale, dans un contexte de protrusions discales et troubles dégénératifs postérieurs étagés (M54.5) (avec répercussion sur la capacité de travail) et pieds plats bilatéraux, composante d'une aponévrosité plantaire (sans répercussion sur la capacité de travail). Il n'avait en revanche constaté aucun des triggers points de la fibromyalgie. Ces atteintes entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes au niveau du rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude en porte-à-faux prolongée, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, occasionnel au-delà de 10 kg, au vu de la stature de l'assurée. Compte tenu des éléments cliniques objectivables, la position assise prolongée au-delà d'une heure ou debout au-delà de 30 minutes était à proscrire. Le Dr H_____ avait également constaté diverses discordances entre la gestuelle de la recourante et ses plaintes. Ainsi, quand bien même elle mentionnait une diminution de la force lors de l'extension de la cheville gauche, l'assurée était capable de se promener tous les jours entre deux et trois heures sans porter la moindre attelle anti-step ni utiliser des cannes. Lorsqu'elle s'adressait à l'interprète pour décrire ses problèmes de dos, la recourante effectuait fréquemment des mouvements de flexion et de rotation du rachis, rapides et sans éprouver le moindre inconfort alors que, de manière peu cohérente avec cette gestuelle, les transferts couché-assis étaient ralentis. Le Dr H_____ a également considéré que les protrusions discales aux deux derniers étages lombaires et les troubles dégénératifs postérieurs étagés n'expliquaient que partiellement les symptômes annoncés. Compte tenu de toutes ses constatations, le Dr H_____ a considéré que l'assurée était capable de travailler à 50% dans son activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée et ce, depuis le 18 septembre 2014. 23. Le 10 novembre 2015, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité qu'il a fixé à 15,24%, étant précisé que le revenu sans invalidité s'élevait à CHF 55'514.- et le revenu avec invalidité était de CHF 47'054, après un abattement de 10%.! [endif]>! [if]> 24. Le 26 novembre 2015, se fondant sur ce calcul, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision la mettant au bénéfice d'une rente entière limitée dans le temps, pour la période du 1 er mai au 30 novembre 2014.! [endif]>! [if]> 25. Sous la plume de son Conseil, l'assurée a contesté le projet précité par courriers des 16 décembre 2015 et 29 janvier 2016, relevant qu'en raison des douleurs au membre inférieur gauche, impossibles à soulager, elle ne pouvait exercer ni son activité habituelle ni une activité adaptée. En outre, en l'absence d'un bilan psychiatrique ou psychologique – le Dr E_____ n'ayant notamment pas été en mesure de suggérer le nom d'un psychiatre parlant vietnamien –, le dossier n'était pas suffisamment instruit. Enfin, elle avait été déclarée inapte au placement par le médecin de l'OCE, ce qui était en contradiction avec les conclusions de l'OAI. Enfin, elle restait dans l'attente des rapports demandés à ses médecins et se réservait le droit de les produire dès réception.! [endif]>! [if]> En annexe aux observations figurait un rapport du 31 mars 2015, dans lequel le Dr F_____ a relevé que l'assurée avait bénéficié de supports plantaires qui, après plusieurs modifications, avaient nettement amélioré les douleurs plantaires. L'assurée présentait désormais des douleurs partant de la partie distale du gros orteil et s'étendant sur la partie dorsale du pied, de la cheville et de la jambe. Ces douleurs étaient totalement aspécifiques et le médecin précité n'avait aucun traitement à proposer. 26. Par décision du 7 mars 2016, adressée à l'assurée à son adresse personnelle, l'OAI a confirmé son projet de décision du 26 novembre 2015.! [endif]>! [if]> 27. Par courrier du 22 avril 2016, ne figurant pas au dossier remis par l'OAI, l'assurée a transmis à l'OAI les documents médicaux mentionnés dans son courrier

