RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/1346/2020** **ATAS/309/2021**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

## Arrêt du 6 avril 2021

**1ère Chambre**

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Jacques MARTIN — recourante

contre

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

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

## EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1965, a obtenu un diplôme de secrétaire en 1982. Depuis le 1er janvier 1987, elle a travaillé à temps complet pour le Domaine B_____SA (ci-après : la société), société dirigée par sa mère, Madame C_____, et exploitant une maison de repos. L'assurée y a exercé différentes activités, dont des tâches d'employée polyvalente de 1982 à 1983, de secrétariat de 1983 à 1986, de secrétariat et d'aide comptable de 1987 à 1993 et d'adjointe administrative de 1994 à 2003. Dès 2003, elle a assumé la fonction de directrice de la société et a obtenu, le 15 avril 2006, un certificat de directrice d'établissements médico-sociaux (ci-après : EMS) pour personnes âgées.

2. L'assurée a subi plusieurs interventions chirurgicales au niveau lombaire. Elle a ainsi été opérée en urgence au mois de mai 2000 pour une hernie discale L4-L5 gauche complètement luxée et en octobre 2010 pour une récidive. Le 7 février 2011, elle a été opérée pour une hernie discale L3-L4 et le 12 février 2011 pour une reprise de ladite hernie. Une intervention pour spondylodèse lombaire de L3 à S1 a été réalisée le 11 novembre 2011, dont l'évolution a été compliquée par une pseudarthrose au niveau de la greffe. Une nouvelle intervention a été réalisée le 8 mars 2012 ayant consisté en une reprise après une spondylodèse L3 à S1, une pseudarthrose L4-L5 et L5-S1 et une nouvelle spondylodèse avec un avivement de tous les massifs articulaires (cf. rapports et protocoles opératoires du docteur D_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, des 8 mars et 7 octobre 2011, 8 mars 2012 et 10 octobre 2016).

   L'assurée a été en incapacité de travail à 100% du 24 janvier au 20 mars 2011, à 70% du 21 mars au 17 mai 2011, à 50% du 18 mai au 13 juin 2011, à 0% du 13 juin au 21 août 2011, à 50% du 22 août au 9 novembre 2011 et à 100% depuis le 10 novembre 2011 (cf. décomptes de prestations d'Allianz Suisse, assurance-maladie collective).

3. Le 21 juin 2012, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

4. Par rapport du 30 juillet 2012, le Dr D_____ a diagnostiqué une instabilité lombaire et une spondylodèse L3 à S1. Le traitement consistait en la prise quotidienne de médicaments et le port d'un corset à la demande, et les limitations fonctionnelles en une raideur lombaire. L'incapacité de travail était totale depuis le 10 novembre 2011 en raison des lombalgies.

5. À partir du 2 août 2012, l'assurée a repris son travail à 50%, puis à plein temps dès le 2 janvier 2013.

6. Le 28 février 2013, le contrat de travail de l'assurée a été résilié pour le 31 mai 2013, suite à la vente de la société.

7. Par rapport du 21 mai 2013, le service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a considéré que les incapacités de travail dans l'activité habituelle étaient

justifiées et qu'il convenait de déterminer l'exigibilité dans une activité adaptée si l'activité habituelle n'était pas complètement adaptée. Un descriptif du poste de travail devait être demandé.

8. Le 5 juin 2013, l'assurée s'est inscrite à l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) et a bénéficié des prestations cantonales en cas de maladie.

9. Le 27 juin 2013, la société a transmis à l'OAI le compte salaire de l'assurée pour les années 2010 à 2013 et l'a renseigné sur la description des tâches qui incombaient à l'assurée. Cette dernière assumait des activités administratives et relationnelles pour lesquelles elle devait souvent être assise (34-66% de son temps de travail, soit jusqu'à 5 heures et demi) souvent marcher (34-66% de son temps de travail, soit jusqu'à 5 heures et demi) et parfois rester debout (6-33% de son temps de travail, soit jusqu' à environ 3 heures et demi). Elle ne devait que rarement (1-5% de son temps de travail, soit jusqu'à environ 30 minutes) soulever ou porter des charges, ce qui lui était interdit. Les exigences intellectuelles étaient grandes.

10. Le 19 septembre 2013, l'assurée a informé l'OAI que son état de santé s'était récemment aggravé.

11. Dans un avis non daté, numérisé par l'OAI le 2 octobre 2013, le SMR a considéré que le descriptif du poste de travail était parfaitement adapté à l'état de santé de l'assurée. Toutefois, elle n'avait pas encore reçu le dernier rapport du médecin traitant.

12. Par rapport du 6 novembre 2013, le Dr D_____ a signalé une aggravation de l'état de santé de la recourante, laquelle présentait une pseudarthrose L5-S1 après une spondylodèse. La marche était impossible et l'incapacité de travail totale dans l'activité de directrice d'EMS, une nouvelle intervention devant être organisée.

13. Le 20 novembre 2013, l'assurée a été opérée pour une nouvelle complication avec une pseudarthrose (cf. rapport du Dr D_____ du 10 octobre 2016).

14. Le 3 mars 2014, le Dr D_____ a indiqué que l'assurée avait eu des complications post-opératoires et que son état de santé était stationnaire depuis la dernière opération. Une reprise du travail n'était en l'état pas envisageable.

