

GE_GERICHTE A/810/2015 vom 1. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_810_2015

FR: GE_GERICHTE A/810/2015 du 1 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/810/2015 del 1 dicembre 2015

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à VÉSENAZ, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Pierre WAVRE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée) est une ressortissante suisse née le _____ 1965, divorcée depuis le 12 novembre 2010 et mère de deux filles nées d'une précédente union le _____ 1994. À l'issue de sa scolarité à l'École de culture générale, elle a suivi une formation à la Haute école de travail social, sans obtenir de diplôme, puis a travaillé pour diverses entreprises. Du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2012, elle a travaillé à 40% pour le compte de B_____SA (ci-après : l'employeur) dans « l'administration et l'organisation », pour un salaire mensuel de CHF 2'500.-, versé douze fois l'an. Dans cette société, un emploi à plein temps correspondait à 42 heures de travail par semaine. Le salaire mensuel a été augmenté à CHF 2'600.- dès le 1^{er} janvier 2006 et à CHF 2'860.- dès le 1^{er} janvier 2010. Le 23 avril 2007, l'assurée a subi une opération réalisée par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et consistant en une spondylodèse intersomatique antérieure L4-L5 et L5-S1, une pose de prothèse discale L3-L4 et un abord rétro-péritonéal antérieur gauche. Le 7 avril 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), invoquant des problèmes de dos. Dans un questionnaire du 27 mai 2008, l'employeur a indiqué que l'assurée avait été en incapacité totale de travailler du 20 avril 2007 au 19 mai 2008. Elle avait repris son activité (comptabilité, ressources humaines et secrétariat) à 50% (de 40%) dès le 20 mai 2008. Celle-ci impliquait souvent d'être assis et demandait de manière importante de la concentration, de l'endurance, du soin et une faculté d'interprétation. La marche, le maintien de la position debout ou le port de charges étaient peu fréquents. Son taux ordinaire d'activité (40%) correspondait à 16,5 heures par semaine. Le 22 juin 2009, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée par Madame D_____ (ci-après : l'enquêtrice). Cette dernière a relevé que sans son atteinte à la santé, l'assurée aurait travaillé à 40%, compte tenu de sa situation familiale, de sa maison et de son jardin. Ainsi, l'assurée était active à 40% dans la sphère professionnelle et à 60% dans la sphère ménagère. Elle a conclu à un taux d'empêchement dans le ménage de 25.65%. Par décision du 17 décembre 2009, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 23 avril 2008 (fin du délai de carence) au 31 août 2008, soit à l'issue d'un délai de trois mois dès l'amélioration de son état de santé le 20 mai 2008. Cette rente était allouée sur la base d'un degré d'invalidité de 55% (empêchement de 100% dans l'activité professionnelle de 40% : 40% + empêchement de 25.65% dans la sphère ménagère de 60% : 15.39 = 55.39%). Le 5 octobre 2011, l'assurée a été à nouveau opérée par le Dr

C _____, lequel a réalisé une spondylodèse postéro-latérale L4-L5-S1 et une navigation préopératoire O-ARM.![endif]>![if> 8. Le 21 mai 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en raison de douleurs lombaires.![endif]>![if> 9. Dans un courrier du 19 juin 2012, la doctoresse E _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué appuyer sa patiente dans ses démarches pour obtenir une demi-rente d'invalidité. Elle présentait des lombosciatalgies depuis de nombreuses années, qui s'étaient aggravées en 2006. Après plusieurs tentatives de traitements conservateurs, elle avait été opérée en 2007. En 2009, la situation n'était pas satisfaisante, l'assurée faisant des blocages lombaires répétitifs. La symptomatologie s'aggravant, elle avait à nouveau été opérée en octobre 2011. L'évolution était alors meilleure, mais la capacité de travail était encore nulle. Une reprise de l'activité ne pourrait se faire qu'à 50%, car les sollicitations de son dos et les positions statiques lui provoquaient des douleurs.![endif]>![if> 10. Par courrier du 2 juillet 2012, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle allait être licenciée pour motifs économiques. Étant divorcée et afin d'assurer son entretien et celui de ses enfants, elle allait être obligée de trouver un emploi à plein temps.![endif]>![if> 11. Dans un avis du 24 juillet 2012, la doctoresse F _____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé en tous les cas depuis octobre 2011, dans la mesure où elle avait subi une spondylodèse L4-L5-S1. L'instruction du cas était par conséquent nécessaire.![endif]>![if> 12. Le 8 août 2012, l'assurée a subi une arthroscopie avec résection de la corne postérieure du ménisque interne, en raison d'une déchirure en anse du seau de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche. Cette intervention a été réalisée par le docteur G _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.![endif]>![if> 13. Dans un rapport du 28 août 2012, le Dr G _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de déchirure en anse du seau de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche existant depuis environ mars 2012 et de séquelles douloureuses d'une chirurgie lombaire multiple. L'assurée semblait en incapacité de travail totale en raison des suites de sa chirurgie lombaire. Le pronostic était favorable et ne devait pas entraîner d'incapacité de travail durable.![endif]>![if> 14. Dans un rapport du 3 septembre 2012, la Dresse E _____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de spondylodèse L4-L5 et L5-S1 et de prothèse discale L3-L4 depuis avril 2007, et de spondylodèse L4-S1 depuis octobre 2011. Elle a également retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'état dépressif réactionnel depuis 2006 et de déchirure méniscale interne gauche opérée en août 2012. Depuis la seconde spondylodèse, les sciatalgies s'étaient améliorées et les lombalgies avaient perdu de leur constance. La mobilisation était satisfaisante, mais des raideurs subsistaient. À long terme le pronostic était probablement moyen. Sa capacité de travail était nulle du 5 octobre 2011 au 31 août 2012 et de 20% dès le 1er septembre 2012, pour autant que l'activité puisse être « étalée » sur la semaine. Il ne fallait prendre en compte une diminution de rendement que dans l'hypothèse où l'horaire de travail était dense, en raison de son besoin de se mobiliser. Ses lombalgies l'empêchaient de rester assise ou debout pendant une période prolongée, et d'effectuer la plupart des mouvements mobilisant le dos. Une amélioration de la capacité de travail à environ 50% pouvait être attendue dans les trois à six mois.![endif]>![if> 15. Dans un rapport du 5 octobre 2012, le Dr C _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de discopathie L3-L4, L4-L5 et L5-S1, de spondylodèse L4-L5 et L5-S1 et de prothèse discale en 2007, et de pseudarthrose L4-L5 et de spondylodèse en 2011. Depuis l'intervention chirurgicale

