

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1537/2014

ATAS/357/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 mai 2015

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNÖPFEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est une ressortissante suisse née le _____ 1951, mariée et mère de deux enfants nés respectivement en 1984 et 1986. Elle a obtenu un CFC de laborantine médicale en 1971. Depuis le 1^{er} janvier 2000, elle a travaillé en qualité de gestionnaire de clients pour le compte de la B_____ (ci-après : l'employeur). Dès le 1^{er} juin 2006, son taux d'activité a été de 70%. En 2010, son salaire annuel a été de CHF 77'328.60, soit CHF 5'972.75 par mois.
2. Fin septembre 2008, l'assurée a fait une chute dans sa baignoire et subi un impact au niveau cervical.
3. L'assurée a été en incapacité totale de travailler du 25 février au 1^{er} mai 2009, du 20 juillet au 14 octobre 2009, du 25 juin au 9 juillet 2010, du 1^{er} février au 8 mai 2011 et dès le 18 juillet 2011, et en incapacité de travail à 50% du 4 mai au 17 juillet 2009, du 15 octobre 2009 au 25 juin 2010, du 12 juillet 2010 au 31 janvier 2011 et du 9 mai au 17 juillet 2011.
4. Le 9 novembre 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une dystonie cervicale présente depuis septembre 2008.
5. Dans un rapport du 22 novembre 2010, le Dr C_____, spécialiste FMH en neurologie, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de torticolis spasmodique depuis juin 2009. L'assurée présentait des douleurs cervicales lors de mouvements dystoniques. Le pronostic était très réservé. Elle bénéficiait d'un traitement par injection de toxine botulique. Son incapacité de travail était de 100% du 1^{er} octobre 2009 au 31 décembre 2010. Dans son activité habituelle, elle ressentait des douleurs cervicales constantes. Ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : exercer une activité en position assise uniquement, éviter de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de s'accroupir, de s'agenouiller, d'effectuer des rotations en position assise ou debout, de soulever ou de porter des charges de plus de 2 kilogrammes et de monter sur une échelle, un échafaudage ou un escalier. En outre, ses capacités de concentration et d'adaptation et sa résistance étaient limitées. Elle avait pu déjà bénéficier d'un essai d'adaptation de sa place de travail.
6. Dans un rapport du 18 janvier 2011, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué une dystonie cervicale, avec effet sur la capacité de travail. Il a également retenu les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, de status post thérapie cognitivo-comportementale plus de 30 ans auparavant et une hypertension artérielle. En septembre 2008, l'assurée avait chuté et présenté par la suite des douleurs cervicales qui s'étaient chronicisées avec une tendance à irradier vers les épaules et le dos. Son incapacité de travail était de 50% (travail à 70%) depuis mi-octobre 2010. Dans le cadre de son activité habituelle, les douleurs scapulaires remontaient

vers la tête, empêchant le maintien prolongé d'une position. Il ne fallait pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail, même si une nouvelle prise en charge par l'hôpital de Berne pouvait éventuellement améliorer la situation. Depuis plus d'une année, ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : exercer une activité permettant une alternance des positions, éviter de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de s'accroupir, de soulever ou de porter des charges de plus d'un kilogramme et de monter sur une échelle ou un échafaudage. En outre, ses capacités de concentration et sa résistance étaient limitées.

7. Dans un rapport du 16 février 2011, le Dr C_____ a notamment relevé une amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis le 16 janvier 2011, ce qu'il a confirmé dans un rapport du 16 juin 2011. Son incapacité de travail était de 50% dans son activité habituelle et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit un travail de bureau.
8. Dans un rapport du 26 avril 2011, le Dr D_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. La capacité de travail était nulle, puis de 50% dès le 9 mai 2011 dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, par exemple en tant que secrétaire.
9. Le 11 mai 2011, l'OAI a informé l'assurée que des mesures de réadaptation n'étaient actuellement pas possibles en raison de son état de santé.
10. Dans un rapport du 13 juillet 2011, le Dr E_____, neurologue traitant de l'assurée, a retenu le diagnostic de dystonie cervicale depuis 2008, avec effet sur la capacité de travail et une hypertension artérielle depuis 35 ans, sans effet sur la capacité de travail. Sa capacité de travail était de 50% dans son activité habituelle, depuis février 2009. Son rendement était diminué de 20%. Depuis 2009, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : exercer une activité uniquement en position assise, au maximum par jour, avec un rendement de 80%, éviter de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de s'accroupir, de s'agenouiller, d'effectuer des rotations en position assise ou debout, de soulever ou de porter des poids et de monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers. La résistance était limitée.
11. Dans un avis du 15 novembre 2011, le Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise neurologique par le Dr F_____, spécialiste FMH en neurologie.
12. Dans un rapport du 8 mars 2012 à l'attention du Dr D_____, le Dr E_____ a indiqué avoir reçu l'assurée en consultation le même jour, afin de procéder à de nouvelles injections de toxine botulique. L'injection de décembre 2011 avait entraîné une légère amélioration, chiffrée subjectivement par l'assurée à 30%, des mouvements anormaux spasmodiques et des douleurs. Cette amélioration n'avait malheureusement duré qu'un mois. L'examen montrait les mêmes secousses cervicales majeures en rotation droite, accompagnées de mouvements volontaires

