

GE_GERICHTE A/927/2015 vom 16. März 2016

GE Cour de justice, 2016-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_927_2015

FR: GE_GERICHTE A/927/2015 du 16 mars 2016

IT: GE_GERICHTE A/927/2015 del 16 marzo 2016

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER 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 ou la recourante), née le _____ 1972, a travaillé en dernier lieu en qualité de gérante d'une boutique de prêt-à-porter et de décoration d'intérieur, de 2006 à 2009. Le 21 juin 2010, elle a déposé une demande de prestations AI, précisant qu'elle souffrait d'arthrose aux pieds, au dos et aux hanches et d'une spondylarthrite ankylosante. 2. Dans un rapport à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) daté du 2 juillet 2010, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics suivants avec effets sur la capacité de travail : - rhumatisme juvénile à l'âge de 9 ans avec atteinte de la hanche et de la cheville gauche et du coude droit ; - conflit fémoro-acétabulaire de la hanche gauche ; - arthrose de la cheville gauche débutante ; - fasciite plantaire. La Dresse B_____, qui suivait l'assurée depuis 2001, a indiqué que l'assurée était connue pour une arthrite juvénile à l'âge de 9 ans. En 2001, celle-ci l'avait consultée en raison de douleurs des deux pieds. Par la suite, l'assurée avait présenté des douleurs à la hanche, au genou et à la cheville gauches, nécessitant régulièrement des traitements par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). En 2007, une coxarthrose débutante avec interligne conservé avait été objectivée mais un traitement chirurgical n'avait pas été retenu. Remontant au 4 septembre 2009, la dernière consultation avait été motivée par l'apparition de talalgies surtout à gauche et de douleurs au tendon d'Achille. La Dresse B_____ avait alors proposé un traitement par ondes de choc. N'ayant pas revu l'assurée depuis, elle demeurait sans nouvelles de l'issue de ce traitement. Au niveau de la hanche gauche, la Dresse B_____ pronostiquait une évolution progressivement défavorable. Étant donné que l'assurée était au chômage lors de la dernière consultation, elle ne se prononçait pas sur son incapacité de travail dans son activité habituelle. Dans ce contexte, elle retenait néanmoins qu'un travail dans la vente n'était pas adapté. En effet, l'assurée présentait une pathologie évolutive de la hanche et de la cheville gauche. Partant, un travail en position assise devait lui être proposé – et non en position debout. Des mesures professionnelles lui paraissaient indiquées. 3. Le 22 juillet 2010, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a fait état d'une spondylarthrite séronégative HLA-B27 connue depuis janvier 2010. Ce diagnostic exerçait, selon lui, des effets sur la capacité de travail, contrairement aux troubles de la personnalité type borderline, au status post néphrectomie gauche en 1991 et à l'hydronéphrose d'origine indéterminée. Connue pour des douleurs chroniques aux pieds et à la hanche gauche depuis plusieurs années, l'assurée avait été hospitalisée du 21 au 27 avril 2010 en orthopédie aux Hôpitaux