15. Par avis du 6 mars 2015, le Dr D_____ a retenu que l'évolution avait été marquée par la persistance d'un syndrome vertébral lombaire chronique. Il a fait état d'un liseré au niveau de la spondylodèse L5-S1 autour de la vis S1 gauche et d'une suspicion de pseudarthrose. L'assurée avait de grandes difficultés à rester en position assise ou debout longtemps. En fonction des douleurs, elle portait un corset et prenait du Dafalgan à la demande.

16. Par avis du 24 octobre 2015, le SMR a indiqué que les atteintes à la santé consistaient en de nombreuses interventions chirurgicales au niveau du rachis et que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Les limitations fonctionnelles comprenaient les positions assise et debout prolongées, la marche en terrain irrégulier, les montées et descentes d'escaliers, la position en porte-à-faux,

les mouvements nécessitant la rotation du rachis, le port de charge de plus de 2 kg de manière régulière. Un mandat de réadaptation était préconisé afin d'évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée.

17. Le 12 novembre 2015, l'OAI a indiqué qu'une mesure individuelle et personnalisée de type COPAI était organisée auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), afin d'évaluer les aptitudes, les compétences et les capacités de performance de l'assurée par rapport à une activité professionnelle.

18. Le 19 mai 2016, l'assurée a été opérée en urgence pour une volumineuse hernie discale C5-C6 complètement luxée ayant entraîné un syndrome vertébral cervical important avec une flexion, une extension et une rotation amenant immédiatement une douleur et une parésie dans le membre supérieur gauche. Une prothèse mobile disco-cervicale a été mise en place (cf. résumé opératoire du 19 mai 2016 et rapport du 10 octobre 2016 du Dr D_____).

19. Du 12 septembre au 9 octobre 2016, soit durant 20 jours à temps complet, l'assurée a suivi une mesure d'observation aux EPI.

    Selon le rapport du 2 novembre 2016, à la suite de l'évaluation, il avait été retenu que l'assurée pouvait assumer un emploi dans le secteur tertiaire à 50%, avec une baisse de rendement de 20% dans le circuit économique normal. Ses capacités physiques étaient partiellement compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal, puisqu'elle pouvait travailler en position assise durant quatre heures, le matin. Ses capacités d'adaptation et d'apprentissage étaient compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal, mais uniquement à temps partiel car une nette baisse de rythme avait été observée au fur et à mesure de la journée, et le rendement diminuait clairement l'après-midi. L'assurée était dotée d'un esprit logique et structuré, d'une bonne capacité d'analyse et saisissait sans difficulté les consignes. De plus, elle maitrisait très bien le français, tant à l'oral qu'à l'écrit. Ses capacités d'intégration sociale étaient compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal, étant relevé qu'elle respectait parfaitement le cadre et les personnes avec lesquelles elle était amenée à collaborer. Elle disposait d'excellentes compétences interpersonnelles. Les activités de type bureaucratique avaient été réalisées avec un rythme soutenu, mais en-deçà des critères du premier marché de l'emploi, avec un rendement de l'ordre de 80%. Dans toutes les activités qui avaient été proposées à l'assurée, le temps de réaction et de démarrage avait été correct. La qualité de l'attention avait diminué dès le début de l'après-midi et les pauses étaient alors plus fréquentes en raison des douleurs, ce qui perturbait le travail.

    Suite à la mesure COPAI, l'OAI avait proposé à l'assurée de suivre un stage dans le domaine ciblé du tertiaire (bureaucratique, administration, …), afin d'évaluer si une augmentation de ses rendements était envisageable, mais ce projet ne l'avait pas motivée, car elle craignait que sa santé ne se détériore en entreprenant une reprise du travail. Elle était persuadée qu'elle ne réussirait pas à gérer son effort, irait

jusqu'au bout de ses forces et passerait ensuite la deuxième partie de journée allongée pour récupérer. De plus, elle avait dû augmenter la prise de médicaments durant la mesure, alors qu'auparavant le fait de s'allonger de suite après un effort lui avait permis d'éviter la prise d'antidouleurs.

20. Dans un rapport du 10 octobre 2016, le Dr D_____ a indiqué avoir revu le jour même l'assurée, qu'il connaissait depuis le mois de mai 2000. Elle mentionnait encore quelques plaintes au niveau cervical, mais l'évolution était plutôt favorable. Le problème lombaire demeurait assez important puisqu'on s'acheminait maintenant depuis des années vers un syndrome vertébral lombaire chronique, ce qui impliquait que l'assurée ne pouvait pas garder une position longtemps, qu'elle soit assise, debout ou même couchée. Suivant les positions, elle était réveillée la nuit. Durant son stage aux EPI, elle avait dû reprendre des anti-inflammatoires et des antalgiques de type Tramal pour « tenir le coup ». Au status clinique, il y avait des raideurs segmentaires au niveau de la colonne lombaire assez importantes avec néanmoins une absence de déficit neurologique. L'instabilité lombaire persistait. En l'état, il ne pensait pas que l'assurée soit susceptible de pouvoir assumer un travail à 50%.