en rotation gauche empêchant une analyse fine des mouvements anormaux. Ces mouvements anormaux étaient majorés lors de la station debout et de la marche avec des mouvements de type myocloniques qui irradiaient jusqu'au niveau dorsal et de la ceinture scapulaire droite. La douleur avait un point électif sous l'occiput droit au niveau de l'insertion du splénius droit. Il existait une tension musculaire nette de la musculature cervicale postérieure à prédominance droite. Le Dr E_____ se disait surpris par la variabilité des mouvements anormaux, lesquels diminuaient très nettement lorsque l'assurée parlait d'un sujet qui l'intéressait. D'autres mouvements de distraction diminuaient aussi le nombre et l'amplitude des mouvements anormaux. Il estimait que la dystonie cervicale était nettement majorée par un trouble somatoforme et proposait une modification du schéma d'injection.

13. Sur requête de l'OAI, le Dr F_____ a examiné l'assurée le 24 février 2012 et rendu un rapport d'expertise le 28 mars 2012.

Le Dr F_____ a rappelé le contexte de l'expertise, récapitulé les périodes d'incapacité de travail jusqu'au 12 juillet 2010 (incapacité de 50% dès cette date), résumé les documents médicaux mis à sa disposition, exposé l'anamnèse de l'assurée et ses plaintes.

L'expert a retenu le diagnostic de dystonie cervicale depuis 2008, avec des répercussions sur la capacité de travail, et les diagnostics de syndrome douloureux intéressant la ceinture scapulaire et lombaire, des troubles du sommeil d'ordre psychophysiologique et un status après burnout syndrome, sans répercussion sur la capacité de travail. Durant l'entretien, l'assurée avait développé des mouvements anormaux d'ordre dystonique intéressant la nuque et la région de la ceinture scapulaire. Ceux-ci étaient très nettement augmentés lorsqu'elle était émue, stressée ou tendue. Elle n'avait pas démontré d'attitudes évocatrices d'exagération ou de phénomènes douloureux particuliers. En ce qui concerne son attitude générale, elle était positive et une volonté de poursuivre son activité professionnelle qui était très importante pour elle.

En ce qui concerne la problématique neurologique de la dystonie cervicale, il n'existait actuellement pas d'autre alternative thérapeutique que celle des injections de toxine botulique. Sans pouvoir être totalement affirmatif, il était possible que la durée d'action et l'efficacité de ces injections aient diminué avec le temps (temps de réponse de plus en plus courts).

De plus, elle présentait probablement un syndrome douloureux s'associant à un état de stress chronique inhérent à son affection neurologique, et peut-être à certaines dissensions sur son lieu de travail (supposé mobbing de certains collègues).

Les mouvements anormaux étaient très nettement modulés par le stress (notamment sur son lieu de travail), la fatigue et le surmenage. Parfois, ils étaient aussi augmentés par la marche ou la fatigue. Cela requérait une concentration afin de bloquer ces mouvements, laquelle engendrait un regain de fatigue.

Depuis la mise en évidence de sa dystonie cervicale, l'assurée avait essayé à de nombreuses reprises de reprendre des activités professionnelles. Celles-ci n'avaient jamais duré en raison du développement rapide d'une fatigue et d'une augmentation des mouvements anormaux. Dans l'absolu, une activité de bureau à 50% (de 70%) était théoriquement envisageable, dans une ambiance calme et sans trop de pression. Dans son activité habituelle, un taux d'activité de 35% représentait 4 demi-journées de travail. Toutefois, elle devait se rendre sur son lieu de travail avec son mari, en raison de l'éloignement de leur logement, ce qui engendrait une recrudescence de sa fatigue. Il y avait une diminution de rendement en raison de l'augmentation des mouvements dystoniques, quand elle était fatiguée ou tendue. Le contrôle de ces mouvements augmentait également sa fatigue.