universitaire de Genève (ci-après HUG) pour une intervention à la hanche gauche – résection du labrum antérieur par arthroscopie. Depuis lors, on observait une diminution des douleurs à la hanche. Celles-ci persistaient cependant aux pieds. La mise en évidence récente d'une « spondylarthropathie » (recte : spondylarthropathie) séronégative permettait d'expliquer les symptômes. Toutefois, le status clinique n'était actuellement « pas contributif », notamment sans signe d'arthrite. Les douleurs en station debout empêchaient l'assurée d'exercer sa profession de vendeuse. N'étaient ainsi pas exigibles les activités exercées uniquement en position debout, celles exercées principalement en marchant (terrain irrégulier), celles impliquant une rotation en position assise ou en position debout. Le port de charges était limité à trois kilos. Enfin, l'assurée présentait une résistance au stress limitée. Ces restrictions étaient valables depuis juin 2009. >[if> 4. Dans deux rapports datés respectivement des 19 et 20 septembre 2010, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis décembre 2003 suite à une hospitalisation aux HUG en août 2003, laquelle faisait suite à un tentamen en lien avec la séparation d'avec son mari. Depuis 2003, l'état clinique de l'assurée était caractérisé par une labilité émotionnelle plus ou moins importante selon les périodes. Ce médecin avait assisté à trois épisodes anxio-dépressifs souvent en lien avec ses relations sentimentales instables et une sensibilité importante aux situations d'abandon. En conclusion, elle retenait un trouble dépressif récurrent et une personnalité labile de type borderline présents depuis 2003, sans répercussion sur la capacité de travail. >[if> 5. Le 18 octobre 2010, le docteur E_____, chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a rapporté avoir revu l'assurée à cinq mois et demi de l'intervention à la hanche gauche. La fonction de celle-ci était nettement améliorée et les douleurs également. En revanche, ce médecin ne se prononçait pas sur la polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée récemment et laissait le soin à la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, de se prononcer sur la reprise éventuelle d'une activité professionnelle. >[if> 6. Dans un rapport du 13 mars 2011, le Dr C_____ a mentionné que l'état de santé de l'assurée était inchangé depuis son précédent rapport du 22 juillet 2010. Il ne fallait pas s'attendre à un retour au travail ultérieurement, ni dans le même ni dans un autre, référence étant faite au dernier rapport pour les motifs. >[if> 7. Le 2 avril 2011, la Dre F_____ a indiqué que depuis l'automne 2010, l'anamnèse et l'état clinique pouvaient suggérer une spondylarthropathie. Une mise sous salazopyrine début octobre 2010 avait produit de bons résultats sur bon nombre de douleurs. Dès fin 2010, elle ne prenait aucun anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS). En revanche, l'état de santé s'était aggravé il y a un mois compte tenu d'une résurgence des douleurs début mars 2011. La capacité de travail dans l'activité habituelle de gérante de magasin était nulle depuis avril 2009 à ce jour. Quant aux limitations fonctionnelles dues à la hanche et à la cheville gauche, elles étaient fluctuantes. Une activité à 50% dans un travail adapté, permettant d'alterner les positions et n'impliquant pas le port d'objets lourds, était toutefois envisageable. De même, une reconversion professionnelle paraissait indiquée. >[if> 8. Le 26 septembre 2011, la Dre F_____ a précisé que le traitement par salazopyrine ne produisait plus ses effets avec le temps. Selon les jours, les limitations fonctionnelles concernaient le rachis, la hanche et la cheville gauches. Actuellement, l'assurée souffrait de polyarthralgies. Sa capacité de travail était nulle dans toute activité depuis l'été 2011. Le traitement en cours était à base de Tramal, paracétamol et d'AINS. Une demande de prise en charge d'un traitement par anti-TNF (inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale ; Tumor Necrosis Factor) était en cours. Selon réponse aux anti-TNF, une

reprise professionnelle était envisageable dans un travail adapté. 9. Dans un rapport du 19 février 2012, la Dresse F_____ a mentionné que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis l'automne 2011, sans changement dans les diagnostics, ni dans l'incapacité de travail qui demeurait entière. Les limitations fonctionnelles étaient fluctuantes au niveau du rachis lombaire, de la hanche et de la cheville gauche. Un traitement par anti-TNF n'avait pas été introduit, car il existait peu de signes compatibles avec une spondylarthropathie active. L'assurée était uniquement sous AINS (Tramal). Elle ne l'avait pas revue depuis début décembre 2011. À ce moment, la maladie paraissait peu active au niveau inflammatoire. 10. Le 19 juillet 2012, le SMR a considéré qu'au vu de l'aspect peu clair de la situation, un examen rhumatologique au SMR s'imposait. 11. Le 24 septembre 2012, le docteur G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et rééducation, expert certifié par la SIM, a reçu l'assurée, l'a examinée et rendu son rapport le 14 novembre 2012. Après avoir analysé son dossier, retracé l'anamnèse et recueilli ses plaintes, le Dr G_____ a posé le diagnostic de possible spondylarthropathie HLA-B27 positive M45 et de coxarthrose gauche débutante. En revanche, l'arthrose débutante de la cheville gauche était sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'appréciation du cas, le Dr G_____ a indiqué qu'aux dires de l'assurée, les douleurs articulaires s'étaient péjorées en 2006 mais répondaient encore au repos le week-end et étaient, depuis lors, de pire en pire. L'assurée utilisait des termes dramatiques pour décrire l'importance des symptômes : lorsqu'elle marchait une heure en ville, c'est comme si elle avait traversé la terre entière ; lorsque les douleurs étaient à leur apogée, l'assurée avait l'impression d'avoir été battue par dix personnes avec des battes de baseball. Selon le Dr G_____, les douleurs décrites par l'assurée étaient clairement de type mécanique, avec un dérouillage matinal d'une à deux minutes. De façon non cohérente avec l'importance des douleurs annoncées, l'assurée prenait un traitement peu conséquent, sous forme d'opiacés légers, à raison de dix à quinze jours par mois. Elle ne prenait plus d'anti-inflammatoires depuis juillet 2011. L'assurée restait capable de faire le ménage dans son deux pièces, le faisait tranquillement, fractionnait les tâches. Les symptômes décrits par l'assurée étaient très atypiques ce jour pour une spondylarthrite ankylosante et la gestuelle spontanée discordante avec l'ampleur des symptômes annoncés. L'examen articulaire périphérique permettait d'exclure une arthrite. Il n'y avait pas non plus de ténosynovite, notamment au niveau du tendon d'Achille. L'assurée avait une limitation de la mobilité du coude droit, modérée, de longue date, évoquant une arthrose fixée ou un status post-traumatique. Elle n'avait jamais eu cependant de traumatisme à ce niveau. Les différents documents médicaux dans le dossier ne précisaient pas quelle était l'étiologie du flexum du coude droit. Dans un status post-arthroscopie de la hanche gauche pour un conflit fémoro-acétabulaire, l'assurée avait une légère limitation de la mobilité en flexion. La mobilisation restait extrêmement douloureuse tant en flexion qu'en rotation interne, de même que la palpation coxofémorale. L'examen des genoux était peu significatif, avec une mobilité complète et indolore. Toutefois, une douleur à la palpation des compartiments internes orientait vers un problème dégénératif débutant. L'examen des chevilles était sans particularité, avec une mobilité complète et indolore. En revanche la palpation appuyée du talon droit était douloureuse. La recherche des points de Smythe ne permettait pas de conclure à une fibromyalgie pouvant expliquer l'importance des douleurs de l'assurée ; il n'y avait que 5 points de Smythe positifs sur 18. L'examen du rachis n'orientait pas vers une spondylarthrite ankylosante active. Selon « la réponse de la Dresse F_____ du 16.10.2012 », le diagnostic de