du 29 janvier 2016 :![endif]>![if> - un rapport du Dr C_____ du 16 février 2016, dont il ressort que l'assurée présentait un lumbago persistant sur des troubles dégénératifs de la colonne, en l'absence de signes de récurrence de la hernie discale. Les douleurs lombaires étaient telles qu'elles limitaient l'assurée dans sa vie quotidienne, l'empêchant de rester assise. D'ailleurs, elle avait effectué les entretiens des 10 et 12 février 2016 en position debout. Quand bien même l'assurée ne présentait pas de syndrome lombovertébral avec limitation de la flexion ou du « bending », elle grimaçait lorsque quelqu'un lui touchait le dos et gémissait de douleur lorsqu'elle s'asseyait. L'assurée était habituée à de l'activité physique soutenue et était possiblement sous-alimentée. Elle avait présenté des douleurs plantaires importantes, attribuées à une fasciite plantaire sur probable surentraînement, l'assurée ayant l'habitude de marcher plus de deux heures par jour jusqu'à récemment. Du point de vue neurochirurgical, la capacité de travail était entière. Cela étant, elle souffrait de lombalgies mécaniques importantes, ne répondant à aucun traitement. Il n'y avait pas d'éléments pour une pathologie de la hanche ou un syndrome radiculaire. Le programme de rééducation du dos n'avait pas porté ses fruits. La situation de l'assurée semblait plus complexe qu'une affection limitée au segment lombaire. En effet, elle vivait seule, avait peu de contact et avait de la peine à s'exprimer en français quand bien même elle comprenait cette langue. En raison de ses douleurs, d'un possible isolement social et d'une éventuelle sous-alimentation, la reprise d'une activité professionnelle soutenue dans son ancienne qualification paraissait difficile. Le Dr C_____ n'était en revanche pas en mesure de se prononcer sur la nature de l'activité adaptée envisageable. En conclusion, pour le médecin précité, l'assurée présentait des douleurs lombaires basses importantes, multifactorielles, dans un contexte social possiblement précaire et multidouloureux, avec des douleurs au niveau des deux membres supérieurs et de la plante des pieds, des deux côtés. L'assurée, qui sentait la situation devenir difficile à vivre, avait du mal à s'exprimer mais avait émis le souhait, à plusieurs reprises de vouloir consulter un psychologue ou un psychiatre parlant vietnamien. Le Dr C_____ recommandait ainsi la prise en charge multidisciplinaire continue à l'école du dos et un suivi par un psychologue ou un psychiatre parlant vietnamien.![endif]>![if> - Selon son rapport du 28 janvier 2016, le Dr E_____ suivait l'assurée en raison des suites de la hernie discale opérée et la voyait une fois par mois, en raison du renouvellement de son arrêt de travail. Le diagnostic était celui de status après cure de hernie discale L4-L5 gauche. L'évolution était marquée par la persistance de lombosciatalgies gauches, surtout en position assise prolongée. Par la suite, en septembre 2013, elle s'était plainte de douleurs à la hanche droite, probablement en rapport avec une périarthrite de la hanche suite à une surcharge sur le membre inférieur droit à la marche. En octobre 2013, elle avait subitement présenté une parésie transitoire du membre supérieur gauche. Depuis mai 2014, elle faisait état de douleurs lombaires à droite à la marche, pour lesquelles des supports plantaires avaient été prescrits par le service de rhumatologie des HUG, ce qui avait permis une nette amélioration des douleurs. Sa patiente se plaignait désormais de douleurs spécifiques pour lesquelles les spécialistes n'avaient aucun traitement à proposer. La position assise prolongée entraînait des douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur gauche. En revanche, elle ne semblait pas être gênée dans la marche, à l'exception des douleurs plantaires, lesquelles étaient toutefois soulagées par les supports. L'assurée était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle mais présentait une capacité de 50% dans une activité adaptée. Le Dr E_____ n'avait toutefois pas pu joindre sa patiente pour discuter de ce point. Enfin, le pronostic était réservé.![endif]>![if> 28. Le rapport du Dr F_____ du 31 mars 2015, transmis en annexe