Compte tenu de l'âge de l'assurée et du fait qu'il n'existait pas de thérapie curative de la dystonie cervicale, une réadaptation professionnelle semblait illusoire. Par contre, son poste de travail pouvait être amélioré avec l'utilisation d'une chaise adaptée lui maintenant la tête. Cette mesure ne pouvait engendrer qu'une amélioration du confort, étant précisé qu'aucune garantie ne pouvait être donnée sur la capacité de l'assurée à travailler jusqu'à sa retraite. Aucune autre activité n'était exigible de l'assurée.

En raison des difficultés rencontrées avec l'employeur de l'assurée pour adapter son poste de travail et son taux d'activité et de la proximité de l'âge de la retraite, le Dr F_____ s'est interrogé sur l'opportunité de considérer l'assurée comme incapable de travailler et de lui servir une rente d'invalidité jusqu'à l'âge lui permettant de toucher l'AVS.

14. Dans un rapport du 18 mai 2012, le Dr G_____ a relevé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. Après les injections de toxine botulique, elle se sentait légèrement mieux, mais de manière limitée dans le temps. Au vu de ses conditions de travail, une reprise de l'activité professionnelle était très illusoire. En effet, son état n'était pas compatible avec une pression concernant son éventuelle productivité. La probabilité d'une évolution positive à court terme permettant de reprendre l'activité habituelle était faible.
15. Le 26 septembre 2012, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée par Madame H_____ (ci-après : l'enquêtrice).

Cette dernière a relevé que l'assurée était âgée de 61 ans et qu'elle souffrait d'un torticolis spasmodique suite à une chute en 2008. Sa capacité de travail était de 50% de 70% dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, depuis le 12 juillet 2010. Ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : capacité de faire des activités uniquement assise, pas de soulèvement de poids supérieurs à 2 kilogrammes, pas de bras au-dessus de la tête, pas de position debout statique. Seule une activité sédentaire assise était possible.

Avant son atteinte à la santé, l'assurée travaillait à 70%. Selon ses dires, elle aurait continué à travailler au même taux, si son état de santé le lui avait permis. Ainsi,

l'assurée était active à 70% dans la sphère professionnelle et à 30% dans la sphère ménagère. Dans cette sphère, les empêchements étaient relativement importants, en raison des nombreuses limitations fonctionnelles. Une aide de son mari était exigible.

L'enquêtrice a conclu à un taux d'empêchement dans le ménage de 33% :

	pondération	empêchement	invalidité
conduite du ménage	5%	0 %	0%
alimentation	40%	20%	8%
entretien du logement	20%	40%	8%
emplettes et courses diverses	5%	0%	0%
lessive/entretien des vêtements	20%	50%	10%
soins aux enfants	0%	0%	0%
divers (aucune activité)	10%	70%	7%
total	100%		33%

16. Dans un projet de décision du 5 novembre 2012, l'OAI a proposé l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2011. La capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte depuis février 2009. Son degré d'invalidité était de 45%, soit 35% dans la sphère professionnelle (50% de 70%) et de 10% dans la sphère ménagère (33% de 30%).
17. Le 14 novembre 2012, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision. Après lecture de l'expertise du Dr F_____, elle avait constaté que les informations relatives à ses incapacités de travail étaient incomplètes. En effet, elle était totalement incapable de travailler depuis le 18 juillet 2011. A l'appui de son courrier, l'assurée a produit les documents suivants :
 - deux certificats délivrés par le Dr G_____ respectivement le 8 novembre 2011 et le 5 novembre 2012, indiquant que l'incapacité de travail était de 100% depuis le 18 juillet 2011 ;
 - un rapport du 2 novembre 2011 établi par le Dr E_____ à l'attention du Dr G_____, indiquant notamment que l'assurée présente une dystonie cervicale primaire avec composante psychogène, que les douleurs cervicales irradiaient dans les épaules et les bras et que la dystonie était accentuée par la marche ;
 - un rapport du 18 décembre 2011 établi par le Dr E_____ et dont il ressort que les injections de toxine botulique atténuent partiellement les troubles, que les douleurs sont permanentes, que l'évolution est mauvaise et que la possibilité d'une éventuelle reprise du travail ne pouvait être établie avant 6 mois.