réalisée en 2011, les douleurs des membres inférieurs s'étaient améliorées, mais les douleurs lombaires restaient invalidantes. Le pronostic était réservé sur le long terme. En ce qui concerne la capacité de travail, il convenait de se référer aux certificats médicaux de la Dresse E_____. Les positions statiques prolongées étaient mal supportées. Il convenait d'éviter les ports de charges répétitifs. L'activité habituelle pouvait encore être exercée, sans qu'un taux d'activité ne soit précisé. Une diminution de rendement était également à prévoir, sans plus de précision.![endif]>![if> 16. Dans un certificat du 29 janvier 2013, la Dresse E_____ a indiqué que les douleurs de l'assurée s'étaient accentuées ces derniers mois, raison pour laquelle elle devait prendre une médication puissante avec des effets secondaires importants entravant sa capacité de concentration. Dès lors, sa capacité de travail était nulle depuis le 1^{er} janvier 2013.![endif]>![if> 17. Le 21 mars 2013, le docteur H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a examiné l'assurée dans le cadre d'une expertise.![endif]>![if> Dans le rapport du 9 avril 2013 qui s'en est suivi, il a rappelé le contexte de l'expertise, précisé sur quelles bases elle était fondée, exposé l'anamnèse et les plaintes de l'assurée, fait état de ses constatations objectives et livré son appréciation du cas. L'expert a retenu le diagnostic de lombalgies chroniques (status après spondylodèse postéro-latérale L4-S1 le 5 octobre 2011, status après spondylodèse L4-L5 et L5-S1 et prothèse discale L3-L4 le 23 avril 2007, périarthrite de hanche droite, scoliose lombaire sur asymétrie des membres inférieurs, déconditionnement musculaire du dos). Les cervicalgies chroniques modérées et un status après méniscectomie interne du genou n'entraînaient pas d'handicap professionnel. L'assurée était capable de travailler trois heures par jour dans son activité habituelle. Dans cette activité, une incapacité totale de travail entière devait être retenue dès octobre 2011, pour une période de six mois nécessaire à la consolidation chirurgicale et une rééducation post-opératoire suffisante. Par la suite, l'assurée devait être capable de reprendre son activité à 40% chez son employeur, laquelle était particulièrement adaptée, avec la possibilité de travailler à son rythme à domicile. À partir du 31 décembre 2012, elle a perdu son emploi. Dès lors, dans une activité standard de secrétaire, sa capacité de travail ne dépassait pas trois heures par jour, en raison des déplacements, des horaires continus et des exigences de rendement inhérents à cette activité. Aucune perte de rendement n'était à signaler, pour autant que l'on tienne compte de la restriction de son temps de travail et de son fractionnement. L'activité habituelle de secrétaire était adaptée à l'état de santé de l'assurée, dans la mesure où elle permettait de travailler en position assise, sans port de charges et d'alterner les positions assise et debout. En effet, l'atteinte lombaire entraînait des limitations importantes dans les ports de charges (moins de 5 kilogrammes), ainsi que dans toutes les activités comprenant des mouvements brusques ou répétitifs en flexion-extension ou en rotation du tronc. La position debout prolongée était limitée à quinze ou vingt minutes. La position assise, bien que difficile, était supportable pendant une heure à une heure et demie, mais au maximum trois heures par jour. Le pronostic était réservé, compte tenu de la durée du handicap douloureux (longue évolution de dorso-lombalgies apparues à l'adolescence, avec des périodes de dégradations progressives) et de l'échec des deux interventions chirurgicales relativement lourdes au niveau du dos.

18. Dans un avis du 17 juin 2013, la Dresse F_____ du SMR a notamment validé les conclusions de l'expertise du 21 mars 2013 du Dr H_____ et préconisé un complément d'instruction auprès des Drs E_____ et G_____, en lien avec l'atteinte du genou gauche.![endif]>![if> 19. Dans un rapport intermédiaire du 30 juin 2013, le Dr G_____ a relevé que l'assurée avait ressenti un lâchage de son genou gauche (craquement et vives douleurs) alors qu'elle marchait, début mai 2013. Elle avait dû recourir à l'usage de deux