aux observations du 29 janvier 2016, a été soumis au SMR qui a considéré, dans un avis du 17 mai 2016, qu'aucun élément médical objectif ne rendait plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée.![endif]>![if> 29. Le 20 mai 2016, l'OAI a, à nouveau, notifié la décision de rente limitée dans le temps, cette fois-ci au domicile élu de l'assurée.![endif]>![if> 30. Par mémoire non daté, mais muni du timbre de la poste du 23 juin 2016 et reçu par la chambre de céans le 24 juin 2016, l'assurée (ci-après : la recourante) a, sous la plume de son Conseil, interjeté recours contre la décision du 20 mai 2016, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision querellée et cela fait, à la condamnation de l'OAI à examiner le complément de recours du 22 avril 2016, subsidiairement à l'annulation de la décision querellée, et cela fait, à la constatation de son droit à des prestations d'assurance-invalidité pour une durée indéterminée.![endif]>![if> A l'appui de ses conclusions, la recourante a tout d'abord invoqué une violation de son droit d'être entendue en tant que l'OAI (ci-après : l'intimé) a statué, sans sommation et sans avoir reçu l'ensemble des rapports médicaux alors qu'il avait été informé que de tels documents avaient été demandés à ses médecins traitants. En outre, l'intimé avait méconnu les principes applicables en matière de notification, la décision lui ayant une première fois été adressée à son domicile alors qu'elle avait élu domicile auprès de son conseil. Sur le fond, la recourante a contesté l'octroi d'une rente limitée dans le temps, étant donné qu'elle ressentait toujours des douleurs invalidantes, comme cela avait d'ailleurs été attesté par les Drs C_____ et E_____. Ces douleurs entraînaient une incapacité totale de travailler dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée. Par ailleurs, elle ne voyait pas dans quelle activité elle pourrait travailler étant donné qu'elle ne pouvait pas rester en position assise à cause de ses douleurs lombaires irradiantes ni en position debout en raison de ses douleurs plantaires. 31. Le 24 juin 2016, la chambre de céans a reçu une attestation, non datée, mais remise à la poste la veille, signée par Monsieur I_____ et Madame J_____, lesquels attestaient avoir vu le conseil de l'assurée glisser dans une boîte aux lettres, le 22 juin 2016 vers 19h45, un pli avec pour destinataire la chambre de céans.![endif]>![if> 32. L'intimé a répondu par écriture du 26 juillet 2016, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'intimé considérait avoir rendu une décision en prenant en considération l'ensemble des pièces du dossier et notamment l'examen rhumatologique effectué par le Dr H_____ le 30 septembre, dont le rapport répondait à tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les pièces médicales produites en annexe au recours avaient été soumises au SMR, lequel s'était prononcé dans un avis du 13 juillet 2016, joint à la réponse, aux conclusions duquel l'office intimé se référait.![endif]>![if> Dans son avis du 13 juillet 2016, le SMR a relevé que le Dr C_____ avait considéré que la situation était réglée du point de vue de la hernie discale et qu'il n'y avait pas de syndrome lombo-vertébral malgré les plaintes importantes au niveau lombaire. Du point de vue neurochirurgical, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles ni de nécessité de traitement. La situation était très fortement influencée par des facteurs psycho-sociaux (l'assurée vivant seule, avec peu de contacts, difficultés de communication en français, statut social précaire, ...), facteurs ne pouvant être pris en considération par l'OAI. Quant au Dr E_____, il voyait la recourante une fois par mois, en raison du renouvellement de l'arrêt de travail, ce qui sous-entendait qu'il n'y avait pas de raison médicale aux consultations. Tant le rapport du Dr C_____ que celui du Dr E_____ confirmaient l'absence d'élément objectif pouvant expliquer les multiples plaintes de la recourante ou une modification de son état de santé depuis le 9 septembre 2015, date de l'examen par le Dr H_____. 33. Par écriture du 31

août 2016, la recourante a persisté dans ses précédentes conclusions, précisant que suite à la réception de son courrier du 22 avril 2016, l'OAI l'avait informée qu'une décision avait été rendue. Dans un tel contexte, il n'était pas possible que l'office précité ait pris en compte l'ensemble des pièces du dossier. L'avis du SMR du 26 juillet 2016 devait être pris avec circonspection étant donné qu'il ne reposait pas sur des observations cliniques mais sur des informations versées au dossier. Par ailleurs, le Dr C_____ considérait qu'elle n'était plus apte à exercer sa précédente activité sans toutefois être en mesure de lui conseiller un type d'activité adaptée. Quant au Dr E_____, il ne faisait pas que renouveler les arrêts de travail, mais avait également relevé que les douleurs plantaires n'avaient pas de traitement, que les douleurs lombaires empêchaient la position assise prolongée et que sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée.!