18. Dans un avis du 6 février 2013, la Dresse I_____, médecin du SMR, a relevé que les éléments complémentaires apportés par l'assurée et l'expertise du Dr F_____ évoquaient l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, lequel justifiait la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.
19. Dans un rapport du 18 juillet 2013, le Dr G_____ a insisté sur l'absence d'évolution de l'état de santé de l'assurée. Sa situation était très pénible avec une grande variabilité et une augmentation des douleurs liée à tout effort inhabituel ou à une position tenue trop longtemps. Le pronostic était très réservé et toute reprise d'une activité professionnelle illusoire.
20. Sur requête de l'OAI, le Dr J_____, psychiatre et psychothérapeute, a examiné l'assurée le 14 octobre 2013.
21. Par courrier du 13 décembre 2013, l'assurée a informé l'OAI de problèmes rencontrés avec le Dr J_____, lors de l'examen et de leurs conversations téléphoniques. L'entretien avait duré 2 heures et 15 minutes. Elle avait dû s'asseoir sur une chaise ne lui permettant pas de soutenir sa nuque et le haut de son dos. Ainsi, dès la seconde heure de l'entretien, les douleurs ressenties étaient devenues insupportables, diminuant ses capacités de concentration. A l'issue de l'entretien, le Dr J_____ l'avait invitée à se rendre dans un laboratoire pour effectuer une prise de sang destinée à contrôler la prise de ses médicaments. En raison des douleurs ressenties, elle avait refusé et était rentrée chez elle pour se reposer. Elle avait demandé au Dr G_____ d'effectuer la prise de sang quelques jours plus tard. Elle avait voulu s'entretenir avec lui par téléphone au sujet des douleurs ressenties pendant et après l'entretien. Ce dernier lui avait alors proposé un entretien complémentaire, ce qu'elle avait refusé, souhaitant simplement lui expliquer la situation « en quelques mots ». Il l'avait alors interrompue et lui avait dit qu'elle le dérangeait dans son travail sur un ton très agressif.
22. Dans son rapport d'expertise du 18 février 2014 adressé à l'OAI le 25 février 2014, le Dr J_____ a rappelé le contexte de l'expertise, résumé les documents mis à sa disposition et exposé l'anamnèse de l'assurée, ses plaintes et les données cliniques récoltées.

L'expert a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant ayant débuté après septembre 2008, sans répercussion sur la capacité de travail. Des difficultés liées à l'orientation du mode de vie, soit un burnout au moment de l'accident et de la période de travail qui a suivi la reprise et une accentuation de certains traits de la personnalité, ont été retenues au titre de facteurs influant sur l'état de santé. Pendant tout l'entretien, l'assurée s'était montrée détendue, ouverte, affirmée, mais toujours adéquate au niveau de la distance et de l'attitude face à lui, semblant intéressée dans l'échange et dans la relation. Aucun comportement douloureux ou démonstratif n'avait été présent au cours de l'entretien, sauf une fois brièvement, vers la fin, lorsque la question de sa relation avec son mari avait été abordée. Elle s'était enraidie brusquement et avait fait une crise montrant la

dystonie cervicale. Cette crise s'était achevée aussi brusquement qu'elle était apparue. Suite à l'entretien, lors d'une conversation téléphonique, elle avait souhaité apporter un complément d'information, mais n'avait pas voulu donner suite à la proposition d'une deuxième rencontre pour disposer de meilleures conditions.

L'expert a noté que l'assurée faisait état de douleurs constantes et intenses qui l'accablaient pratiquement toute la journée et la privaient de pouvoir faire la plupart des activités et de sortir de chez elle ou de profiter de son jardin. Pourtant, lors de l'entretien, elle avait montré un tableau très différent et surprenant pendant toute la durée de l'entretien (2H45). Son attitude avait été décontractée. Elle s'était assise en tailleur sans signe de souffrance apparent et s'était exprimée passionnément au sujet des activités et des choses qu'elle aimait. Il existait également une discordance entre la description que l'assurée donnait de son activité dans la journée et ce qu'elle avait pu exprimer avec énergie et entrain au sujet de ses loisirs. Il existait également une contradiction entre le fait qu'elle disait être affectée de ne plus pouvoir travailler et aimer son travail, et le fait qu'elle indiquait que son travail était devenu un enfer avec un abus de son employeur, lequel attendait de sa part un travail de 100% dans le temps d'un 70%, avec un paroxysme en septembre 2008, qu'elle n'était pas intéressée par une réadaptation professionnelle à 2 ans et demi de la retraite et que son mari souffrait de stress au travail et se réjouissait de prendre sa retraite prochainement. Le climat domestique qui ressortait de ses déclarations semblait plutôt tourner vers l'aspiration à la retraite et à mieux pouvoir profiter du temps, du jardin et de la maison en Italie. Enfin, une discordance apparaissait entre le tableau de couple quasi idéal décrit par l'assurée et d'autres faits qu'elle amenait (couple faisant chambre à part depuis 2003, absence de vie intime depuis 5 ans, climat conflictuel, etc.).