cannes anglaises et s'était soumise à une IRM. Lors de la consultation du 24 mai 2013, l'assurée allait mieux, mais conservait des douleurs lorsqu'elle marchait sans canne.![endif]>![if> 20. Dans un rapport intermédiaire du 28 août 2013, la Dresse E_____ a relevé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé. Elle avait subi une déchirure méniscale interne gauche opérée en août 2012 et un blocage de ce même genou début 2013, qui avait conduit à la prise d'antalgiques dérivés de la morphine. Cette médication entraînait un état confusionnel. La capacité de travail était nulle depuis le 5 octobre 2011, de 40% dès le 1^{er} septembre 2012, nulle du 2 janvier au 26 août 2013 et à nouveau de 40% dès le 27 août 2013.![endif]>![if> 21. Par courrier du 20 septembre 2013, la Dresse E_____ a informé l'OAI que l'état de santé de l'assurée s'était dégradé. Son incapacité de travail était totale depuis le 2 septembre 2013, en raison de l'adaptation des médicaments qui perturbait l'état d'éveil et de concentration, empêchant tout travail.![endif]>![if> 22. Dans un rapport du 7 octobre 2013, le Dr C_____ a contesté les conclusions de l'expertise du 9 avril 2013 du Dr H_____. L'assurée présentait une symptomatologie lombaire mécanique qui pouvait être expliquée par un fonctionnement peu satisfaisant de la prothèse L3-L4 actuellement en cyphose avec des contractures musculaires causées par le rééquilibrage du rachis cervical. Compte tenu de ces éléments, une capacité de travail de trois heures par jour n'était pas envisageable. L'assurée ne sortait quasiment plus de chez elle. De plus, sa médication à base de dérivés morphiniques ne permettait pas la reprise d'une quelconque activité professionnelle.![endif]>![if> 23. Dans un avis du 29 novembre 2013, la docteure I_____ du SMR, a retenu une incapacité de travail de 100% du 5 octobre 2011 au 31 août 2012, de 60% du 1^{er} septembre 2012 au 5 mai 2013, de 100% du 6 mai au 25 août 2013 et de 60% dès le 26 août 2013, sur la base des rapports figurant au dossier.![endif]>![if> 24. Dans un projet de décision du 5 février 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2012, soit six mois après le dépôt de la demande, augmenté à une rente entière dès le 1^{er} août 2013 et réduit à un trois-quarts de rente dès le 1^{er} décembre 2013, compte tenu de l'avis du 29 novembre 2013 du SMR.![endif]>![if> 25. Par courrier du 24 février 2014, la Dresse E_____ a contesté le degré d'invalidité de 60% retenu dès le 1^{er} décembre 2013, dans la mesure où l'état de santé de l'assurée s'était péjoré dès le mois de mai 2013, à la suite d'une atteinte aigüe du genou gauche. Dès le mois d'août 2013, s'ajoutaient une recrudescence de douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur droit, tel que cela ressortait du rapport du Dr C_____ du 7 octobre 2013. Une tentative de reprise du travail avait été faite le 26 août 2013, en diminuant les antalgiques, mais cela avait été un échec après quelques jours. En réalité, l'assurée était en incapacité totale de reprendre une activité professionnelle ou de participer à des mesures de réadaptation.![endif]>![if> 26. Le 7 mars 2014, l'assurée s'est opposée au projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Son état de santé s'était péjoré dès le 2 janvier 2013 et n'avait pas évolué. Depuis cette date, elle était totalement incapable de travailler et toute amélioration de l'état de santé était contestée. Cela était confirmé par les derniers rapports des Drs E_____ et C_____.![endif]>![if> 27. Le 24 mars 2014, le Dr C_____ a également contesté le projet de décision, en particulier le fait que l'assurée soit considérée comme capable de travailler à 40%, renvoyant l'OAI à son rapport du 7 octobre 2013. Pour le surplus, l'assurée restait actuellement avec des douleurs particulièrement difficiles à gérer dans son quotidien, nécessitant plusieurs heures d'alitement par jour avec un traitement médicamenteux. Dans ces circonstances, elle n'était pas en mesure de travailler ou de conduire. Ses déplacements étaient lents et difficiles et sa capacité de concentration et de