34. Sur ce, 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^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). 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. a. A teneur de l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Les délais sont réputés observés lorsque l'acte de recours est parvenu à l'autorité ou a été remis à son adresse à un bureau de poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse au plus tard le dernier jour du délai avant minuit (art. 17 al. 4 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA - E 5 10). La jurisprudence et la doctrine dominante s'accordent à dire qu'il faut également entendre par "poste" les boîtes postales destinées à récolter le courrier non recommandé, car, dès cet instant, le pli est sous la garde de l'administration postale et ne peut plus être restitué à son expéditeur; ainsi le délai peut être observé par le dépôt du pli ordinaire dans une boîte postale avant minuit, même après la dernière levée, ce qui pose en revanche le problème de la preuve (ATF 109 Ia 183 consid. 3a p. 184; JAAC 61 (1997) n. 14, p. 147; B. KNAPP, Précis de droit administratif, Bâle 1991, p. 400 n. 1923). La preuve de la notification d'une décision incombe à l'autorité. En revanche, la preuve stricte de l'observation du délai de recours, donc de l'expédition de l'acte en temps utile, incombe à la partie (art. 8 CC; ATF 121 V 5 consid. 3b ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_661/2015 du 14 juin 2016 consid. 2.2 et 9C_118/2016 du 19 avril 2016 consid. 2.1 et les références). Le délai de recours est considéré comme respecté lorsque l'acte a notamment été remis au plus tard le dernier jour du délai à minuit dans une boîte aux lettres (ATF 109 Ia 183 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 1F_10/2010 du 17 mai 2010). Si le sceau postal fait foi de la date d'expédition, cette présomption est réfragable, la partie ayant le droit de prouver par tous moyens utiles - en particulier par témoins - que le pli a été déposé en temps utile dans une boîte postale alors même qu'il n'aurait été oblitéré que le lendemain (ATF 124 V 372

consid. 3b ; ATF 115 Ia 8 consid. 3a ; ATF 109 Ib 343 consid. 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_139/2016 du 24 mai 2016 consid. 2, et 9C_118/2016 du 19 avril 2016). b. En l'espèce, la recourante prétend avoir reçu la décision querellée le 23 mai 2016, ce qui n'est pas contesté par l'OAI, de sorte que le délai expirait le 22 juin 2016. Le 24 juin 2016, la chambre de céans a reçu une enveloppe contenant le recours, munie du sceau postal mentionnant la date du 23 juin 2016. Le 23 juin 2016, le conseil de la recourante a adressé à la chambre de céans une attestation non datée, signée par Monsieur I_____, président d'ASSUAS, et Madame J_____, domiciliée à la même adresse qu'ASSUAS, confirmant l'avoir vu glisser, dans une boîte aux lettres de la poste de Carouge, une enveloppe destinée à la chambre de céans. Monsieur I_____ est président d'ASSUAS, le conseil de la recourante. Son témoignage ne saurait par conséquent constituer un témoignage indépendant compte tenu du lien qui l'unit au conseil de la recourante. En revanche, si Madame J_____ est une voisine de cette même association, cela ne suffit pas encore pour remettre en question ses déclarations. Par ailleurs, le 22 juin 2016, le conseil de la recourante a faxé le recours à la chambre de céans à 19h46, ce qui constitue un indice supplémentaire du dépôt à la poste le 22 juin 2016. Force est ainsi de constater, au vu de la jurisprudence, que la recourante a établi, par témoin, que le pli a été déposé en temps utile dans une boîte aux lettres et que vu l'heure, il n'avait pu être oblitéré que le lendemain. Dans ces circonstances, le recours a été interjeté dans le délai prévu par l'art. 60 al. 1 LPGA, ce qui n'est au demeurant pas contesté par l'OAI. Par ailleurs, dans la mesure où il répond aux autres conditions formelles, le recours doit être déclaré recevable en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente au-delà du 30 novembre 2014, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. 5. En premier lieu, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendu, l'intimé ayant statué sans attendre les rapports des Drs K_____ et E_____ alors qu'il avait été informé de la demande faite dans ce sens. a. A teneur de l'art. 73 ter al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours. A ce jour, le Tribunal fédéral n'a pas tranché la question du caractère prolongeable du délai de 30 jours précité (voir notamment 8C_526/2012 consid. 3.1). Il a toutefois considéré que le droit d'être entendu était violé lorsque l'office AI rendait sa décision avant que le délai imparti à l'assuré pour formuler les observations s'agissant du préavis soit échu (arrêt du Tribunal fédéral I 658/04 consid. 