Le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant pouvait être retenu. En effet, la plainte essentielle à l'origine de la revendication de reconnaissance d'une incapacité complète de travail, était une plainte corporelle qui restait sans fondement médical suffisant pour l'expliquer totalement, selon les spécialistes concernés. En outre, un certain sentiment de détresse l'accompagnait, centré sur le rejet de poursuivre une activité comme précédemment. Il existait aussi, en marge de cette plainte, un contexte prégnant au niveau psychosocial et des conflits émotionnels manifestement difficiles à aborder et à admettre par l'assurée, qui pouvaient néanmoins être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble, pour ce qui concerne la partie psychologique. L'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique ou de facteurs de gravité. Un trouble somatoforme ne constituait pas en principe une atteinte à la santé ayant valeur de maladie invalidante, à moins qu'il existe d'autres facteurs aggravants. Il ressortait de l'examen et de la discussion avec l'assurée qu'elle ne présentait aucun trouble dans le domaine psychiatrique susceptible d'amener des limitations fonctionnelles pouvant être prise en compte.

Vu l'absence de maladie psychiatrique invalidante, le pronostic devait être considéré comme bon. Il fallait toutefois mentionner qu'un trouble somatoforme connaissait habituellement une évolution chronique parfois fluctuante. Le fait que l'assurée estime être incapable de travailler depuis 2011, l'avait empêché d'utiliser la capacité résiduelle de travail qui lui avait été reconnue au plan médical. Ce fait trouvait ses fondements au niveau psychosocial ou à d'autres niveaux sortant du champ médical, ce qui pouvait amener des réserves, d'autant que l'assurée était à 2 ans de l'âge de la retraite.

Compte tenu de ce qui précède, le Dr J_____ a conclu que l'assurée ne souffrait d'aucune maladie mentale ou trouble psychique équivalent, ayant valeur de maladie invalidante et amenant des limitations fonctionnelles définitives susceptibles d'être prises en compte. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était pleine et entière, dans toute activité, sans restriction d'horaires ou de rendement. Au plan médical, on pouvait raisonnablement exiger de l'assurée un effort de volonté pour surmonter ses douleurs de type somatoforme et exploiter sa force de travail résiduelle.

23. Dans un rapport du 16 avril 2014 basé sur les expertises des Drs F_____ et J_____, la Dresse I_____ du SMR a diagnostiqué une dystonie cervicale. Le syndrome douloureux somatoforme persistant depuis septembre 2008, le status post burnout, le traumatisme cranio-cervical avec coup du lapin en 1979, l'asthme, l'intolérance digestive durant l'enfance et la malformation pyelo-urétrale opérée en 2007 n'étaient pas du ressort de l'OAI. La date du 25 février 2009 marquait le début de l'incapacité de travail durable. Après avoir rappelé l'évolution de l'incapacité de travail de l'assurée jusqu'au 24 février 2012, la Dresse I_____ a retenu une capacité de travail exigible de 50% dans l'activité habituelle, en adaptant le poste de travail, et de 50% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, soit la nécessité d'éviter les mouvements anormaux cervicaux et du tronc, exacerbés par le stress, la fatigue et le surmenage, et de disposer d'un poste adapté dans une ambiance calme avec une chaise adaptée pour le maintien de la tête. L'assurée était apte à la réadaptation depuis le 24 février 2012. Aucun traitement médical supplémentaire ne pouvait être exigé de l'assurée pour permettre d'améliorer de manière significative sa capacité de travail. Aucune atteinte incapacitante d'origine psychique ne pouvait être retenue.
24. Le 28 avril 2014, l'assurée a transmis à l'OAI un certificat établi par le Dr G_____ le même jour, attestant d'une incapacité de travail totale depuis le 18 juillet 2011.
25. Par décision du 7 mai 2014, l'OAI a annulé son projet de décision et octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2011, une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2011 et à nouveau un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2012.

Depuis le 9 février 2009, la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte. Son degré d'invalidité était de 45%, soit 35% dans la sphère

professionnelle (50% de 70%) et de 10% dans la sphère ménagère (33% de 30%). Les conditions du droit à la rente étaient réunies en février 2010, à l'issue du délai légal de carence. Cependant, la demande de prestations avait été déposée en novembre 2010, soit tardivement, de sorte que le versement effectif de la rente devait débiter le 1^{er} mai 2011. Un reclassement ne permettait pas de sauvegarder ou d'améliorer de manière notable la capacité de gain de l'assurée.