spondylarthropathie s'était appuyé sur des douleurs diffuses du rachis à prédominance lombaire avec des polyarthralgies comportant, outre la mise en évidence de la positivité HLA-B27, de petites érosions au niveau du calcaneum gauche. La Dresse F_____ expliquait que la présence d'une spondylarthropathie restait possible, mais qu'elle était trop peu active pour justifier un autre type de traitement que les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Le Dr G_____ partageait cet avis, en ce sens que la spondylarthropathie restait possible et justifiait dès lors des limitations fonctionnelles ; il n'y avait selon les éléments objectifs à disposition aucun signe de gravité et il y avait lieu de conclure que l'exigibilité était complète dans une activité adaptée. La possible spondylarthropathie n'expliquait que partiellement l'importance des symptômes de l'assurée. Étant donné que la Dresse F_____ était d'avis que les difficultés de l'assurée étaient également dues à une problématique psychiatrique, le Dr G_____ laissait le soin au docteur H_____, médecin SMR, de demander des informations complémentaires au psychiatre traitant de l'assurée, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. En réponse aux questions posées, le Dr G_____ a indiqué que les limitations fonctionnelles en lien avec le rhumatisme inflammatoire étaient les suivantes : - pas de travaux de force ; - pas de travail en ambiance froide ou humide ; - pas de travail de nuit ; - pas de travail debout prolongé au-delà de trente minutes d'affilée ; - pas de port de charge répété au-delà de 5 kg ; - La coxarthrose gauche débutante impliquait quant à elle l'absence de : - travail debout prolongé au-delà de trente minutes d'affilée ; - montée-descente répétée d'escaliers ; - travail accroupi ; - marche sans s'arrêter au-delà de 2 kilomètres. Depuis le 22 décembre 2009, date de la consultation auprès du docteur J_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, lequel avait retenu une spondylarthropathie, l'exigibilité était nulle le temps de la mise en place du traitement et de la stabilisation du cas. Interrogé sur l'évolution de la capacité de travail depuis lors, le Dr G_____ a indiqué qu'en tenant compte de la position debout prolongée dans une activité de vendeuse, il retenait que le poste n'était pas adapté à l'état de santé en relation avec la possible spondylarthropathie ; de plus, l'assurée présentait une coxarthrose gauche débutante. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle. En relation avec les troubles dégénératifs de la hanche gauche et de la nécessité de l'arthroscopie, une incapacité de travail totale avait été retenue par les orthopédistes depuis le 21 avril 2010 jusqu'en octobre 2010 en relation avec le status postopératoire de la hanche gauche. En ce qui concerne la capacité de travail exigible, elle était déterminée par la tolérance mécanique du rachis, de la hanche gauche et de l'activité objectivable du rhumatisme inflammatoire. Dans une activité adaptée – à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation –, le Dr G_____ retenait une exigibilité complète depuis la stabilisation du cas sous anti-inflammatoires seuls depuis le 15 novembre 2011, date de la consultation réalisée par la Dresse F_____. En cas d'intolérance à l'ibuprofène (Irfen), l'assurée pouvait prendre un anti-inflammatoire de type Cox-2 tel le célécoxib. La Dresse F_____ était à même d'adapter le traitement. 12. Le 23 novembre 2012, le Dr H_____, médecin SMR, a estimé qu'au vu du rapport convaincant « de l'expert », il convenait d'en suivre les conclusions et de considérer que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité et entière dans une activité adaptée. 13. Dans un rapport de réadaptation professionnelle du 5 juillet 2013, qui faisait suite à un entretien avec l'assurée du 8 mai 2013, l'OAI a considéré qu'il n'y avait pas lieu d'organiser une mesure d'orientation et d'aide au placement. L'assurée avait déjà suivi