21. Par rapport du 22 octobre 2016, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-consultant aux EPI, a retenu que les résultats de la dernière intervention étaient favorables sur le plan fonctionnel, mais que l'assurée, polyalgique, était incapable de se déplacer ou de travailler régulièrement sans la prise de nombreux médicaments antalgiques qu'elle n'appréciait pas et qu'elle rendait responsable de sa grande fatigabilité et de ses difficultés de concentration. La situation clinique était actuellement tout juste équilibrée, mais l'assurée demeurait très fragile et toute activité un peu trop exigeante physiquement était susceptible de provoquer des douleurs ou des symptômes neurologiques qu'elle anticipait et redoutait. Le stage avait démontré qu'elle possédait de nombreuses qualités relationnelles et des possibilités de travail dans le secteur bureaucratique. Toutefois, elle n'avait plus la résistance suffisante pour avoir des rendements complets, même à temps partiel. Ses nombreuses difficultés physiques, sa fatigue et sa baisse d'énergie lui faisaient craindre toute reprise d'activité dont elle était sûre qu'elle serait néfaste pour sa santé et entraînerait de nouvelles complications. Cet aspect psychologique, ajouté à un handicap objectif, rendait toute reprise d'activité très irréaliste, même s'il existait sans doute une capacité résiduelle partielle, comme l'avait montré le passage au COPAI. Dans ce contexte, le pronostic professionnel paraissait pauvre, d'autant plus qu'il n'y avait pas de moyen de faire disparaître le handicap résiduel actuel.

22. Dans un avis du 23 novembre 2016, complété le 7 décembre 2016, le SMR a indiqué que les limitations fonctionnelles comprenaient la position assise et debout prolongée, la marche sur terrain irrégulier, la montée et descente des escaliers, la position en porte-à-faux et le port de charges limité à 2 kg, conformément aux indications contenues dans le rapport du Dr D_____ du « 19.09.2013 ». Il a conclu

que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50% dans le milieu tertiaire, soit dans une activité de type administratif, avec une baisse de rendement en phase initiale, mais qui pourrait être éliminée dès que l'assurée aurait repris un rythme, une confiance en elle et un sens dans son activité professionnelle, ce qui consistait en des éléments subjectifs n'attestant pas une baisse de rendement concrète. Il a précisé que la capacité de travail de 50% était dans l'activité habituelle, laquelle était adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

23. Selon le rapport final COPAI enregistré par l'OAI le 23 janvier 2017, l'activité adaptée identifiée correspondait en tout point à l'activité habituelle. Une capacité de travail de 50% était retenue dans le milieu tertiaire, comprenant une baisse de rendement en phase initiale, laquelle pourrait toutefois être éliminée comme exposé par le SMR. Ainsi, l'octroi d'une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 50% était proposé, étant relevé que la perte de gain se confondait avec l'incapacité de travail.

24. Par décision du 25 octobre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 30 janvier 2017 et accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1er au 31 décembre 2012 et dès le 1er septembre 2013. Il a rappelé que l'assurée avait été en incapacité de travail à 50% du 2 août au 31 décembre 2012 et qu'elle avait pu reprendre son activité habituelle à plein temps dès le 1er janvier 2013. Le versement des prestations prenait naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, de sorte que l'assurée avait droit à une demi-rente à partir du 1er décembre 2012, compte tenu de son degré d'invalidité de 50%. Dès le mois de septembre 2013, son état de santé s'état aggravé, entraînant une nouvelle période d'incapacité de travail en raison de la même atteinte. Suite à l'évaluation aux EPI, une capacité de travail de 50% était retenue dans toute activité et ouvrait donc le droit à une demi-rente dès le 1er septembre 2013, sans nouveau délai d'attente. Enfin, des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées.

25. Saisie d'un recours de l'assurée contre la décision précitée, la chambre des assurances sociale de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) l'a partiellement admis par arrêt du 9 octobre 2018 (ATAS/912/2018). Elle a annulé la décision du 25 octobre 2017 et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, il ressortait du dossier que depuis qu'elle avait annoncé une aggravation de son état de santé en septembre 2013, l'assurée avait eu plusieurs périodes d'incapacité totale de travail en raison de ses interventions chirurgicales. L'OAI avait donc retenu à tort une capacité de travail de 50% sans prendre en compte les périodes d'incapacité, et, pour ce faire, ne s'était fondé sur aucun document probant permettant de déterminer le taux et l'évolution de la capacité de travail de l'assurée.

26. Par communication du 26 février 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il allait mettre en œuvre une expertise afin de clarifier le droit aux prestations.

27. Le 3 avril 2019, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a examiné l'assurée dans le cadre d'un mandat d'expertise neurochirurgicale auprès du Centre d'expertise médicale de Lancy (ci-après : le CEML), demandé par l'OAI.