Dans le cadre de la procédure d'audition, tant l'expertise du Dr J_____ que le rapport de la Dresse I_____ avait confirmé la capacité de travail de la recourante de 50% dans toute activité. Toutefois, du 18 juillet 2011 au 24 février 2012 le degré d'invalidité se montait à 80%, soit 70% dans la sphère professionnelle (100% de 70%) et de 10% dans la sphère ménagère (33% de 30%).

26. Par acte du 28 mai 2014, l'assurée a interjeté recours devant la chambre de céans contre cette décision, concluant à son annulation et à ce qu'un droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu à partir du 18 juillet 2011. En substance, la recourante a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr J_____, ce dernier ayant rédigé un rapport destiné à prouver que son incapacité à accomplir des tâches physiques ou de concentration au-delà d'une heure, n'était due qu'à un stress mal maîtrisé et qu'en faisant preuve de bonne volonté, elle pouvait faire abstraction de sa maladie. Sa dystonie cervicale lui provoquait de fortes douleurs reconnues par les neurologues qui l'avaient examinée. De plus, le Dr J_____ tirait des conclusions d'ordre médical qui ne faisait pas partie de son domaine de compétence. Les dates, faits et événements contenus dans son expertise étaient « entremêlés », voire erronés. Quant à l'expertise du Dr F_____, elle ne mentionnait pas les périodes d'incapacité de travail attestées depuis le 1^{er} février 2011. Or, cette information avait une influence directe sur les conclusions de l'expertise. Enfin, l'intimé lui reconnaissait le droit à une rente entière d'invalidité entre le 18 juillet 2011 et le 23 février 2012. Pourtant, durant cette période, son état de santé était le même qu'aujourd'hui. Si les injections de toxine botulique et la prise de médicaments amélioraient son état, c'était la possibilité de se coucher après chaque effort qui lui permettait de vivre mieux. En réalité, elle était toujours en incapacité totale de travailler.
27. Dans sa réponse du 1^{er} juillet 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. La recourante ne soulevait pas d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par le Dr F_____ dans son expertise et qui seraient susceptibles de remettre en cause son évaluation. Il convenait de souligner que les Drs C_____ (rapports des 22 février et 16 juin 2011) et D_____ (rapport du 18 janvier 2011) partageaient le point de vue du Dr F_____ au sujet de la capacité de travail de 50% de la recourante. S'agissant de la période d'incapacité de travail admise entre le 18 juillet 2011 et le 24 février 2012, elle ressortait de l'expertise du Dr F_____ et des rapports des médecins traitants précités. Dès le 1^{er} juin 2012, le droit à la rente s'était à nouveau réduit, les Drs C_____ et F_____ ayant constaté une certaine amélioration de l'état de santé à partir du moment où des injections de

toxine botulique avaient été effectuées. Les périodes d'incapacité de travail attestées par la recourante correspondaient à ces éléments. L'expertise du Dr J_____ avait démontré que la recourante ne souffrait d'aucune atteinte à la santé psychique, ce qu'aucun médecin traitant ne contestait. Dès lors, l'incapacité de travail devait être évaluée en fonction de l'appréciation des seuls médecins neurologues. Si la recourante émettait quelques critiques à l'égard de la personne du Dr J_____, elle n'apportait pas d'éléments nouveaux susceptibles de remettre en cause les conclusions de ce dernier. Le début du droit à la rente avait été fixé au 1^{er} mai 2011, soit 6 mois après le dépôt de la demande de prestation. Dès le 1^{er} octobre 2011, le droit à la rente avait été augmenté à une rente entière, en raison de l'aggravation de l'état de santé depuis le mois de juillet 2011.