5). Le Tribunal fédéral a également considéré qu'il y a une grave violation du droit d'être entendu lorsque l'office AI rend une décision sans prendre en considération et entrer en matière sur la demande de prolongation du délai formulée par l'assuré, qui s'est déjà exprimé, mais qui demande, dans le délai de 30 jours, à pouvoir bénéficier d'une prolongation de délai pour pouvoir consulter le conseil juridique, constitué dans l'intervalle, afin d'obtenir un avis spécialisé (arrêt du Tribunal fédéral I 459/02 consid. 4). Une violation du droit d'être entendu est toutefois considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2). Si la réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 130 consid. 2b), même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le

litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). b. En l'occurrence, la question de la violation du droit d'être entendu invoquée par la recourante peut rester ouverte, dès lors qu'une telle violation aurait quoi qu'il en soit été réparée, dans la mesure où la présente procédure a fait l'objet d'un échange d'écriture au cours duquel la recourante a pu fournir toutes les explications utiles à l'appui de sa position et produire les pièces qu'elle estimait pertinentes. Au vu des considérations qui précèdent, le grief de la recourante, tendant à la constatation de la violation de son droit d'être entendue et selon toute vraisemblance à l'annulation de la décision querellée pour ce seul motif déjà, doit être rejeté. 6. Il convient désormais d'examiner le droit à la rente de la recourante et plus particulièrement sa capacité de travail. a. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. 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). b. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 7. 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 et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 8. a. 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). [endif]>![if> 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). b. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). [endif]>![if> 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. À 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). b/aa. 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). Dans ce contexte, il y a lieu de relever que selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux.

L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée ; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI). b/bb. Selon l'art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. A teneur de l'art. 59 al. 2 et 2 bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Fondé sur les données de son service médical, l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches, les SMR peuvent se prononcer sur dossier (art. 59 al. 2 bis LAI et 49 al. 1 RAI) ou examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI). L'OAI peut également confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 59 al. 3 LAI et 44 LPGA). Selon cette dernière disposition, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. A noter que l'art. 43 al. 2 LPGA prévoit que l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés. L'art. 44 LPGA prévoyant les conditions de mise en œuvre

d'une expertise externe indépendante ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Cela étant, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.3 et ss; aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). b/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). b/dd. A noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). 10. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration

reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). c. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 11. a. En l'espèce, l'OAI s'est essentiellement fondé sur le rapport du Dr H_____ du 30 septembre 2015 pour mettre un terme au versement de la rente avec effet au 30 novembre 2014. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante de ce document. A titre liminaire, il convient de relever que le Dr H_____, en tant que médecin du SMR, a réalisé un examen sur la personne au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. Il ne s'agit donc pas d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGa. Cela ne signifie cependant pas pour autant que la valeur probante dudit document doit être niée. Elle doit simplement être examinée conformément aux réquisits jurisprudentiels généraux. Cela étant précisé, force est de constater que le rapport du Dr H_____ daté du 30 septembre 2015, remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Sur le fond, l'expert retient les diagnostics de lombalgies de type mécanique, persistantes après la cure de hernie discale, dans un contexte de protrusions discales et troubles dégénératifs postérieurs étagés (M54.5) (avec répercussion sur la capacité de travail) et de pieds plats bilatéraux, composante d'une aponévrosité plantaire (sans répercussion sur la capacité de travail), étant notamment précisé qu'aucun des triggers points de la fibromyalgie n'avaient été constatés. Les atteintes précitées entraînaient des limitations fonctionnelles au niveau du rachis lombaire, à savoir pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude en porte-à-faux prolongée, pas de port de charges répété au-delà de 5 kg, occasionnel au-delà de 10 kg, au vu de la stature de l'assurée et pas de position assise prolongée au-delà d'une heure ou debout au-delà de 30 minutes. En raison de ces atteintes, l'assurée était capable de travailler à 50% dans son activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée et ce, depuis le 18 septembre 2014. b. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). b/aa. En l'espèce, la recourante critique l'appréciation du Dr H_____ expliquant en substance qu'elle persistait à ressentir des douleurs invalidantes et cela, même au-delà du 30 novembre 2014. C'est le lieu de rappeler,

dans ce contexte, que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Par conséquent, il appartient à l'expert d'apprécier la capacité résiduelle de travail du patient sur la base de critères objectifs, notamment du dossier radiologique et de son examen clinique afin de déterminer si les plaintes de l'assuré concordent avec les observations médicales concluantes. Si tel n'est pas le cas, il est tout à fait cohérent qu'il ne retienne aucune incapacité de travail (ATAS/526/2012 du 19 avril 2012 consid. 8b). Or, force est de constater que, dans son rapport du 30 septembre, le Dr H_____ a évoqué diverses discordances entre la gestuelle de la recourante et ses plaintes (diminution de la force à l'extension de la cheville gauche signalée par la recourante mais capacité de celle-ci de se promener tous les jours entre deux et trois heures sans porter d'attelle anti-step ni utiliser des cannes ; gestuelle rapide et sans éprouver d'inconfort lorsqu'elle s'adressait à l'interprète pour décrire les atteintes, alors que, de manière peu cohérente, les transferts couché-assis étaient ralentis). Le médecin précité a également considéré que les protrusions discales aux deux derniers étages lombaires et les troubles dégénératifs postérieurs étagés n'expliquaient que partiellement les symptômes décrits par la recourante. Dans ces circonstances, il doit être considéré que les plaintes de la recourante ne concordent pas avec les observations médicales concluantes, de sorte qu'il est tout à fait cohérent que le Dr H_____ ne retienne aucune incapacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis. b/bb. Le recourante se réfère également à l'appréciation du Dr C_____ du 18 février 2016 pour justifier son incapacité de travail en raison de ses douleurs. Or, il ressort de cette appréciation que, du point de vue neurochirurgical, il n'y avait pas de contre-indications à la reprise d'une activité. Se fondant sur divers facteurs psychosociaux, que l'assurance-invalidité n'a pas à prendre en considération, le Dr C_____ a considéré que la recourante était incapable de reprendre son activité professionnelle habituelle. Il ne se prononce toutefois pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. L'appréciation du Dr C_____ ne permet par conséquent pas non plus de remettre en question les conclusions du Dr H_____. c. Dans ses observations du 29 janvier 2015, la recourante a également évoqué deux autres griefs (contradiction entre la position de l'OAI et celle de l'OCE et réalisation d'une expertise psychiatrique), non repris dans son recours. Pour des motifs d'exhaustivité, la chambre de céans se prononcera tout de même sur lesdits griefs : - S'agissant tout d'abord de la contradiction entre la position de l'OAI et celle de l'OCE, il y a lieu de rappeler que l'assurance-invalidité et l'assurance-chômage ne sont pas des branches d'assurance complémentaires, ce qui aurait pour conséquence qu'un assuré exclu de l'une d'elles pourrait, dans tous les cas, toucher les prestations de l'autre. L'assuré, qui, malgré de graves atteintes à sa santé, n'a pas une incapacité de gain suffisante pour prétendre à une rente, peut également être déclaré inapte au placement par l'assurance. Ainsi, il se peut qu'une même atteinte à la santé conduise l'assurance-invalidité à reconnaître une pleine capacité de travail et que, de son côté, l'assurance-chômage nie l'aptitude au placement. En outre, les décisions de l'assurance-invalidité, respectivement de l'assurance-chômage n'ont aucun effet obligatoire pour l'autre assurance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_131/2010 du 6 octobre 2010 consid. 6