    Selon le rapport d'expertise du 4 juin 2019, l'assurée expliquait souffrir de lombalgies chroniques ; ses interventions chirurgicales n'avaient pas pu améliorer son état de manière à lui permettre de reprendre une activité quotidienne normale. Elle pouvait contrôler la douleur avec des médicaments, mais préférait les laisser en réserve et n'avait pas pris de médicaments pour son problème de dos depuis environ un à deux mois. Elle ne faisait pas de physiothérapie pour le dos et l'excluait, de même que des exercices qui donneraient un bénéfice pour le dos. Suite à son opération pour une hernie discale C5-C6, elle n'avait pas de plaintes hormis des douleurs en se séchant les cheveux ; l'intervention s'était bien passée et une nouvelle intervention au niveau de la colonne vertébrale n'avait pas été prévue ni conseillée par son chirurgien. Elle avait gardé une douleur invalidante lombaire basse et, de ce fait, jugeait impossible de reprendre une activité lucrative. La situation concernant son dos était inchangée depuis 2013. Elle vivait au Canada depuis 2013, seule dans un appartement ; là-bas, elle était propriétaire et présidente d'un club de hockey. Elle passait ses journées, seule à la maison, à dessiner, restait principalement allongée ou couchée, ne supportait pas de rester en position debout statique plus de deux minutes et difficilement assise, marchait chaque jour environ quinze minutes et suivait des matchs de hockey. Elle devait demander de l'aide à ses voisins pour beaucoup d'activités et ne pouvait porter qu'une salade. Elle venait deux fois par an en Suisse et, à ces occasions, résidait chez sa mère dont elle était entièrement dépendante financièrement. Ses limitations fonctionnelles principales étaient de rester debout ou assise de façon courte et prolongée, en mouvement de flexion et la marche prolongée plus de quinze à trente minutes.

    À l'examen clinique, la Dresse F_____ avait constaté une marche relativement fluide avec une légère boiterie en épargnant la jambe gauche, avec un polygone de sustentation non élargi. L'état musculaire était bon et il n'y avait pas de déficit sensitivo-moteur majeur au niveau des membres inférieurs, hormis une hyposensibilité partielle du territoire mixte L5 et S1 gauche distalement avec une marche normale sur la pointe des pieds et sur les talons. Il n'y avait pas d'altération de la trophicité musculaire aux membres supérieurs et inférieurs. L'assurée avait subi de multiples interventions au niveau de la colonne lombaire et présentait des lombalgies chroniques. Elle avait également été opérée pour une hernie discale cervicale C5-C6, intervention qui s'était déroulée sans complication. Le dernier bilan radiologique de 2018, au niveau de la colonne cervicale et lombaire, était en faveur d'une situation stabilisée, sans déplacement des cages, avec un bon alignement au niveau de la colonne lombaire.

    À l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'experte était surprise par le bon état musculaire et relevait l'absence d'une amyotrophie musculaire aux membres supérieurs et inférieurs, ce qui contrastait avec les informations données par

l'assurée, notant également une absence d'allodynie ou d'une atteinte neuropathique, souvent décrite chez les patients avec des douleurs chroniques. L'assurée avait été très détaillée sur certains sujets, mais très peu précise concernant sa journée type et ses activités au Canada et sa médication. À la demande comment elle estimait son état du point de vue de l'évolution, elle disait que c'était toujours la même chose depuis 2013 ; cependant, l'experte relevait qu'elle avait encore été opérée en 2016 à la colonne cervicale. L'experte se posait la question des bénéfices secondaires que l'assurée recherchait puisque celle-ci s'occupait à sa guise tout au long de la journée et déclarait en plus désirer la rente assurance-invalidité afin de ne plus être une charge pour sa mère, dont elle dépendait financièrement.

S'agissant des capacités et ressources, l'assurée avait une formation et des compétences spécifiques supérieures d'une directrice, une expérience de travail de quelques années dans l'administration et dans la finance, elle maîtrisait parfaitement le français, présidait un club de hockey au Canada avec des compétences de langage et de sport, montrait de très bonnes capacités d'interaction sociale et gérait bien sa douleur puisqu'elle n'avait pas pris de médicaments pour le dos depuis un ou deux mois, préférant les prendre de manière épisodique, au besoin. En outre, elle décrivait avoir une vie agréable, l'attestant par son rythme de vie, les petites ballades et le fait de s'occuper de son club de hockey.

Du point de vue assécurologique, dans la mesure où elle avait subi la dernière intervention au niveau de la colonne lombaire le 31 janvier 2014, une stabilisation de la colonne lombaire était probable après un an. Concernant la colonne cervicale, une stabilisation à six mois post-opératoire était en général observée.

L'experte estimait que l'assurée avait une pleine capacité de travail dans l'ancienne activité – étant précisé que l'activité de directrice était un travail principalement administratif – avec une baisse de rendement d'une heure le matin et l'après-midi afin de lui permettre d'aménager des pauses en fonction des douleurs ; l'impact des douleurs était estimé chez une assurée qui ne prenait pas des médicaments de manière régulière. L'activité adaptée aux aptitudes de l'assurée était caractérisée par une position alternée (assis/ debout), pas de port de charges de plus de cinq kilos, pas de flexion ou rotation de la colonne dorsolombaire de façon répétitives et pas de travaux nécessitant le changement de la position accroupi/ debout de façon répétitive.

28. Dans un avis du 10 juillet 2019, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'experte, estimant qu'elles étaient convaincantes. En outre, en raison des interventions chirurgicales des 20 novembre 2013 et 31 janvier 2014 au niveau lombaire, l'assurée présentait une incapacité totale de travail dès septembre 2013. À partir de janvier 2015, son état s'était stabilisé et sa capacité de travail était pleine, avec une baisse de rendement de deux heures par jour. Une nouvelle incapacité totale de travail d'une durée de six mois était justifiée par l'opération du 19 mai 2016 au niveau cervical. Dès novembre 2016, la capacité de travail était à nouveau entière.