divers cours suite à son inscription au chômage le 1^{er} août 2009. Suite à une première mesure IPT prévue le 22 mars 2010, qui ne s'était pas concrétisée pour raisons de santé, l'intéressée avait été sous le régime des PCM d'avril à octobre 2010. Une nouvelle mesure IPT, suivie du 14 février au 12 août 2011, avait mis en exergue de bonnes compétences professionnelles, permettant à l'assurée de travailler dans un back office comme réceptionniste. Un stage d'assistante de direction des ressources humaines avait également confirmé des aptitudes professionnelles qualifiées d'excellentes, mais celui-ci avait eu une incidence « catastrophique » sur le plan physique. Ce stage avait dû être interrompu au bout de dix jours, l'assurée ne parvenant même plus à se déplacer jusqu'à la photocopieuse. Si théoriquement, l'assurée connaissait sa valeur sur le marché économique de l'emploi, elle savait également à quel point elle était diminuée par son atteinte, persuadée qu'elle ne pourrait pas tenir professionnellement. Selon ses indications, elle n'arrivait même pas à taper une page A4 à l'ordinateur ni à cliquer plus de cinq minutes sur une souris.

14. Le 18 juillet 2013, la Dresse F_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et son statut plus ou moins stable. Les limitations fonctionnelles en lien avec les rachis lombaire, la hanche et la cheville gauche étaient fluctuantes et la capacité de travail nulle dans toute activité depuis l'été 2011. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Le traitement actuellement suivi était à base d'AINS et d'analgésiques. L'assurée faisait l'objet d'un suivi psychiatrique depuis des années. En raison des douleurs chroniques et de l'impact des problèmes psychiques, une reprise du travail n'était pas possible actuellement.

15. Par projet de décision du 30 septembre 2013, l'OAI a considéré que les conditions d'octroi d'une rente entière d'invalidité étaient remplies pour une durée limitée. Depuis le mois de décembre 2009 – début du délai d'attente d'un an –, sa capacité de travail était considérablement restreinte. Au terme du délai d'attente légal, le 1^{er} décembre 2010, son incapacité de gain était entière. En conséquence, elle avait droit à une rente entière à partir de cette date. Toutefois, son état de santé s'était amélioré dès novembre 2011, permettant l'exercice de toute activité lucrative à temps complet sur le marché équilibré du travail sans formation complémentaire. Ainsi, la rente était supprimée à partir du 1^{er} mars 2012.

16. Le 16 octobre 2013, l'assurée a fait part de son désaccord avec le projet précité, faisant valoir que son état de santé s'était dégradé, contrairement à ce qui avait été retenu.

17. Par courrier daté du 5 décembre 2013, l'assurée, agissant par l'entremise de son conseil, a complété ses observations du 16 octobre 2013 en soutenant que l'instruction médicale du dossier était incomplète, en particulier d'un point de vue psychiatrique. En outre, l'OAI n'avait pas démontré en quoi son état de santé s'était amélioré depuis l'été 2011, date à laquelle l'incapacité de travail était considérée comme nulle par la Dresse F_____. À cet égard, il convenait de relever que l'aggravation de l'état de santé coïncidait avec la mise en œuvre des mesures IPT. Malgré d'excellentes compétences professionnelles et relationnelles, les services de la Fondation intégration pour tous avaient relevé sa fragilité psychique qui contre-indiquait tout état de stress, outre la problématique de santé physique et chronique.

18. Le 18 décembre 2013, le SMR a estimé qu'il était nécessaire de demander un rapport médical initial au psychiatre ainsi qu'au médecin traitant de l'assurée.

19. Le 31 janvier 2014, le Dr I_____ a posé les diagnostics suivants avec effets sur la capacité de travail :
- trouble panique (F41.0) ;
- trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, évoluant depuis au moins 2003 (F33.0) ;
- traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) ;