28. Dans un courrier du 8 juillet 2014, le Dr G_____ a réagi à la décision du 7 mai de l'intimé. Selon lui, cette décision était basée sur l'évolution positive depuis juin 2012 qui aurait été constatée par le Drs C_____ et F_____. Or, la recourante n'avait pas revu ces praticiens depuis février 2012. Il convenait également de noter que les rapports du Dr E_____ n'avaient fait état que d'améliorations transitoires, finalement non significatives.
29. Dans un courrier du 17 juillet 2014, le Dr E_____ a indiqué que la dystonie dont souffrait la recourante entraînait une incapacité de travail stable depuis 3 ans. Elle souffrait de mouvements anormaux et de douleurs majeures cervico-dorsales. Son traitement par injection de toxine botulique permettait d'améliorer son état de santé pendant environ 1 mois, étant précisé que l'injection suivante ne pouvait être effectuée que tous les 3 mois au maximum.
30. Dans sa réplique du 21 juillet 2014, la recourante a relevé qu'elle n'avait plus consulté le Dr C_____ depuis juin 2010. Elle a rappelé ses griefs à l'encontre de l'expertise du Dr F_____. Le Dr G_____ la suivait et l'avait mise en arrêt de travail à 100% depuis le 18 juillet 2011.
31. Dans un avis du 31 juillet 2014, la Dresse I_____ a indiqué que l'appréciation de l'amélioration de l'état de santé de la recourante reposait sur l'expertise du Dr F_____. Quant au courrier du Dr E_____, ce dernier avait évalué la capacité de travail de la recourante à 50% dans plusieurs rapports, en tenant compte des limitations fonctionnelles. Par conséquent, vu que la situation clinique était stationnaire, avec une amélioration partielle de l'état de santé, grâce aux injections de toxine botulique, il n'y avait pas lieu de modifier l'évaluation médicale, en l'absence d'aggravation ou de nouvelle pathologie. Le rapport du SMR du 16 avril 2014 était maintenu.
32. Dans sa duplique du 12 août 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en s'appuyant sur le dernier rapport du SMR.
33. A la suite de quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

-
1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss et 38 al. 1 LPGA).
5. Le litige porte sur la question du degré d'invalidité à reconnaître à la recourante.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée

incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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

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

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité

probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

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

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

9. a) Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; Arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

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

10. En l'espèce, l'intimé considère que, sans atteinte à sa santé, la recourante aurait exercé son activité professionnelle à 70%, consacrant le reste de son temps - soit 30% - à la tenue de son ménage. Il se fonde pour cela sur le taux d'activité contractuel de la recourante avant l'atteinte à sa santé et sur ses déclarations lors de l'enquête ménagère.

Compte tenu des éléments qui figurent au dossier, il est établi que la recourante a travaillé par choix à 70% en qualité de gestionnaire de clients et qu'elle aurait continué à ce taux si son état de santé le lui avait permis. Le statut mixte qui lui a été reconnu par l'intimé doit par conséquent être confirmé à raison de 70% pour l'activité professionnelle et de 30% pour la tenue du ménage. Au demeurant, ni ce

statut, ni les constatations et conclusions de l'enquête économique sur le ménage ne sont contestés.

Reste à examiner l'éventuel droit aux prestations de la recourante à la lumière de son degré d'invalidité compte tenu des rapports médicaux figurant au dossier.

11. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).
12. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les

circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

13. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). En particulier, dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA, la tâche du médecin consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes

exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

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

14. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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

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

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

15. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable.

16. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
17. a) En l'espèce, l'intimé considère que la capacité de travail de l'assurée a été considérablement diminuée depuis le 9 février 2009. Il a fixé le début du droit à la rente 6 mois après le dépôt de la demande de prestation par la recourante, le 9 novembre 2010 (art. 29 al. 1 LAI). Il a octroyé à la recourante un quart de rente d'invalidité du 1^{er} mai au 30 septembre 2011, basé sur un degré d'invalidité de 45% (35% de la sphère professionnelle et 10% de la sphère ménagère). Dès le 1^{er} octobre 2011 jusqu'au 31 mai 2012, le droit à la rente a été augmenté à une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 80% (70% de la sphère professionnelle et 10% de la sphère ménagère), en raison d'une aggravation de

l'état de santé dès le mois de juillet 2011. Enfin, dès le 1^{er} juin 2012, le droit à la rente a été réduit à un quart de rente, basé sur un degré d'invalidité de 45% (35% de la sphère professionnelle et 10% de la sphère ménagère), en raison de l'amélioration de l'état de santé constaté par le Dr F_____ en février 2012. En outre, sur la base de l'expertise du Dr J_____, l'intimé considère que la recourante ne souffre d'aucune atteinte psychique invalidante.

Pour sa part, la recourante soutient que son état de santé n'a subi aucune modification et qu'elle est en incapacité totale de travailler. Elle allègue que le Dr F_____ ne possédait pas toutes les informations utiles à l'évaluation de son cas et conteste la valeur probante de l'expertise du Dr J_____.

b) Pour la période du 1^{er} mai au 30 septembre 2011, il appraît que l'intimé a déterminé le degré d'invalidité de la recourante en se fondant sur un tableau fourni par son employeur récapitulant les périodes de capacités de travail. Ce tableau indique que la recourante a présenté une capacité de travail de 50% du 9 mai au 17 juillet 2011, ce qui est confirmé unanimement par les rapports des neurologues C_____ (rapport du 16 juin 2011) et E_____ (rapports de 13 juillet 2011) et du médecin traitant, le Dr G_____ (rapport du 26 avril 2011). Dès lors, c'est à bon droit que l'intimé a octroyé à la recourante un quart de rente d'invalidité durant cette période.