29. Par projet de décision du 20 septembre 2019, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer une demi-rente du 1er au 31 décembre 2012, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%, et une rente entière du 1er septembre 2013 au 31 mars 2015 et du 1er mai au 31 octobre 2016, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%.

    Suite à l'arrêt du 9 octobre 2018 de la chambre de céans et après analyse des nouvelles pièces au dossier, il retenait une incapacité de travail de 100% du 22 août au 30 septembre 2011, de 50% du 1er octobre au 9 novembre 2011, de 100% du 10 novembre 2011 au 1er août 2012 et de 50% du 2 août au 31 décembre 2012. Dès le mois de janvier 2013, l'assurée avait pu reprendre son activité habituelle à temps plein. À l'échéance du délai d'attente, soit le 22 août 2012, son degré d'invalidité était de 50%, lui ouvrant le droit à une demi-rente dès le 1er août 2012. Toutefois, dans la mesure où la demande avait été déposée le 21 juin 2012 et que le versement des prestations prenait naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, le versement commençait le 1er décembre 2012. En septembre 2013, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, entrainant une incapacité totale de travail dans toute activité et ouvrant un droit à la rente dès cette date. Dès le mois de janvier [2015], l'assurée avait récupéré une pleine capacité de travail dans toute activité, avec une baisse de rendement de deux heures par jour, de sorte que le droit à la rente s'éteignait le 1er avril 2015, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. Une nouvelle incapacité de travail du 19 mai au 31 octobre 2016 était retenue, ouvrant un droit à la rente pour cette période. Le droit à la rente s'éteignait à compter du 1er novembre 2016.

30. Par courrier du 17 octobre 2019, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, s'est opposée à ce projet de décision. Elle contestait les conclusions de l'expertise du 4 juin 2019 de la Dresse F_____, qui étaient en contradiction totale avec toutes les rapports qui avaient ponctuées l'instruction du dossier jusqu'à la première décision de l'OAI du 25 octobre 2017, laquelle lui octroyait une demi-rente d'invalidité. Elle se référait aux rapports des Drs D_____ et E_____, du 10 octobre, respectivement 22 octobre 2016, au rapport du 2 novembre 2016 d'observation aux EPI, ainsi qu'à l'arrêt ATAS/912/2018 du 9 octobre 2018. Dans son expertise, la Dresse F_____ ne tenait pas compte de l'observation en milieu professionnel réalisé par le COPAI, aux EPI, qui démontrait qu'elle était incapable de tenir un emploi dans le secteur tertiaire plus de quatre heures de suite, tout en devant bouger sans cesse puisque la position assise provoquait encore des douleurs insupportables et récurrentes. Elle ne tenait pas non plus compte de la problématique de la consommation de médicaments anti-inflammatoires et antalgiques, évoquée par les Drs D_____ et E_____, qu'elle supportait extrêmement mal. La Dresse F_____ se contentait de noter qu'elle ne prenait pas de tels médicaments de manière régulière, laissant entendre qu'une consommation régulière de ces médicaments serait susceptible de provoquer une amélioration de sa capacité de travail, ce qu'elle contestait.

L'assurée joignait à son courrier un rapport du docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, daté du 11 octobre 2019, qui avait été rédigé après une consultation récente.

Dans ce rapport, le Dr G_____ reprenait la situation médicale de l'assurée et décrivait son status complet. Il estimait que l'assurée présentait un [failed back surgery syndrome] avec des douleurs lombaires et même dorsales, un sentiment de brûlures et une grande insécurité à la station debout pour les épreuves de provocation. L'assurée était hyper-réactive aux stimuli et craintive ; elle avait besoin de s'appuyer régulièrement pour se rassurer. Le syndrome vertébral était marqué. Il y avait en revanche peu de déficit neurologique objectif et la capacité de travail était avant tout liée aux douleurs, à la nécessité de changement des positions, tout cela ayant conduit à une grande crainte de tomber.

31. Par avis du 26 novembre 2019, le SMR a estimé que le rapport du Dr G_____ n'apportait pas de nouveaux éléments au dossier. La Dresse F_____ avait retenu le même diagnostic dans son rapport d'expertise et avait constaté une diminution de la mobilité lombaire.

32. Par décision du 12 mars 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision du 30 janvier 2017, accordant à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1er au 31 décembre 2012 et une rente entière du 1er septembre 2013 au 31 mars 2015 et du 1er mai au 31 octobre 2016. Il a en outre demandé la restitution de CHF 33'604.-, correspondant au trop-perçu de rente déjà versée.

33. Par acte du 7 mai 2020, l'assurée a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce qu'une rente d'invalidité correspondant à une incapacité de travail de 100% lui soit attribuée. Préalablement, elle demandait l'audition des Drs D_____, E_____ et F_____.