gestion d'une activité professionnelle était restreinte.![endif]>![if> 28. Le 28 juillet 2014, l'OAI a informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, confiée à la doctoresse J_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie.![endif]>![if> 29. Le 23 septembre 2014, l'experte a procédé à l'examen clinique de l'assurée.![endif]>![if> Dans le rapport du 9 octobre 2014 qui s'en est suivi, elle a précisé avoir fondé son expertise sur le dossier transmis par l'OAI, sur l'anamnèse, ainsi que sur son examen clinique. Elle a résumé les pièces pertinentes du dossier, en particulier les avis de ses confrères, les données radiologiques, les résultats de l'examen de laboratoire du 25 septembre 2014 et l'historique pharmaceutique de l'assurée. Elle a encore exposé l'anamnèse de cette dernière, ses plaintes, les résultats de l'examen clinique et l'analyse du cas. L'experte a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies avec irradiation diffuse dans les deux membres inférieurs prédominant à droite sans trajet radiculaire précis et sans trouble neurologique déficitaire, de status post-spondylodèse L4-L5 et L5-S1, prothèse discale L3-L4 en avril 2007 et de status post-spondylodèse postéro-latérale L4-L5-S1 le 5 octobre 2011. Elle a également posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies sur troubles dégénératifs C5-C6 avec ostéophytose antérieure des plateaux, problèmes statiques avec inversion de la courbure lordotique centrée sur C5, de discopathies dégénératives avec pincements discaux avancés de C5 à C7 plus modérés en C4-C5, aspect MODIC I des plateaux adjacents C6 et C7 sur l'IRM du 17 septembre 2013, pas de contrainte radiculaire C6 et C7 gauches, et de status après arthroscopie du genou gauche, ablation d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne. L'assurée présentait des limitations fonctionnelles, soit la nécessité d'éviter de maintenir la position debout au-delà de trente minutes, de marcher plus d'une heure et demie, de maintenir la position assise plus de deux heures, de maintenir la position debout en porte-à-faux du tronc, de réaliser des mouvements répétitifs en flexion-extension du rachis lombaire et des mouvements en rotations, de marcher sur terrain instable ou de travailler en hauteur et de porter des charges de 5 kilogrammes de manière répétitive et jusqu'à 8 kilogrammes occasionnellement. L'assurée était asymptomatique, de sorte que son activité habituelle était parfaitement adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle présentait une amplification des symptômes en partie volontaire avec démonstrativité. Elle avait été démonstrative sur le plan physique lors de l'examen et l'était également sur le plan verbal, reprenant à l'identique les plaintes relevées par le Dr H_____, alors que le status du jour était vierge, hormis la raideur normalement attendue après spondylodèse. L'assurée en disait peu sur la répartition des tâches ménagères, mais disait passer l'aspirateur, ce qui constituait l'une des activités ménagères les plus difficiles pour les personnes lombalgiques. Il n'y avait donc pas de limitation particulière dans les tâches ménagères. L'incapacité de travail était de 100% du 5 octobre 2011 au 31 août 2012, de 60% du 1^{er} septembre 2012 au 5 mai 2013, de 100% du 6 mai au 25 août 2013, de 60% dès le 26 août 2013 dans toute profession (dernier achat de morphinique le 10 juillet 2013), de 30% dès la fin octobre 2013 (hypothétiquement guérison des cervicobrachialgies débutées en septembre 2013) et de 20% depuis le jour de l'examen clinique, soit le 23 septembre 2014. Dans son activité habituelle, sa capacité de travail actuelle était donc de 80%. Ladite activité était très adaptée à son état de santé. Le pronostic pour les lombaires et les cervicales était bon. Il était moyen en ce qui concerne le genou. Si l'assurée déclarait que son état s'aggravait progressivement depuis mai 2013, l'examen clinique ne révélait aucun signe objectif de douleurs lombaires persistantes et continues. La mobilité était supérieure à celle décrite par le Dr H_____ dans ses expertises. De même, il

n'y avait plus de contracture paravertébrale ou fessière. Les Drs E_____ et C_____ n'étaient pour leur part pas assez précis sur cette question. Au cours de l'examen, l'assurée n'avait présenté aucune mimique algique lors de la mobilisation des cervicales, des lombaires. Elle n'avait pas eu de réflexes douloureux lors du penché en avant, de l'extension ou de l'extension rotation du segment lombaire. Il n'existait donc pas de concordance nette entre l'intensité des douleurs décrites et les données objectives de l'examen. Sur le plan lombaire, l'amélioration était vraisemblablement intervenue progressivement depuis juillet 2013, comme le relevait le Dr C_____ précédemment. Depuis lors, il n'y avait pas de prescription médicamenteuse lourde dans l'historique pharmaceutique pouvant laisser supposer des acmé douloureuses. L'amélioration devenait plus nette depuis octobre 2013. Sur le plan des cervicales, l'assurée était asymptomatique au jour de l'examen, sans qu'il soit possible de déterminer depuis quand. Les points de VALLEIX étaient tous négatifs et la mobilité cervicale préservée. 30. Dans un avis du 28 octobre 2014, la Dresse I_____ a validé les conclusions de la Dresse J_____.

31. Par décision du 6 février 2015, l'OAI a octroyé à l'assurée un trois-quarts de rente d'invalidité, ainsi que deux rentes complémentaires pour enfant du 1^{er} novembre 2012, soit six mois après le dépôt tardif de la demande, au 31 décembre 2013. Dès le 5 octobre 2010, la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte. Sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité lucrative à plein temps. Selon l'avis du SMR et de la Dresse J_____, l'incapacité de travail était de 100% du 5 octobre 2011 au 31 août 2012, de 60% du 1^{er} septembre 2012 au 5 mai 2013, de 100% du 6 mai au 25 août 2013 et de 60% dès le 26 août 2013. À partir du mois d'août 2013, son état de santé s'était amélioré. L'incapacité de travail avait diminué à 30% dès le 1^{er} octobre 2013 et à 20% dès le 24 septembre 2014. À compter d'octobre 2013, le degré d'invalidité était insuffisant pour maintenir le droit à la rente, ce qui justifiait sa suppression dès le 1^{er} janvier 2014. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et ne se justifiaient pas, compte tenu du fait que la capacité de travail de l'assurée était exploitable dans son activité habituelle.

32. Par acte du 9 mars 2015, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision. Elle a préalablement conclu à ce qu'un délai lui soit accordé pour compléter son recours et à ce que la chambre de céans ordonne la comparution personnelles des parties et une expertise rhumatologique. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision et à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le 5 octobre 2011, sous suite de dépens. Les douleurs et sa médication rendait tout travail impossible. De plus, le projet de décision du 5 février 2014 admettait une incapacité de travail de 60% dès le 28 août 2013, non limitée dans le temps. Dès lors il était incompréhensible que la décision querellée fasse état d'une amélioration de l'état de son état de santé. Enfin, l'expertise de la Dresse J_____ était contestée, à la lumière des explications fournies par la Dresse E_____.