spondylarthropathie évoluant depuis l'enfance (1981) ;![endif]>![if> - status post ablation rein gauche en juin 1991 ;![endif]>![if> - status post intervention chirurgicale à la hanche gauche en avril 2010 ;![endif]>![if> Sur le plan des douleurs, l'assurée décrivait une période extrêmement difficile entre l'âge de 9 à 14 ans. Elle avait souvent passé des nuits entières sans dormir et à pleurer en raison des douleurs. Entre 1986 et 2009, elle « gérait » ses épisodes douloureux – qui étaient moins fréquents et moins intenses – en limitant ses activités. Par la suite, elle avait observé une accentuation et chronicisation des douleurs avec l'apparition progressive de raidissements articulaires et de pertes de fonctionnalité. Il existait une médication antalgique et anti-inflammatoire continue depuis 2009 qui entraînait des complications – notamment des carences en fer et des douleurs gastriques – et qui ne parvenait pas à contrer l'évolution des douleurs et des limitations fonctionnelles malgré l'usage d'antalgiques majeurs. Depuis des années, l'assurée considérait son corps comme un ennemi qui l'empêchait de vivre normalement et qui entravait fortement sa vie sociale, affective et professionnelle. Elle menait un combat continu pour tenter de contrôler ses douleurs. Chroniques, celles-ci entraînaient un état d'anxiété, une tension permanente, une irritabilité, des troubles du sommeil, une limitation de ses capacités de gestion émotionnelle ainsi qu'une angoisse par rapport à son avenir – tétanisation du système neurovégétatif selon le Docteur K_____, neurologue, en mai 2013. Sur le plan psychique, le pronostic était principalement lié à l'évolution de sa maladie rhumatismale qui englobait à la fois l'intensité et le caractère continu des douleurs et les limitations fonctionnelles. L'impulsivité n'était actuellement pas au premier plan. La capacité de résistance était aussi entretenue par une forte vitalité et ténacité mais qui elles aussi avaient leurs propres limites. Il existait aussi une bonne tolérance et efficacité du traitement antidépresseur qui atténuait l'anxiété et modulait la gestion émotionnelle et l'impulsivité. Le traitement actuel consistait en trois à quatre séances hebdomadaires de thérapie cognitive et comportementale. Il existait aussi un traitement psychotrope à base de paroxetine 40 mg et de temesta 1mg au besoin, pour faire face aux crises d'angoisse et aux attaques de panique. Les arrêts de travail étaient motivés par des problèmes somatiques. Il en allait de même des restrictions. Ainsi, les capacités de concentration, d'adaptation de même que la résistance étaient limitées depuis 2009. 20. Dans un rapport à l'OAI du 14 avril 2014, le docteur L_____, médecin traitant, généraliste, a mentionné qu'il suivait l'assurée depuis décembre 2013. Depuis quelques mois, elle présentait également des douleurs aux deux mains, surtout au niveau des doigts ainsi qu'à la main gauche. La Dre F_____ la suivait pour ces troubles. Les limitations fonctionnelles concernaient de multiples douleurs que l'assurée éprouvait, en position debout et assise, ainsi qu'en marchant, au niveau lombaire, aux hanches, coudes, genoux, mains, talons et aux jambes. Dans la sphère professionnelle, ces restrictions se manifestaient par une incapacité de maintenir une posture longtemps, de porter même de petites charges à cause des douleurs des mains et des bras ainsi qu'une incapacité de réaliser un travail où elle devait bouger fréquemment ou se déplacer, compte tenu d'une aggravation des douleurs lors de la marche. Parmi les activités qui pouvaient être encore exigées de l'assurée – selon liste de positions de travail et de mouvements figurant en annexe 3 du formulaire –, le Dr L_____ n'en retenait aucune.![endif]>![if> 21. Le 8 août 2014, le Dr H_____ a estimé que les médecins de l'assurée retenaient sans exception que seules les atteintes rhumatologiques avaient des conséquences sur la capacité de travail. Ainsi, les précédentes conclusions du SMR, du 23 novembre 2012, étaient toujours d'actualité.![endif]>![if> 22. Le 16 octobre 2014, la Caisse de compensation Coop a adressé à l'assurée le prononcé AI du 30