c) En ce qui concerne la période du 1^{er} octobre 2011 au 31 mai 2012, il ressort du dossier, en particulier des rapports du Dr G_____ et du tableau de récapitulatif des capacités de travail, que l'état de la recourante s'est péjoré dès le 18 juillet 2011, entraînant une incapacité totale de travailler. Ainsi, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, l'intimé était légitimé à augmenter le droit à la rente de la recourante dès le mois d'octobre 2011, soit à l'issue d'un délai de 3 mois. De plus, la recourante ne conteste pas ces éléments, de sorte que la décision querellée doit également être confirmée sur ce point.

d) Reste à déterminer la capacité de travail et le droit à la rente de la recourante pour la période débutant dès le 1^{er} juin 2012, en particulier si sa capacité de travail s'est améliorée dans une mesure suffisante pour justifier une diminution du droit aux prestations.

Comme indiqué précédemment, l'intimé considère que l'état de santé de la recourante s'est amélioré à compter du mois de février 2012, en se fondant sur les expertises des Drs F_____ et J_____.

La chambre de céans considère que l'expertise du Dr F_____ répond aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Elle se fonde en effet sur un examen clinique de la recourante et sur l'étude approfondie de son dossier médical, tient compte des plaintes exprimées par ses soins et contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées. L'appréciation du Dr F_____ permet de comprendre les troubles dont souffrent la recourante et leurs conséquences sur sa capacité à exercer son activité habituelle. Il ressort de cette

expertise que l'état de santé de la recourante s'est amélioré sur le plan neurologique, de sorte qu'elle pouvait mettre en œuvre une capacité de travail résiduelle de 50% dans son activité habituelle à 70%, soit 35% au total, depuis le mois de février 2012. Le grief de la recourante à l'encontre de cette expertise ne saurait être retenu. En effet, contrairement à ce que soutient la recourante, l'appréciation du Dr F_____ découle de ses constatations objectives lors de l'examen clinique et de son entretien avec l'intéressée, de sorte que les variations de la capacité de travail survenue au-delà du 12 juillet 2010 ne sont pas déterminantes. Cela est d'autant plus vrai qu'antérieurement à cette date, la recourante alternait déjà des périodes d'incapacité totale de travailler avec des périodes de capacité de travail de 50%, de sorte que le Dr F_____ était au courant de la situation.

Quant à l'expertise du Dr J_____, elle répond également aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante, dans une même mesure que celle du Dr F_____. L'appréciation du cas du Dr J_____ permet de comprendre l'atteinte psychique affectant la recourante et son absence d'effet invalidant. Les critiques de la recourante à l'égard de cette expertise restent très générales et n'apportent aucun élément objectif permettant de la contester. En ce qui concerne les reproches formulés par la recourante à l'encontre de la personne du Dr J_____, ils ne sont étayés par aucun élément figurant au dossier, de sorte qu'ils ne peuvent pas être pris en compte.

Ces deux expertises ne peuvent pas non plus être remises en cause par les rapports du Dr G_____. En effet, outre le fait que ce dernier soit le médecin traitant de la recourante et qu'il faille tenir compte de la relation de confiance qu'il entretient avec celle-ci, ses rapports et certificats médicaux ne sont pas motivés. Ainsi, ils ne constituent pas une base suffisante pour remettre en cause les expertises précitées. En outre, l'appréciation du cas du Dr G_____, en particulier sur la capacité de travail de la recourante, est contredite par l'analyse du Dr E_____, neurologue traitant de l'intéressée.

Par conséquent, il apparaît que l'état de santé de la recourante s'est effectivement amélioré dès le mois de février 2012, entraînant une amélioration de la capacité de travail de 50%, alors que l'intéressée était en incapacité totale de travailler auparavant. Ainsi, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, l'intimé était légitimé à diminuer le droit à la rente de la recourante dès le mois de juin 2012, soit à l'issue d'un délai de 3 mois. Il convient également de relever que l'intimé ne s'est pas contenté de l'expertise du Dr F_____ pour déterminer le droit aux prestations de la recourante, mais qu'il a également clarifié le cas sous l'angle psychiatrique au moyen de l'expertise du Dr J_____.

La décision querellée doit donc également être confirmée sur ce point.

18. Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté.

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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

Le président

Florence SCHMUITZ

Mario-Dominique
TORELLO

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