et les références). Ainsi, le grief de la contradiction entre l'appréciation de l'OAI et celle de l'OCE n'est pas pertinent. Concernant l'expertise psychiatrique, force est de constater qu'aucun des médecins ayant examiné la recourante n'ont expressément évoqué des troubles psychiques. Si les médecins du service de rhumatologie des HUG ont certes mentionné un probable état dépressif non-verbalisé, ils ont également indiqué que le score de l'autoévaluation tendait vers une dépression discrète voire douteuse, ce qui est insuffisant pour être constitutif d'une atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. Quant au Dr C_____, il s'est référé à des éléments psychosociaux (isolement social, difficultés à s'exprimer en français, etc.) qui ne peuvent être pris en considération en matière d'assurance-invalidité. Enfin, le simple fait que la recourante sollicite un suivi psychiatrique ou psychologique n'est pas encore suffisant pour attester d'une atteinte psychique invalidante. D'ailleurs, le Dr E_____, médecin traitant, ne s'est à aucun moment référé à des symptômes évoquant une maladie psychiatrique et il n'a jamais expliqué ne pas avoir été en mesure d'indiquer le nom d'un confrère psychiatre parlant vietnamien. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'OAI n'a pas ordonné de complément sous la forme d'une expertise psychiatrique. d. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans constate que la recourante n'a pas été en mesure de faire valoir des éléments objectifs précis justifiant, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction. Il y a donc lieu de reconnaître une pleine valeur probante au rapport du Dr H_____ et de considérer que la recourante était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée et ce, dès le 18 septembre 2014, à savoir dans une activité n'exigeant pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, d'attitude en porte-à-faux prolongée, de port de charges répété au-delà de 5 kg, occasionnel au-delà de 10 kg ni la position assise prolongée au-delà d'une heure ou debout au-delà de 30 minutes. C'est donc à juste titre que l'OAI s'est fondé sur l'appréciation du Dr H_____, pour calculer le taux d'invalidité de la recourante. 12. a. La recourante n'ayant pas contesté le calcul du degré d'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner ce point de manière détaillée. A l'exception de la référence au tableau TA1_tirage_skill_level qui est erronée, le tableau à prendre en considération étant le tableau TA1_skill_level (correspondant au tableau TA1 des ESS antérieures à 2012), le calcul effectué par l'OAI est correct. Au demeurant, même en retenant un abattement hypothétique de 25%, le degré d'invalidité se monterait à 28%, ce qui reste insuffisant pour maintenir le droit à une rente. b. La recourante n'a pas non plus contesté la date à laquelle l'OAI a mis un terme à la rente. Cependant, en vertu de l'application d'office du droit, la chambre de céans a examiné ce point et est arrivée à la conclusion que c'était de manière prématurée que l'OAI avait mis un terme à la rente. En effet, selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGa sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif - comme c'est le cas en l'espèce -, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d, arrêts du Tribunal fédéral 9C_344/2010 du 1^{er} février 2011 consid. 4.2 et 9C_266/2010 du 8 octobre 2010 consid. 3.3). En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI, 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 l'espèce, le Dr H_____ a considéré que la

capacité de travail de la recourante s'était améliorée à compter du 18 septembre 2014, date de la dernière consultation par le Dr C_____. Ainsi, le délai de trois mois prévu par l'art. 88a al. 1 RAI a expiré le 18 décembre 2014. Conformément à la disposition précitée et à la jurisprudence en la matière, l'OAI ne pouvait pas supprimer la rente avec effet au début du mois au cours duquel le délai de trois mois a expiré mais devait le faire avec effet à la fin du mois, soit en l'espèce, avec effet au 31 décembre 2014 (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 dans le même sens). Ainsi, le recours devra être admis sur ce point. 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera très partiellement admis et la décision du 20 mai 2015 sera annulée en tant qu'elle supprime le droit à la rente avec effet au 30 novembre 2014 et non au 31 décembre 2014. La recourante obtenant très partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.