À l'appui de son recours, la recourante a notamment produit un courrier daté du 18 février 2015 de la Dresse E_____, dans lequel cette dernière se disait étonnée et choquée par la décision de l'intimée. Il était stupéfiant qu'à une année d'intervalle, la recourante soit déclarée apte à travailler à 100% alors que l'expertise du Dr H_____ réalisée en avril 2013 avait mis en évidence une capacité de travail de 40%, soit environ trois heures par jour, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (travail partiel à domicile, maîtrise du rythme de travail, positions possibles et leurs durées et port de charges). Le Dr H_____ avait aussi été très clair quant aux difficultés rencontrées dans les activités ménagères. Depuis l'expertise de ce dernier, la situation médicale ne s'était pas améliorée, malgré un traitement antalgique lourd,

aggravant l'incapacité de travail sur le plan des fonctions cérébrales. Dès lors, les conclusions de la Dresse J_____ faisant état d'une amélioration étaient étonnantes, compte tenu des problèmes médicaux chroniques de la recourante. L'expertise de la Dresse J_____ paraissait manquer d'objectivité. Les lombosciatalgies et cervicobrachialgies restaient constamment présentes avec des phases de recrudescence amenant une augmentation des antalgiques, influençant son état de conscience, ou une augmentation du temps et du nombre de repos au lit dans la journée. Dans ces conditions, la recourante ne pouvait pas travailler à plein temps. Quant au travail ménager, elle ne se chargeait que des tâches les plus légères à son rythme et se faisait aider par ses filles. Enfin, une contre-expertise était nécessaire pour confirmer l'incapacité de travail totale de la recourante. 33. Le 12 mai 2015, la recourante a complété son recours, concluant préalablement à ce qu'une expertise rhumatologique et psychiatrique soit ordonnée, à ce qu'une comparution personnelle des parties soit agendée et à ce que les Drs C_____, E_____ et K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, soient entendus. Ses conclusions principales étaient maintenues pour le surplus. Son incapacité de travail était entière, en référence aux rapports des Drs C_____ et K_____. En raison des médicaments contenant des dérivés morphiniques qu'elle devait prendre au quotidien, elle ne pouvait exercer aucune activité professionnelle. Elle souffrait quotidiennement de douleurs très importantes et totalement invalidantes qui l'empêchaient d'effectuer la plupart des tâches ménagères. Elle présentait également un trouble dépressif majeur. Enfin, l'expertise de la Dresse J_____ avait été bâclée et avait été faite avec un a priori négatif, ce qui avait totalement traumatisé la recourante. Cette dernière a notamment joint à son écriture les pièces suivantes : - un certificat médical du 13 avril 2015 établi par le Dr C_____. Ce dernier s'était opposé à l'expertise du Dr H_____, au motif qu'une activité professionnelle était difficilement envisageable en raison de la médication contenant des dérivés de morphine prise par la recourante. Par la suite, la recourante avait fait de gros efforts pour ne plus être dépendantes aux dérivés morphiniques, ce qui ne signifiait pas que la situation était favorable. Elle présentait quotidiennement des douleurs lombaires et cervico-brachiales avec des phases oscillantes et des paroxysmes, qui engendraient une activité très restreinte et nécessitaient un alitement régulier dans la journée. La Dresse J_____ ne retenait cependant aucun signe clinique concordant avec les plaintes de la recourante et concluait que cette dernière était asymptomatique et disposait d'une pleine capacité de travail dans un emploi adapté. Se faisant, elle s'écartait de la littérature médicale relative à la relation entre la discopathie inflammatoire et les douleurs mécaniques rachidiennes et la persistance de douleurs chroniques après une chirurgie rachidienne. En l'occurrence, il existait une grande différence de vue entre les conclusions de la Dresse J_____ et les médecins traitants. Selon le Dr C_____, la situation depuis l'expertise du Dr H_____ ne s'était pas améliorée. La capacité de travail de la recourante se situait entre l'incapacité totale et la capacité de travail retenue par le Dr H_____. Ainsi, il n'était pas convaincu que l'expertise de la Dresse J_____ soit recevable en l'état ; - un certificat médical du 8 avril 2015 établi par la Dresse K_____. Elle a retenu le diagnostic de trouble dépressif majeur, sévère sans caractéristiques psychotiques, avec syndrome somatique (diminution d'investissement pour les intérêts habituels ou les activités agréables, affaiblissement de la réactivité émotionnelle, épisodes de ralentissement psychomoteur, fatigabilité excessive et thématique plus marquée le matin). Elle suivait la recourante depuis le mois de mai 2010 au rythme d'une séance par semaine, puis de deux séances par mois. Le traitement consistait en une thérapie psychodynamique avec éléments