septembre 2013 et la motivation jointe à celui-ci, accompagnés d'un formulaire de demande de compensation destiné à l'Hospice général.![endif]>![if> 23. Par courrier du 4 novembre 2014, le conseil de l'assurée a reproché à l'OAI d'avoir rendu une « décision d'octroi de rente » sans en informer sa mandante ni lui-même.![endif]>![if> 24. Le 17 novembre 2014, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre « la décision de l'office de l'assurance-invalidité non datée, notifiée à la recourante en date du 16 octobre 2014 ».![endif]>![if> 25. Par courrier du 5 janvier 2015, l'assurée a informé la chambre de céans qu'elle retirait son recours du 17 novembre 2014, motif pris qu'elle venait de recevoir la confirmation de la Caisse de compensation Coop qu'aucune décision n'avait encore été rendue à son endroit par l'OAI.![endif]>![if> 26. Par arrêt du 14 janvier 2015 (ATAS/14/2015), la chambre de céans a pris acte du retrait du recours et rayé la cause du rôle.![endif]>![if> 27. Par décision du 13 février 2015, l'OAI a confirmé son projet du 30 septembre 2013, motif pris qu'il ressortait de l'instruction complémentaire menée depuis lors que seules les affections rhumatologiques motivaient une incapacité de travail dans le dernier domaine d'activité et que les médecins étaient unanimes en ce qui concerne l'atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité et les limitations fonctionnelles correspondantes.![endif]>![if> 28. Le 16 mars 2015, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant principalement à son annulation et à ce qu'il soit dit et constaté que son droit à une rente entière d'invalidité devait être maintenu au-delà du 31 mars 2012, ce pour une durée indéterminée. Subsidairement, elle concluait à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire – rhumatologique, neurologique et psychiatrique –, le tout sous suite de dépens. Compte tenu de la liste importante des limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr G_____, l'OAI en collaboration avec la Fondation intégration pour tous (IPT), avait mis en place une mesure d'orientation et d'aide au placement. Or, un précédent stage effectué dans le cadre de l'assurance-chômage avait dû être interrompu après dix jours seulement en raison de son incidence catastrophique sur le plan physique. Cela jetait pour le moins un doute sur la capacité de travail entière dans une activité adaptée retenue depuis le 15 novembre 2011 par le Dr G_____, date de « la stabilisation du cas sous anti-inflammatoires ». Par ailleurs, les Drs C_____, F_____ et L_____ se prononçaient en dernier lieu en faveur d'une incapacité de travail totale dans toute activité. Il était donc totalement arbitraire que l'OAI admette une capacité de travail entière, qui plus est sans diminution de rendement dans la cadre d'une activité adaptée. En outre, il paraissait incompréhensible que l'OAI n'ait pas pris contact avec le docteur K_____, neurologue, qui suivait la recourante depuis l'été 2013 dans le contexte d'une aggravation des symptômes douloureux. Il était non moins incompréhensible que malgré les diagnostics psychiatriques incapacitants retenus par le Dr I_____, l'OAI n'ait pas complété l'examen rhumatologique du Dr G_____ par une expertise psychiatrique alors même que la recourante était suivie par un psychiatre depuis 2003. Ainsi la décision reposait sur une étude lacunaire du dossier tant du point de vue psychiatrique que neurologique.![endif]>![if> En ce qui concerne la détermination du degré d'invalidité, l'OAI avait tenu compte d'une réduction supplémentaire de 10% en raison de l'activité légère seule possible, et des limitations fonctionnelles. Toutefois, les limitations résultant des atteintes psychiatriques n'avaient pas été retenues par l'OAI puisque ce volet du dossier n'avait tout simplement pas été instruit. Or l'impact négatif de la médication psychiatrique sur les ressources tant psychiques que physiques de la recourante ne permettait absolument pas une exigibilité théorique entière dans le cadre d'une activité adaptée. L'OAI se devait dès lors de tenir compte d'une diminution de rendement significative en procédant à un

abattement d'au moins 20% sur le salaire statistique. 29. Par communication du 23 mars 2015, la chambre de céans a imparti un délai supplémentaire à la recourante pour compléter son recours. 30. Le 23 avril 2015, la recourante a allégué que d'un point de vue rhumatologique son état de santé s'était aggravé par rapport à la situation qui prévalait à la date du rapport de la Dresse F_____ du mois de juillet 2013. Face à l'aggravation des atteintes et de l'absence d'effet des traitements à base d'AINS et autres antalgiques, ce médecin avait introduit en 2014 un médicament biologique à titre d'essai. Celui-ci n'ayant pas produit l'effet escompté, la mesure thérapeutique avait été stoppée début 2015. Dès lors que l'incapacité de travail résultait essentiellement des polyarthralgies et rachialgies, en particulier lombaires chroniques s'inscrivant dans un contexte d'une discopathie en L5-S1 ainsi que d'un probable diagnostic de spondylarthropathie (rhumatisme inflammatoire) invoqué par la Dresse F_____, des investigations étaient en cours. Il était à relever que le probable rhumatisme inflammatoire évoqué par la Dresse F_____ coïncidait avec les constatations du Dr L_____ qui, depuis le début de l'année 2014, relevait les multiples douleurs, synonymes de limitations fonctionnelles importantes, que l'assurée présentait, en position debout et assise, ainsi qu'en marchant, au niveau lombaire, aux hanches, coudes, genoux, mains, talons et aux jambes. 31. Le 1^{er} juillet 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'appréciation de la capacité de travail de la recourante reposait sur un examen rhumatologique effectué par le Dr G_____ le 24 septembre 2012. Le rapport de ce médecin, du 14 novembre 2012, devait se voir reconnaître pleine valeur probante. Contrairement à ce qu'alléguait la recourante, ses psychiatres avaient été interrogés. La Dresse D_____ indiquait dans son rapport du 19 septembre 2010 que du point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de contre-indication pour la reprise d'une activité professionnelle adaptée. Pour sa part, le Dr I_____ retenait dans son rapport du 31 janvier 2014 que les arrêts de travail étaient motivés par des problèmes somatiques. Par conséquent, la demande de la recourante de mettre en œuvre une expertise psychiatrique n'était pas justifiée. La recourante avait également été reçue par le service de réadaptation le 8 mai 2013, afin de mettre en œuvre une mesure d'orientation et d'aide au placement. Étant donné que l'intéressée n'avait montré aucune motivation pour les mesures proposées, c'est à juste titre que l'intimé avait renoncé à leur mise en œuvre et procédé à la comparaison des gains pour déterminer le taux d'invalidité. L'abattement de 10% opéré tenait compte de manière appropriée des différents éléments qui pouvaient influencer concrètement sur les perspectives salariales dans le cadre d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière. 32. Le 28 juillet 2015, la recourante a répliqué, faisant valoir que les conclusions de l'examen rhumatologique du Dr G_____ étaient incomplètes quant au diagnostic retenu, respectivement contestées quant aux limitations fonctionnelles affectant sa capacité de travail résiduelle. La recourante en voulait notamment pour preuve les investigations en cours dans le cadre de la consultation du Centre multidisciplinaire de la douleur des HUG. Aussi a-t-elle produit un rapport de consultation établi par la doctoresse M_____, responsable du centre, à l'issue d'une consultation remontant au 17 juin 2015. Selon la Dresse M_____, la recourante présentait des douleurs musculo-squelettiques diffuses sur une probable spondylarthropathie et une sensibilisation centrale. Depuis l'arrêt de la dolxétine (Cymbalta), elle ressentait davantage de douleurs diffuses dans les 4 membres, principalement aux membres inférieurs. Aussi la Dresse M_____ avait-elle proposé à la recourante de discuter avec la Dresse F_____ d'un ajustement médicamenteux. En outre, elle avait prévu de revoir la recourante en consultation multidisciplinaire « à la rentrée ».