Elle reprenait les motifs de son courrier d'opposition et ajoutait que les constatations du Dr G_____, dans son avis du 11 octobre 2019, rejoignaient celles des Drs E_____ et D_____, ainsi que celles du stage d'observations aux EPI. L'intimé ne pouvait pas se baser sur les conclusions strictement médicales de l'expertise du 4 juin 2019 pour mettre un terme aux prestations en faveur de la recourante, puisque les observations effectuées en 2016 et 2017 ne le permettaient pas. Lors de l'instruction complémentaire du dossier, l'intimé n'avait pas procédé à de nouvelles mesures d'observation pour établir quelles activités étaient admissibles, se contentant de reprendre les conclusions de l'expertise. Or, il n'était pas parvenu à fournir d'exemples concrets d'activité raisonnablement exigible. L'intimé ne pouvait dès lors procéder à une comparaison des revenus puisqu'aucun revenu avec invalidité n'avait été retenu ; l'analyse économique faisait défaut. Sans procéder à aucune analyse du taux d'invalidité, l'intimé avait retenu à tort que la perte de gain se confondait avec l'incapacité de travail.

34. Dans sa réponse du 9 juin 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le rapport d'expertise rédigé à la suite de l'examen clinique satisfaisait manifestement aux

exigences définies par la jurisprudence ; la recourante n'exposait en rien pour quels motifs ce rapport ne devait pas être considéré comme probant et n'amenait aucun élément médical objectif nouveau susceptible de remettre en cause les conclusions formulées à cette occasion. Le fait que les médecins traitants aient une appréciation différente concernant l'état de santé de la recourante n'était en soi pas déterminant selon la jurisprudence. Les conclusions du médecin expert avaient été confirmées par les dosages sanguins effectués lors de l'examen ainsi que les déclarations de la recourante selon lesquelles cette dernière ne prenait plus de médicaments régulièrement. Le dernier rapport du Dr G_____ invoquait des douleurs et des précautions extrêmes mais ne témoignait pas d'éléments objectif nouveau quant aux limitations fonctionnelles retenues.

35. Par réplique du 28 août 2020, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions. Elle a produit un nouveau rapport, établi le 20 août 2020 par le docteur H_____, médecin généraliste, dont elle demandait également l'audition. Le rapport du Dr H_____ venait confirmer l'ensemble des rapports qui figuraient déjà au dossier et faisait suite à celui du Dr G_____. Dans l'hypothèse où la chambre de céans devait confirmer la décision de l'intimé, la recourante estimait que la restitution n'était pas possible. Une décision ne pouvait être révoquée que dans des cas restrictifs. La sécurité du droit devait l'emporter lorsque la décision en cause avait créé un droit subjectif au profit de l'administré ce qui était le cas en l'espèce. En outre, les prestations qu'elle avait perçues, l'avaient été sur la base de rapports médicaux et d'observation parfaitement réguliers.

    Dans son rapport du 20 août 2020, intitulé « résumé de santé », le Dr H_____, listait les antécédents médicaux de la recourante et estimait qu'il était peu probable que l'on puisse exiger une capacité de travail de plus de 50%. La recourante avait subi un contrôle aux HUG le 15 juillet 2020 au centre de consultation de la douleur, où on lui avait conseillé de s'équiper d'un neurostimulateur de la douleur, appareil qui était en commande pour septembre [2020]. Elle avait également débuté le 19 août 2020 un traitement anti-dépresseur-antalgique en raison d'un état dépressif réactionnel aux douleurs chroniques et aux contraintes ressenties pour la procédure AI.

36. Dans sa duplique du 7 octobre 2020, l'intimé a également maintenu ses conclusions. Le Dr H_____ retraçait le parcours médical de la recourante et exprimait son opinion personnelle mais n'apportait pas d'élément objectif nouveau. S'agissant de la restitution, l'intimé se référait à la jurisprudence et retenait qu'il était possible de la demander puisque le droit à la rente pouvait être revu sans limitation temporelle.

37. Par courrier du 12 février 2021, la recourante a, sur demande de la chambre de céans, déclaré être domiciliée à Genève. Elle a précisé avoir passé quelques mois par année au Canada, mais ne s'y être jamais installée.

38. Par pli du 11 mars 2021, l'intimé a indiqué que ce courrier n'appelait aucune remarque de sa part.

39. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

## EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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.

   Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur la capacité de travail de la recourante et le droit à une rente pour la période du 1er janvier 2015 au 30 avril 2016 et au-delà du 31 octobre 2016.

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

6. a. 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).

D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'AI, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b ; 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

b. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

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

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

b. 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. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

d. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur

la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

e. 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

f. 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).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont

susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du Tribunal fédéral 9C_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

8. 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).

9. 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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).

10. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

11. En l'espèce, l'intimé a retenu une incapacité de travail de 50% du 1er au 31 décembre 2012 et de 100% du 1er septembre 2013 au 31 mars 2015 et du 1er mai au 31 octobre 2016, considérant qu'entre ces périodes et à partir du 1er novembre 2016, la recourante avait récupéré une pleine capacité de travail dans toute activité, avec une baisse de rendement de deux heures par jour. Il s'est fondé sur la détermination du SMR, elle-même basée sur le rapport d'expertise du 4 juin 2019 et des rapports médicaux au sujet des interventions chirurgicales.

    La recourante allègue, quant à elle, présenter une incapacité de travail entière et durable dans toute activité et se réfère à cet égard aux rapports de ses médecins, ainsi que des EPI.