cognitivo-comportementaux, et, lors des périodes de décompression thymique, une adjonction médicamenteuse antidépressive. La thématique douloureuse avait toujours freiné son épanouissement psychique et social, ainsi que sa capacité de réinsertion dans la vie active. Le lendemain de l'expertise réalisée par la Dresse J_____, la recourante était dans un état d'aggravation symptomatique très marqué (humeur anxieuse, difficultés d'endormissement et réveils durant la nuit précédente, tension nerveuse perceptible durant l'examen, des signes d'hypervigilance alternant avec des troubles de l'attention, l'expression de sentiments de vulnérabilité et d'impuissance accrus, une anticipation anxieuse, une perte de confiance et un pessimisme face à l'avenir). L'examen conduit par la Dresse J_____ avait été particulièrement éprouvant. Le contexte relationnel lui était apparu d'emblée agressif dans une atmosphère de violence psychologique. Elle s'était rapidement sentie désarçonnée par la persistance de cette attitude à son égard. Elle avait relevé un rythme de questionnement très rapide, direct et sec, avec une absence apparente d'écoute des réponses qu'elle donnait, de fréquentes coupures de parole, des commentaires ironiques ou dépréciatifs, des contradictions systématiques de ses propos n'admettant pas de réplique et des changements de sujets brusques et imprévisibles ne lui laissant pas le temps de comprendre le sens de la demande. L'experte semblait vouloir souligner l'importance de son rôle, alors que la recourante ne l'avait pas remise en question. L'examen somatique avait comporté des mouvements imposés avec brusquerie l'ayant laissée sans souffle et lui ayant causé d'importantes douleurs, que la Dresse J_____ n'aurait pas prises en compte ou remarquées. En ce qui concerne le rapport d'expertise, la Dresse K_____ confirmait l'absence d'un trouble somatoforme ou d'une fibromyalgie. La durée des douleurs et l'absence de traitement efficace augmentant sa peur d'une péjoration globale avaient pu favoriser un certain degré d'évitement du mouvement et favoriser une chronicité, étant précisé qu'une activité physique régulière avait cependant été maintenue. L'expertise de la Dresse J_____ avait eu lieu le 30 septembre 2014, et non le 23 septembre 2014, comme l'avait indiqué l'experte. Dès lors, cette dernière ne pouvait pas considérer que la recourante ne s'était soumise à une prise de sang qu'une semaine après leur entretien. La Dresse J_____ avait tendance à remettre en question la bonne volonté de la recourante, ce qui était illustré par le ton employé dans son rapport. La lecture dudit rapport permettait de comprendre le sentiment d'agression éprouvé par la recourante. Les conséquences de cette expertise sur la santé psychique de cette dernière se faisaient encore ressentir, plusieurs mois après sa mise en œuvre. 34. Dans sa réponse du 16 juin 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours. La décision querellée se fondait principalement sur l'expertise de la Dresse J_____ et sur l'analyse approfondie du dossier par le SMR. L'experte avait pris en compte le dossier médical, l'anamnèse, le passé médical, les plaintes et l'examen clinique de la recourante. Ses conclusions étaient dûment motivées. La recourante contestait la valeur probante de cette expertise en s'appuyant sur les avis ou rapports des Drs E_____, C_____ et K_____. S'appuyant sur l'avis du 2 juin 2015 du docteur L_____ du SMR, l'intimé s'est prononcé sur lesdits rapports comme suit :>![endif]>![if> En ce qui concerne, la Dresse E_____, elle n'apportait aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par l'experte et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé de l'expertise. Son analyse du cas était totalement subjective et fondée sur les plaintes de la recourante. Si elle relevait une augmentation des antalgiques et des périodes de repos, la Dresse J_____ avait clairement constaté que la recourante avait cessé d'acheter les médicaments, qu'elle ne les consommait pas et qu'elle les gardait en réserve. Lesdits médicaments n'avaient été retrouvés qu'en quantité infime

dans son sang. De plus, la recourante avait des activités multiples (rencontre avec des amis, marche de vingt minutes en campagne, courses, etc.). Le Dr C_____ ne partageait pas la capacité de travail retenue par la Dresse J_____, en raison du traitement de la recourante. Son avis était contradictoire, dans la mesure où il relevait que la recourante avait fait de gros efforts pour ne plus être dépendante de dérivés morphiniques. De plus, il n'apportait aucun élément objectif permettant de s'écarter de l'expertise. Il ne lui appartenait pas non plus de se prononcer sur la valeur probante de ladite expertise, ce qui dépassait ses compétences. Quant au rapport du 8 avril 2015 de la Dresse K_____, il critiquait le déroulement de l'expertise sans procéder à une analyse objective et en se fondant exclusivement sur les dires de la recourante, qui étaient pris pour acquis. En réalité, ce rapport faisait état d'éléments extra-médicaux importants ayant une influence sur l'état psychique de la recourante. Cette dernière avait réussi à y faire face, la Dresse K_____ relevant une amélioration thymique manifeste. Elle critiquait l'expertise, précisant toutefois ne pas se prononcer sur les aspects somatiques. Or, ladite expertise portait exclusivement sur de tels aspects, de sorte qu'aucun élément médical objectif ne pouvait ressortir de l'analyse de la Dresse K_____. Enfin, l'instruction du dossier permettait de statuer en toute connaissance de cause sur l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail, de sorte que les mesures d'instructions demandées dans le cadre du recours étaient inutiles.

35. Dans ses observations du 13 août 2015, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions. Elle a en particulier insisté sur la nécessité de mettre en œuvre les actes d'instructions qu'elle sollicitait. En raison de la période estivale et du temps relativement court qui lui avait été imparti pour formuler ses observations, il ne lui avait pas été possible de demander aux Drs E_____, C_____ et K_____ de se prononcer sur la réponse de l'intimé. Il était primordial et absolument obligatoire à la bonne compréhension du dossier que ces médecins soient entendus. S'agissant de l'expertise requise, elle se justifiait d'autant plus que l'intimé semblait faire peu de cas des avis des médecins qui la suivaient depuis des années, en ne se fondant que sur l'expertise de la Dresse J_____. D'ailleurs, l'intimé ne se prononçait pas sur la différence notoire de conclusions entre ladite expertise et celle du Dr H_____.!endif]>![if> À l'appui de ses observations, la recourante a produit un récapitulatif des thérapies du 3 août 2015 dressé par la Dresse E_____. Il en ressortait notamment que la recourante était suivie depuis mars 1996 et qu'elle souffrait de lombalgies chroniques invalidantes ainsi que de cervicalgies. Les médicaments et les mesures thérapeutiques et chirurgicales prescrits étaient listés dans l'ordre chronologique.

