

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1952, mère d'un enfant né en 1970, a vécu en France de 1983 à 1988, puis de 1991 à 1995. Elle a travaillé en qualité de secrétaire de 1974 à 1991, puis d'aide bibliothécaire et de remplaçante à l'école de 1991 à 1995.
2. Elle a entrepris des études universitaires en France et a obtenu un diplôme d'études approfondies en science du langage en 1995. Elle a exercé le métier d'enseignante au niveau secondaire à Genève, d'abord comme remplaçante de 1995 à 2001, puis comme titulaire dès 2001, à temps partiel jusqu'en 2005, ses revenus étant complétés de 1996 à 2005 par des indemnités de chômage.
3. L'assurée enseigne donc le français au cycle d'orientation, depuis le 1^{er} octobre 2001, à 100% depuis 2005, ce qui implique 20 à 24 heures d'enseignement. L'activité implique d'être souvent debout et souvent assise.
4. Mis à part quelques jours d'absence épars, l'assurée a été incapable de travailler pour cause de maladie à 50% du 3 mai au 29 juin 2008, à 100% du 18 mai au 30 juin 2009 et depuis le 30 novembre 2009.
5. En 2010, son salaire était fixé à CHF 9'670,35 par mois soit CHF 125'714.- par an. Selon son extrait de compte individuel AVS, elle a perçu un salaire annuel brut de CHF 118'858.- en 2008 et de CHF 126'584.- en 2009.
6. Dès avril 2009, l'assurée a présenté des douleurs à la cuisse gauche, s'étendant à la fesse et à la face antérieure de la cuisse gauche. En mai 2009, un canal lombaire étroit en L3-L4 et L4-L5 avec rétrécissement foraminaux, ainsi que des conflits radiculaires et des protrusions discales à ces niveaux ont été diagnostiqués. Suite à une aggravation des lombocuralgies L4 gauche avec déficit sensitif, l'assurée a été hospitalisée du 10 février au 3 mars 2010 au service de médecine interne puis du 3 au 19 mars 2010 au service de rhumatologie.
7. L'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 19 avril 2010.
8. Il ressort des rapports médicaux réunis que :
 - a) l'assurée souffrait de lombalgies assez chroniques, avec des irradiations pseudoradiculaires, sans troubles neurologiques, une minime protrusion et un canal étroit indéniable, situation qui n'était pas favorable pour une chirurgie (rapport du Docteur B_____, médecin-adjoint au service de neurochirurgie, du 1^{er} septembre 2009) ;
 - b) trois infiltrations L4-L5 L5-S1 ont été effectuées en septembre 2009, avec une amélioration très relative, une hernie postéro-médiane gauche protrusive L4-L5, responsable d'au moins 60% de la pathologie étant retenue fin septembre 2009, ainsi qu'un canal lombaire étroit sévère L3-L4 (rapport du Docteur J_____, spécialiste FMH au Centre d'imagerie, du 28 septembre 2009) ;

- c) lors de l'hospitalisation du 3 au 19 mars 2010, l'assurée présentait une thymie dépressive et des attentes peu adéquates sur le déroulement de l'hospitalisation. Grâce au suivi psychiatrique en cours d'hospitalisation, la patiente était plus ouverte au cadre des soins, ses attentes plus adéquates et elle envisageait un suivi psychiatrique à sa sortie. Du point de vue rhumatologique, grâce aux médicaments et à la physiothérapie intensive, l'assurée avait vu ses douleurs disparaître et régresser à l'effort, son périmètre de marche s'était nettement amélioré mais il persistait des lâchages du membre inférieur gauche ;
- d) l'IRM de la colonne lombaire pratiquée le 23 mars 2010, après sa sortie de l'hôpital, confirmait la présence d'un canal rétréci sévère d'origine multifactorielle (discale, ligamentaire, discret antélisthésis de grade inférieur I/IV en position couchée de L3 sur L4 d'étiologie dégénérative) aux niveaux L3-L4 et L5 ; une volumineuse hernie discale L3-L4 luxée en arrière du corps vertébral de L3, de localisation paramédiane gauche et à l'origine de la symptomatologie gauche rapportée cliniquement ; des discopathies sévères avec pincement subtotaux, dessiccation et protrusion sous-ligamentaire prédominant en L4-L5 (rapport d'imagerie du 23 mars 2010) ;
- e) dans un premier temps, il a été proposé à l'assurée de poursuivre un traitement médicamenteux et de physiothérapie (rapport de la Doctoresse C_____ du service de rhumatologie du 14 avril 2010), puis une prise en charge chirurgicale sous forme d'une laminectomie L4-L5 avec hemilaminectomie de L3, combinée avec une stabilisation du niveau L3-L4, avec ou sans PLIF et avec ou sans prolongation sous le niveau L4-L5 était envisagée (rapport du Docteur D_____ du 19 avril 2010) ;
- g) suite à l'hospitalisation de mars 2010, le Docteur E_____, spécialiste en maladies rhumatismales ayant régulièrement suivi l'assurée depuis le mois d'août 2009, estimait que le pronostic serait clairement déterminé par une sanction chirurgicale qui semblait inéluctable. Si celle-ci n'était pas retenue par les neurochirurgiens, il doutait que l'assurée puisse reprendre une quelconque activité d'enseignante (rapport du 20 avril 2010 adressé au Docteur F_____, médecin conseil de l'Etat). La patiente se présentait toujours comme invalide, bien que les douleurs du membre inférieur gauche aient disparu et elle marchait toujours avec deux cannes, alors que du point de vue clinique, le médecin notait l'absence d'éléments radiculaires et déficitaires. Il était difficile de se faire une idée sur les progrès des traitements, sachant que la situation était purement subjective. Compte tenu de l'ensemble des éléments connus, le médecin imaginait que l'assurée pourrait fonctionner dès à présent dans un poste sédentaire de type bibliothécaire, progressivement à 100%, pour autant qu'une telle activité existe. Il n'avait toutefois pas connaissance de la décision des neurochirurgiens quant à une opération (rapport du 3 septembre 2010 adressé au Docteur F_____). Le pronostic restait réservé dans l'activité d'enseignante, car, malgré l'amélioration somatique, il y avait une inertie psychique à envisager une