12. a. En l'occurrence, en rendant sa décision initiale du 25 octobre 2017, l'intimé s'était fondé, à l'époque, sur la détermination du 23 novembre 2016 du SMR, elle-même basée sur le rapport des EPI, pour retenir un degré d'invalidité de 50%. La chambre de céans avait alors annulé cette décision en raison du fait que l'intimé n'avait pas pris en compte plusieurs périodes d'incapacité totale entre le 19 septembre 2013 et le 12 septembre 2016, en lien avec les opérations subies par la recourante, et s'était fondé sur un dossier incomplet, dépourvu de documents disposant d'une valeur suffisante pour retenir un simple degré d'invalidité de 50% sur toute cette période.

    Dans le cadre de l'actuelle procédure, la Dresse F_____ a réalisé, à la demande de l'intimé, une expertise neurochirurgicale le 3 avril 2019.

    Au terme de son analyse, elle est arrivée à la conclusion claire que la capacité de travail de la recourante était entière dans son activité habituelle de directrice – activité principalement administrative – avec une baisse de rendement d'une heure le matin et d'une heure l'après-midi, afin de lui permettre d'aménager des pauses en fonction des douleurs, qui sont estimées par l'experte pour une patiente qui ne prend pas de médicaments de manière régulière. L'activité adaptée aux aptitudes de la recourante est, selon l'experte, caractérisée par une position alternée (assis/ debout), pas de port de poids de charge de plus de cinq kilos, pas de flexion ou rotation de la

colonne dorsolombaire de façon répétitives et pas de travaux nécessitant le changement de la position accroupi / debout de façon répétitive. La Dresse F_____ a en particulier mis en évidence les multiples ressources de la recourante et le fait que celle-ci ne prend pratiquement plus de médication pour le dos.

b. La chambre de céans constate d'emblée que l'expertise n'indique pas expressément quelle était la capacité de travail de la recourante précédemment à l'examen effectué par l'experte, puisque cette dernière s'est contentée d'évoquer une stabilisation au niveau lombaire une année après la dernière intervention chirurgicale lombaire et, au niveau cervical, six mois post-opératoire. Ainsi, l'expertise ne dispose pas de valeur probante pour la période antérieure à sa réalisation. Il convient donc d'examiner la capacité de travail pour cette période, soit du 1er septembre 2013 au 31 mars 2019.

S'agissant des périodes opératoires et post opératoires, le SMR a justement estimé qu'en raison des interventions chirurgicales des 20 novembre 2013, 31 janvier 2014 et 19 mai 2016, la capacité de travail était nulle du 1er septembre 2013 au 31 décembre 2014 et du 1er mai au 31 octobre 2016. Cette constatation rejoint d'ailleurs la position qu'avait retenu à l'époque la chambre de céans à l'égard de la recourante (cf. ATAS/912/2018).

En revanche, le SMR a estimé que, entre et à la suite de ces périodes d'incapacité totale, c'est-à-dire du 1er janvier 2015 au 30 avril 2016 et dès le 1er novembre 2016, la capacité de travail était entière.

Ce faisant, il s'est prononcé sur la capacité de travail de la recourante antérieurement à la réalisation de l'expertise, sans se fonder sur aucun document médical, puisque l'experte ne s'est pas expressément prononcée sur la capacité de travail pour la période précédant son examen. Or, à l'époque, le SMR avait lui-même retenu une capacité de travail de 50% (cf. avis du 23 novembre 2016) en se fondant en particulier sur le rapport d'observation aux EPI, qui avait mis en évidence les difficultés rencontrées en 2016 par la recourante. Il ressort d'ailleurs de l'ATAS/912/2018 que seule demeurait litigieuse la question de savoir si la capacité de travail était inférieure à 50%, puisque l'intimé avait reconnu une incapacité de 50% sur toute la période litigieuse, alors que la recourante alléguait une incapacité totale. Certes, les pièces de l'époque ne permettaient pas de déterminer si la capacité de travail était inférieure à 50%, en revanche tous les éléments au dossier démontraient qu'on ne pouvait exiger de la recourante une capacité allant au-delà de 50%. Cette position est d'ailleurs confirmée par le comportement de l'intimé, qui a versé, durant toute cette période, une demi-rente à la recourante, alors même qu'aucune décision n'est encore entrée en force sur son droit à la rente. Enfin, il apparait d'autant plus improbable que la recourante ait disposé d'une capacité de travail entière du 1er janvier 2015 au 31 mars 2016, puisqu'elle a encore subi une intervention chirurgicale au mois de mai 2016.

On ne comprend ainsi pas pourquoi le SMR s'écarte de son propre avis de l'époque, ainsi que du cadre fixé par le précédent arrêt de la chambre de céans, ce d'autant plus qu'il ne donne aucune explication et que l'expertise ne se prononce pas sur la capacité de travail antérieure. Or, en procédant de la sorte, il a non seulement apprécié différemment un même état de fait, mais il a surtout posé de nouvelles conclusions, alors qu'il doit se limiter à apprécier celles déjà existantes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et références citées).

Force est ainsi de constater que l'intimé ne pouvait se fonder sur les nouvelles conclusions du SMR retenant une capacité de travail entière, avec baisse de rendement de deux heures par jour, déjà du 1er janvier 2015 au 30 avril 2016 et du 1er novembre 2016 au 31 mars 2019.

c. La chambre de céans relève en revanche que dès avril 2019, soit dès le moment où l'expertise a été réalisée, l'expertise a pleine valeur probante.