36. Dans ses observations du 8 septembre 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions et insisté sur le fait que les mesures d'instruction requises ne se justifiaient pas, en raison de l'absence d'éléments médicaux objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par la Dresse J_____ dans le cadre de son expertise. En ce qui concerne le récapitulatif thérapeutique, il ne permettait pas de se prononcer sur la compliance de la recourante en l'absence de tests spécifiques. Tout au plus, ce document indiquait les médicaments qui auraient été prescrits par la Dresse E_____.!endif]>![if>

37. Par courrier du 16 septembre 2015, la recourante a une fois encore persisté dans ses conclusions, en particulier en ce qui concerne la comparution personnelle des parties et la mise en œuvre de l'expertise.!endif]>![if>

38. À la suite de quoi la cause a été gardée à juger.!endif]>![if> 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 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 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, en vertu des art. 56ss LPGA. 5. Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante, en particulier sur l'évolution de son état de santé à partir du mois d'août 2013. 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 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). 7. 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). 8. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b). L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des

circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 9. 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 malade, 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). 10. 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. À 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). 10. 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). En particulier, dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA, la tâche du médecin consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 11. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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. À 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_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 11. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins, mais au plus tôt à

l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 12. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer 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). 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). 13. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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. Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable. 14. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 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). 15. a) À titre liminaire, la chambre de céans relève que le dossier de la procédure contient suffisamment d'éléments pour lui permettre de trancher le litige qui lui est soumis. Par conséquent, il ne sera fait droit à aucune des demandes d'instructions formulées par la recourante. b) En l'espèce, l'intimé considère que la capacité de travail de la recourante a été considérablement diminuée depuis le 5 octobre 2010. Se fondant sur l'avis du SMR et sur l'expertise de la Dresse J_____, il retient une incapacité de travail de 100% du 5 octobre 2011 au 31 août 2012, de 60% du 1^{er} septembre 2012 au 5 mai 2013, de 100% du 6 mai au 25 août 2013, de 60% dès le 26 août 2013, de 30% dès le 1^{er} octobre 2013 et de 20% dès le 24 septembre 2014. Compte tenu de ces éléments, l'intimé a fixé le début du droit à la rente six mois après le dépôt de la demande de prestation par la recourante, le 1^{er} novembre 2012 (art. 29 al. 1 LAI), et lui a octroyé un trois-quarts de rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2012 au 31 décembre 2013. Le droit à la rente était supprimé dès le 1^{er} janvier 2014, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Enfin, dans la mesure où la recourante était en mesure de travailler dans son activité habituelle et que celle-ci était adaptée à son état de santé, aucune mesure professionnelle ne se justifiait. Pour sa part, la recourante soutient être en incapacité totale de travailler depuis le 5 octobre 2011, sans que son état de santé ne se soit modifié. Elle s'appuie principalement sur les rapports de ses médecins traitants, soit les Drs E_____, C_____ et K_____ et conteste la valeur probante de l'expertise de la Dresse J_____. c) Dans le cadre de l'instruction qu'il a mené, l'intimé a mis en œuvre deux expertises, par l'intermédiaire des Drs H_____ et J_____. La chambre de céans considère que l'expertise du Dr H_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle se fonde sur un examen clinique de la recourante et sur l'étude approfondie de son dossier médical, tient compte des plaintes exprimées et contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées. L'appréciation du Dr H_____ permet de comprendre les troubles dont souffre la recourante et leurs conséquences sur sa capacité à exercer son activité habituelle. Il ressort de cette expertise que l'état de santé de la recourante s'est amélioré environ six mois après son opération du 5 octobre 2011, de sorte qu'elle pouvait, par la suite, mettre à profit une capacité de travail résiduelle de 40% dans son activité habituelle. La recourante n'émet aucune critique à l'égard de cette expertise, se contentant de conclure à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée depuis le 5 octobre 2011. Contrairement à ce qu'elle soutient, aucun des rapports émis par ses médecins traitants ne permet de parvenir à la conclusion qu'elle présente une incapacité totale de travailler depuis le 5 octobre 2011, sans que son état de santé ait varié. Pour le surplus, le Dr C_____ a contesté les conclusions de l'expertise du Dr H_____ dans ses rapports du 7 octobre 2013 et du 13 avril 2015, en raison des symptômes de la recourante et de la médication qu'elle doit prendre, ce qui empêcherait la reprise de toute activité. Non seulement les conclusions du Dr C_____ ne sont pas motivées de manière suffisante, mais il apparaît que les éléments avancés par ce dernier pour contester les conclusions du Dr H_____ ont été pris