reprise d'activité et une éventuelle dépression (rapport du 15 novembre 2010 à l'OAI). La capacité de travail était entière, dans une activité adaptée, dès le mois de janvier 2011 et la limitation fonctionnelle était la marche prolongée (rapport du 16 novembre 2010 à l'OAI) ;

- h) l'assurée avait été suivie d'avril 2002 à mai 2009 par le Docteur G_____, en raison d'une dépression suite à une agression à l'école, selon l'attestation de ce dernier ;
 - i) l'assurée n'avait plus été revue au Service de neurochirurgie depuis la consultation du 28 avril 2010 (rapport du 21 février 2011 du département en question).
9. En octobre 2010, l'assurée se disait trop faible pour reprendre une activité avec des adolescents, mais envisageait de travailler avec des adultes, pour commencer. Sur ce, l'OAI l'a informée le 5 novembre 2010 qu'aucune mesure professionnelle n'était envisageable.
 10. Le SMR a estimé le 16 septembre 2011, sur la base de l'avis du Dr E_____, que l'assurée présentait une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle dès le 30 novembre 2009 et une capacité de travail entière dans une activité adaptée (sédentaire, assis, sans déplacements prolongés) dès septembre 2010.
 11. L'assurée avait envisagé de prendre une retraite anticipée et de bénéficier du Plend, soit d'une rente pont AVS. Toutefois, l'OAI l'a informée que dans cette hypothèse, elle serait jugée inactive, de sorte qu'elle a renoncé au Plend. L'OAI a alors convenu de convoquer l'assurée pour un stage d'évaluation et d'orientation aux EPI.
 12. L'assurée a demandé à être vue par un médecin du SMR et à effectuer le stage envisagé en février et mars 2012. Le dossier a alors été soumis au SMR. Selon son avis succinct du 6 mars 2012, sur la base du rapport d'employeur du 26 mai 2010, l'activité habituelle de l'assurée répondait aux limitations fonctionnelles décrites dans l'avis du SMR du 16 septembre 2011, de sorte que son poste habituel était un poste adapté.
 13. Par pli du 12 mars 2012, l'OAI a informé l'assurée que, dans la mesure où elle disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, aucune mesure de réadaptation n'était due. L'assurée a fait valoir le 11 mars 2012 qu'elle devait être vue par un médecin pour que l'OAI prenne une décision en toute connaissance de cause. Après l'avoir convoquée le 26 mars 2012, les EPI l'ont informée que l'OAI avait annulé le stage prévu.
 14. Il ressort du rapport de réadaptation professionnelle que l'assurée avait une capacité de travail entière dès septembre 2010 dans toute activité. Au bénéfice d'un Plend de l'Etat de Genève, elle pouvait exercer son activité auprès d'un autre employeur, sauf l'Etat de Genève, de sorte que le mandat de réadaptation était clôturé.
 15. Par décision du 2 mai 2013, l'OAI a confirmé son projet du 23 avril 2012, malgré les observations de l'assurée et lui a refusé toutes prestations. Elle avait été

totalemment incapable de travailler dès le 30 novembre 2009, mais elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans l'activité d'enseignante dès le 3 septembre 2010.

16. Par acte du 5 juin 2013, l'assurée a formé recours contre la décision et a conclu à l'annulation de celle-ci, à l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente AI, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. L'instruction menée par l'OAI était lacunaire. La décision violait le principe de la bonne foi, en revenant sur la décision d'octroyer une mesure de réadaptation à l'assurée. La décision faisait une appréciation erronée de l'état de fait, puisque l'assurée n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle. L'enseignant devait travailler souvent debout (cinq heures quinze par jour) et devait marcher jusqu'à trois heures trente par jour. Au surplus, sur le plan intellectuel, les exigences liées à la concentration, à l'attention, à l'endurance et à la faculté d'interprétation étaient grandes.