En effet, l'experte a procédé à un examen complet de la recourante et s'est appuyée sur l'entier du dossier, dont les rapports des médecins, et un entretien approfondi, de sorte qu'on ne peut que constater que son expertise se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse fouillée a été réalisée et les plaintes de la recourante ont été prises en compte. L'experte a donné une appréciation détaillée et convaincante de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante au moment de son examen clinique.

L'expertise, qui respecte tous les réquisits prévus par la jurisprudence en matière de valeur probante, a ainsi mis en évidence une nette amélioration de l'état de santé de la recourante dès avril 2019. Il convient donc de suivre les conclusions de l'expertise s'agissant de la période à compter de laquelle celle-ci a été réalisée (cf. voir dans le même sens, notamment, l'ATAS/1081/2011).

d. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme celle de la Dresse F_____, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

En l'espèce, les récents rapports des Drs G_____ et H_____ n'apportent aucun élément médical objectif nouveau et pertinent. Le Dr H_____, dont il faut rappeler qu'il est médecin généraliste et non spécialiste, ne fait que retracer l'historique médical de la recourante et émettre son propre avis. Quant au Dr G_____, il a estimé qu'il y avait peu de déficit neurologique objectif et que la capacité de travail était avant tout liée aux douleurs. Les médecins traitants se sont ainsi livrés à une appréciation divergente de la capacité de travail de la recourante, sans faire état

d'éléments objectifs qui pourraient avoir été ignorés, de sorte que leur point de vue ne saurait prévaloir celui de l'experte.

L'argumentation de la recourante ne permet pas non plus de mettre en doute les conclusions de l'expertise. Contrairement à ce qu'elle prétend, la question des douleurs et de la médication a bel et bien été traitée par l'experte puisqu'il ressort du rapport d'expertise que la recourante ne prend plus que rarement des médicaments pour le dos, ce qui a d'ailleurs été confirmé par examen sanguin. Or, selon une jurisprudence du Tribunal fédéral, le fait qu'un assuré ait dû prendre des médicaments pour éviter des douleurs diffuses, ne constitue pas la preuve d'une incapacité de travail, l'assuré étant tenu de recourir à l'offre thérapeutique dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage dans l'assurance-invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_967/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.2.3; ATF 113 V 22, consid. 4a). Le même raisonnement s'applique en ce qui concerne des traitements de physiothérapie ou des exercices qui pourraient être bénéfique contre les maux de dos, que la recourante a pourtant déclaré exclure.

L'experte a également mis en évidence certaines incohérences entre les déclarations de la recourante et ses constatations objectives lors de l'examen clinique. Elle a notamment été surprise par le bon état musculaire, qui contrastait, selon elle, avec les informations données par la recourante, et constaté une absence d'allodynie ou d'atteinte neuropathique, souvent décrite chez les patients avec des douleurs chroniques. Il ressort également de l'expertise que la recourante s'est montrée très précise sur certains sujets mais est restée quelque peu floue concernant sa journée type et ses activités actuelles ; elle a eu des difficulté à clarifier sa médication qui était pourtant simple et a indiqué que son état était toujours le même depuis 2013, alors même qu'elle avait encore été opérée en 2016 à la colonne cervicale ; enfin, elle a décrit à l'experte une vie plutôt agréable, s'occupant à sa guise tout au long de la journée, et a déclaré désirer la rente assurance-invalidité afin de ne plus être une charge pour sa mère, dont elle dépend financièrement.

Enfin, il ressort du dossier que la recourante maitrise parfaitement le français, dispose d'une formation supérieure et d'une expérience de travail de quelques années à un poste à responsabilité dans l'administration et la finance, préside un club de hockey dans la région anglophone du Canada, avec des connaissances linguistiques et sportives y afférentes, et a de très bonnes capacités d'interaction sociale. Elle dispose donc de solides ressources lui permettant d'exercer une activité administrative dans le tertiaire, telle que l'était celle de directrice d'établissement.

13. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans constate que la capacité de travail était nulle du 1er septembre 2013 au 31 décembre 2014 et du 1er mai au 31 octobre 2016, et de 50% du 1er janvier 2015 au 30 avril 2016, ainsi que du 1er novembre 2016 au 31 mars 2019. En revanche, dès le 1er avril 2019, la recourante doit être considérée comme apte à exercer à plein temps toute activité administrative, y compris son activité habituelle, avec une baisse de rendement d'une heure le matin

et d'une heure l'après-midi afin de lui permettre d'aménager des pauses en fonction des douleurs.

Par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1), il sera renoncé à une audition des médecins comme requise par la recourante, la chambre de céans disposant de suffisamment d'éléments au dossier pour se prononcer en connaissance de cause.

14. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 12 mars 2020 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

15. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 2'000.- sera accordée au recourant 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 procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à la charge de l'intimé.

Etant donné que depuis le 1er juillet 2006 la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 12 mars 2020.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Alloue une indemnité de CHF 2'000.- à la recourante, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

| La greffière | La présidente |
|---|---|
| Nathalie LOCHER | Doris GALEAZZI |

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