en compte dans le cadre de son expertise, de sorte qu'aucun élément ne permet de s'écarter de l'expertise précitée. S'agissant de la Dresse E_____, ses rapports ne sont ni suffisamment étayés, ni motivés à satisfaction de droit. De plus, comme pour le Dr C_____, les éléments qu'elle met en avant ont déjà été pris en considération dans le cadre de l'expertise. Ainsi, il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions du Dr H_____. À la suite d'une aggravation de l'état de santé de la recourante en mai 2013 et de l'opposition de la recourante au projet de décision rendu par l'intimé, ce dernier a confié une seconde expertise à la Dresse J_____. Ladite expertise répond également aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante, dans une même mesure que l'expertise du Dr H_____. L'appréciation du cas par la Dresse J_____ permet de comprendre les atteintes affectant la recourante et l'amélioration de l'état de santé de cette dernière, dès le mois d'août 2013, notamment par la suppression de son traitement médicamenteux à base de dérivés morphiniques. Il ressort de cette expertise que l'incapacité de travail de la recourante est de 100% du 5 octobre 2011 au 31 août 2012, de 60% du 1^{er} septembre 2012 au 5 mai 2013, de 100% du 6 mai au 25 août 2013, de 60% dès le 26 août 2013, de 30% dès la fin octobre 2013 et de 20% depuis le 23 septembre 2014. La recourante reproche à cette expertise son manque d'objectivité et lui oppose l'expertise du Dr H_____ et les rapports des Drs E_____, C_____ et K_____. Contrairement à ce que soutient la recourante, l'expertise du Dr H_____ ne contredit pas celle de la Dresse J_____. En effet, le Dr H_____ n'a jamais conclu à une incapacité de travail totale allant au-delà de six mois après l'intervention chirurgicale du 5 octobre 2011. On relèvera encore que pour l'essentiel, l'expertise de la Dresse J_____ porte sur une période postérieure au 9 avril 2013. Quant à la Dresse E_____, elle conteste l'objectivité de ladite expertise, se disant étonnée par la prétendue amélioration de l'état de santé de la recourante relevée par la Dresse J_____, alors que le Dr H_____ estimait la capacité de travail à 40% en avril 2013. Une telle critique ne saurait permettre à elle seule de s'écarter des conclusions de la Dresse J_____. Non seulement la Dresse E_____ n'expose aucun élément objectif ayant été ignoré dans l'expertise, mais elle se contente de substituer l'appréciation du Dr H_____ à celle de l'experte. De plus, le fait que la Dresse E_____ se rallie aux conclusions du Dr H_____ apparaît contradictoire avec ses rapports antérieurs et ses conclusions en rapport avec la capacité de travail de la recourante. En ce qui concerne le Dr C_____, son rapport du 13 avril 2015 ne permet pas de remettre en question l'expertise de la Dresse J_____, pour les mêmes motifs qu'exposés dans le cadre de l'analyse de la valeur probante de l'expertise du Dr H_____. En outre, l'argumentation du Dr C_____ est contradictoire, dans la mesure où il considère à la fois que la recourante n'est pas apte à travailler, en raison de sa médication contenant des dérivés morphiniques, et que cette dernière a fait des efforts pour ne plus être dépendante de ce traitement. On relèvera encore que le Dr C_____ reproche à l'experte de s'écarter de la littérature médicale, sans expliciter son argument. En tout état de cause, cette critique tombe à faux, dans la mesure où il appartient précisément à un expert appelé à se prononcer sur l'état de santé d'un assuré, de procéder à une analyse factuelle du cas, et non de se contenter de rapporter des éléments théoriques issus de la littérature médicale. S'agissant enfin du certificat du 8 avril 2015 établi par la Dresse K_____, il s'appuie exclusivement sur les déclarations de la recourante et le ressenti de son auteur. En réalité, les reproches formulés à l'endroit de l'experte par la recourante et son médecin ne sont étayés ou rendus vraisemblables par aucun élément objectif figurant au dossier, de sorte qu'ils ne peuvent pas être pris en compte. Par ailleurs, on notera encore que la Dresse K_____ n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité

de travail et susceptible de nécessiter des investigations complémentaires aux expertises rhumatologiques ordonnées par l'intimé. d) Compte tenu de ce qui précède, il convient de se fonder sur les expertises des Drs H_____ et J_____, ainsi que sur les avis du SMR validant leurs conclusions, pour établir la capacité de travail de la recourante. Il en découle que depuis le 5 octobre 2011, la recourante a présenté les incapacités de travail suivantes, dans toutes activités : - 100% du 5 octobre 2011 au 31 août 2012 ; - 60% du 1^{er} septembre 2012 au 5 mai 2013 ; - 100% du 6 mai au 25 août 2013 ; - 60% dès le 26 août 2013 ; - 30% dès la fin du mois d'octobre 2013 ; - 20% dès le 23 septembre 2014. Dans la décision querellée, l'intimé a alloué à la recourante un trois-quarts de rente du 1^{er} novembre 2012, soit six mois après le dépôt de la demande de prestation (art. 28 et 29 al. 1 LAI), au 31 décembre 2013. Compte tenu des périodes d'incapacité de travail exposées précédemment et du fait que l'intimé les a admises, il apparaît que ce dernier n'a pas tenu compte de l'aggravation de l'incapacité de travail de la recourante intervenue entre le 6 mai et le 25 août 2013, ce qu'il avait pourtant fait dans son projet de décision du 5 février 2014. En l'occurrence, la recourante a droit à un trois-quarts de rente, fondé sur un degré d'invalidité de 60%, du 1^{er} novembre 2012 (art. 28 et 29 al. 1 LAI) au 31 août 2013. Dès le 1^{er} septembre 2013, soit à l'issue d'un délai de trois mois dès la péjoration de son état de santé (art. 88a al. 2 RAI), la recourante a droit à une rente entière d'invalidité, jusqu'au 30 novembre 2013. En effet, dans la mesure où l'état de santé de la recourante s'est amélioré dès le 26 août 2013 et où la capacité de travail de la recourante était de 70% dès la fin du mois d'octobre 2013, le droit à la rente de la recourante prend fin au 30 novembre 2013 (art. 88a al. 1 RAI). Or, un degré d'invalidité de 30% (100% - 70%) n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par conséquent, la décision querellée devra être partiellement annulée et réformée dans le sens de ce qui précède. Il convient encore de préciser que dans la mesure où la recourante est capable de mettre à profit sa capacité de travail résiduelle dans son activité habituelle, aucune mesure professionnelle ne se justifie. 16. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis.![endif]>![if> La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; 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 A la forme :

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