33. Le 19 août 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions et produit un avis, daté du même jour, du SMR. Selon le Dr H_____, les éléments ressortant du rapport de la Dresse M_____ étaient tous déjà connus et avaient déjà été évalués par l'examen SMR de septembre 2012.!

34. Par communication du 12 octobre 2015, la chambre a informé les parties que la cause était 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. 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. 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).!

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.!

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 29 février 2012.!

6. 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 et 125 V 413 consid. 2d ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 520/05 du 28 décembre 2006, et I 554/06 du 21 août 2006). 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 (cf. 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 372 consid. 2b et 390 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 arrêts cités). 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).!

7. 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 1er janvier 2008).

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

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

c. 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).

c/aa. 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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). c/bb. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). c/cc. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). 9. 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).!>10. 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).

En l'espèce, l'intimé a limité le droit de la recourante à la rente au 29 février 2012. Il a admis le droit de la recourante à une rente entière du 1^{er} décembre 2010 – terme du délai d'attente d'une année – au 29 février 2012. Il a considéré que dès le 1^{er} mars 2012, le degré d'invalidité était de 17%, soit un degré insuffisant pour maintenir le droit à la rente.

L'intimé s'est fondé sur les avis du SMR du 8 août 2014 et du 23 novembre 2012, selon lesquels la recourante avait recouvré une capacité de travail entière dès le 15 novembre 2011, ce dans une activité adaptée. Le SMR s'est lui-même référé aux conclusions du Dr G_____ du 14 novembre 2012. Il sied de rappeler que selon le Dr G_____, la recourante présentait une incapacité de travail complète du 22 décembre 2009 – date de la consultation auprès du Dr J_____, lequel avait retenu une spondylarthropathie – au 14 novembre 2011. À partir du 15 novembre 2011, il convenait de considérer que le cas était stabilisé sous anti-inflammatoires seuls et l'exigibilité complète dans une activité adaptée à traduire en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation. L'intimé n'a toutefois pas donné suite aux recommandations du Dr G_____. Il a suivi l'avis de sa conseillère en réadaptation. Celle-ci a considéré qu'il n'y avait pas lieu d'organiser une mesure d'orientation et d'aide au placement (projet IPT). La recourante avait déjà bénéficié d'une telle mesure dans le cadre de l'assurance-chômage en 2011, avec un stage comme assistante de direction des ressources humaines. Au vu de son incidence « catastrophique sur le plan physique », celui-ci avait dû être interrompu au bout de dix jours. De plus, la recourante était persuadée qu'elle ne pourrait pas tenir professionnellement en cas de reconduction du projet IPT dont elle avait déjà suivi les modules théoriques il y a deux ans. La recourante conteste le rapport du Dr G_____, selon lequel elle disposerait d'une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée après le 29 février 2012. Elle met en avant les limitations fonctionnelles importantes retenues par le Dr G_____, la tentative de stage non concluante effectuée en 2011 ainsi que l'incapacité de travail entière dans toute activité retenue en dernier lieu par les Drs C_____, F_____ et L_____. Elle pointe également du doigt une instruction lacunaire du dossier d'un point de vue psychiatrique et neurologique. Pour sa part, l'intimé est d'avis que la cause est suffisamment instruite et les conclusions du Dr G_____ sans équivoque. De plus, une expertise psychiatrique ne se justifie pas puisque le Dr I_____, psychiatre traitant de la recourante, indique que les arrêts de travail et les restrictions sont motivés par des problèmes somatiques. Le point de vue de l'intimé ne saurait être suivi. Premièrement, en affirmant qu'on observe une stabilisation de l'état de santé sous anti-inflammatoires à partir du 15 novembre 2011, le Dr G_____ ne se prononce pas sur l'aggravation de l'état de santé – attestée par la Dresse F_____ le 2 avril 2011 – qui a précédé son appréciation. Deuxièmement, l'état stabilisé retenu par le Dr G_____ ne tient pas compte du caractère fluctuant de la maladie rhumatismale dont la Dresse F_____ fait état en évoquant tantôt des limitations fonctionnelles dues au rachis, à la hanche et à la cheville variant « selon les jours » (cf. pièce 54 intimé, p. 1), tantôt une maladie paraissant « peu active au niveau inflammatoire » début décembre 2011 (cf. pièce 58 intimé p. 2). C'est le lieu de rappeler que lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité

résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie qui évolue par poussées, il convient d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte notamment de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'est pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation; celle-ci doit bien au contraire tracer de manière précise l'évolution – passée et future – de la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_153/2015 du 3 novembre 2015 consid. 3.2). En l'espèce, le rapport du Dr G_____ n'intègre manifestement pas cette problématique. De plus, la stabilisation alléguée est sérieusement mise en doute par l'apparition de douleurs nouvelles aux deux mains, surtout au niveau des doigts ainsi qu'à la main gauche, rapportées par le Dr L_____ qui, le 14 avril 2014, en situe l'apparition à « quelques mois », sans plus de précisions sur leur étiologie. Ainsi, l'instruction du dossier apparaît lacunaire d'un point de vue rhumatologique. Elle l'est également d'un point de vue neurologique puisque l'intimé n'a pas jugé opportun d'interroger le Dr K_____, neurologue traitant – qui, en mai 2013, faisait état d'une tétanisation du système neurovégétatif, rapportée par le psychiatre traitant le 31 janvier 2014 – et qu'un phénomène de sensibilisation centrale, dont on ignore la date d'apparition, a été évoqué par la Dresse M_____ sans faire l'objet d'investigations plus poussées à ce jour, quoi qu'en dise le SMR. En outre, l'intimé a beau relever que le psychiatre traitant, le Dr I_____, indique que les arrêts de travail sont motivés par des problèmes somatiques, il n'en reste pas moins que ce même médecin a posé, dans le même rapport du 14 janvier 2014, les diagnostics psychiatriques « avec effet sur la capacité de travail » de trouble panique (F41.0), trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, évoluant depuis au moins 2003 (F33.0) et de traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). De plus, le Dr I_____ mentionne que les douleurs chroniques entraînent un état d'anxiété, une tension permanente, une irritabilité, des troubles du sommeil, une limitation de ses capacités de gestion émotionnelle ainsi qu'une angoisse vis-à-vis de l'avenir. Enfin, ce médecin indique que sur le plan psychique, le pronostic est principalement lié à l'évolution de la maladie rhumatismale qui englobe à la fois l'intensité et le caractère continu des douleurs et limitations fonctionnelles. Sans se prononcer sur les limitations somatiques, il mentionne que les autres limitations se manifestent par une capacité de concentration et d'adaptation ainsi qu'une résistance limitée, ce qui souligne la nécessité d'une approche interdisciplinaire. Or, cette dernière fait précisément défaut. Dans la mesure où les conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGA s'appliquent à la décision par laquelle une rente échelonnée ou limitée dans le temps est accordée à la personne assurée, la modification du droit à la rente entière – réduction ou suppression – suppose une modification des circonstances, soit une amélioration de l'atteinte à la santé susceptible de rétablir la capacité de gain, force est de constater qu'au regard de l'aggravation de l'atteinte, notamment aux mains, et des limitations fonctionnelles supplémentaires retenues par le Dr L_____, des douleurs musculo-squelettiques diffuses relevées par la Dresse M_____ – en cours d'investigation –, des troubles psychiques – corrélatifs aux douleurs chroniques – évoqués par le Dr I_____ et des aspects neurologiques du cas, quasiment inexplorés à ce jour, on ne saurait retenir qu'il est établi en l'état, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une amélioration au sens de l'art. 17 LPGA est véritablement intervenue. La situation demeure peu claire à cet égard. 12. En conséquence et vu la jurisprudence du Tribunal fédéral, il y a lieu d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire rhumatologique, neurologique et psychiatrique en

sollicitant plus particulièrement l'avis des experts sur les éventuelles fluctuations de l'affection rhumatismale de la recourante, ses limitations effectives en situation réelle, sa capacité de travail et le type d'activité qu'elle serait, le cas échéant, à même d'exécuter.![endif]>![if> La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- 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]). Étant 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 500.-. *** 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.