L'assurée a produit l'attestation du Dr E_____ du 27 mai 2013, selon laquelle la sanction chirurgicale discutée à plusieurs reprises n'avait finalement pas été retenue comme nécessaire. Il persistait quelques douleurs à l'effort et surtout une tendance aux lâchages du membre inférieur gauche ayant entraîné deux chutes en octobre 2012 et deux chutes en mars 2013, ce qui était une manifestation typique de l'atteinte de la racine L4. L'assurée présentait des limitations fonctionnelles définitives intéressant la station debout prolongée (maximum une demie heure), la marche prolongée (maximum quinze minutes), la flexion antérieure du tronc et le port de charges (maximum cinq kg). La capacité de travail était nulle dans l'activité d'enseignante, car elle nécessitait la station debout et la marche prolongée, mais compte tenu de l'état clinique, consolidé depuis janvier 2011, un poste sédentaire était envisageable à 100%, en position assise pour l'essentiel. Le médecin ne partageait pas l'avis du SMR selon lequel l'activité habituelle était adaptée. Il n'y avait actuellement pas de déficit neurologique moteur, sauf l'abolition du réflexe rotulien gauche qui était objectivable, mais la série de lâchage depuis 2012 témoignait d'une irritation de la racine en question, de sorte que des mesures d'épargne à l'effort en station debout et à la marche lui paraissaient médicalement s'imposer.

17. Par pli du 24 juillet 2013, l'OAI a répondu et a conclu au rejet du recours. Le poste d'enseignant requerrait d'être souvent assis et debout, de sorte que l'alternance des positions était possible. Au surplus, la position debout pour enseigner se limitant à se lever de son bureau pour éventuellement donner son cours, de sorte qu'aucune raison ne justifiait une position debout prolongée. Au surplus, il était impossible de passer cinq heures quinze debout et trois heures trente en marchant, soit plus de huit heures par jour. Finalement, ce métier pouvait s'exercer auprès d'un autre employeur que l'Etat de Genève. Il ne se justifiait donc pas d'octroyer des mesures professionnelles, vu la pleine capacité de travail dans l'activité d'enseignante.

18. Par pli du 24 septembre 2013, l'assurée a persisté dans ses conclusions et a produit un rapport médical de la Doctoresse H_____, spécialiste en médecine physique, de rééducation et en rhumatologie, du 22 septembre 2013. Si la profession d'enseignante semblait adaptée, elle nécessitait de se lever et de rester souvent face à une classe, de porter des charges lourdes comme un cartable avec du matériel, d'avoir une posture en extension du rachis, de sorte que l'assurée devait pouvoir bénéficier d'une reconversion professionnelle, la capacité de travail dans une activité adaptée étant au maximum de 50%. Le médecin a procédé à une anamnèse courte mais précise, a décrit l'examen clinique et a conclu que, si les douleurs n'étaient pas au premier plan, les anomalies radiologiques étaient multiples et complexes, pluri-étagées au niveau lombaire, avec une amyotrophie du membre inférieur gauche, des faiblesses musculaires, etc.
19. Par pli du 11 novembre 2013, l'OAI a conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire le SMR estimant que la Dresse H_____ avait fait valoir une aggravation de l'état de santé, qui n'était actuellement pas stabilisé avec des limitations qui pourraient être plus importantes que celles précédemment retenues.
20. Lors de l'audience du 3 décembre 2013, l'assurée a été entendue. Elle enseignait le français au Cycle et son activité impliquait de travailler tantôt debout, tantôt devant le rétroprojecteur, tantôt assise, lorsqu'un élève venait lui poser une question mais sans pouvoir choisir l'alternance des positions.

Elle devait également utiliser le tableau noir, le baisser à sa hauteur pour noter des indications qui restaient durant tout le cours. Puis le monter pour que les élèves puissent lire, et cela, elle ne pouvait plus le faire.

Elle ne parvenait plus non plus à attraper un classeur ou un livre au-dessus de sa tête. Elle avait pris la peine d'acheter un sac à roulettes et à dos, qu'elle pouvait mettre sur le dos lorsqu'elle devait monter des escaliers, mais elle ne parvenait plus à se pencher en avant pour soulever le sac afin de le hisser sur son dos. Il n'y avait pas d'ascenseur dans son immeuble et elle avait dû faire appel à « Taxi Handicap » pour venir à l'audience.

La CIA lui versait une « indemnité », dont elle avait compris qu'il s'agissait du Plend, mais son dossier n'était pas clôturé, la CIA étant dans l'attente de la décision de l'OAI pour statuer sur l'octroi d'une rente d'invalidité LPP. Elle avait clairement indiqué à l'institution de prévoyance que si l'OAI la mettait au bénéfice d'un stage, elle renoncerait au Plend.

Sauf durant les périodes de sciatique ou de lumbago, durant lesquelles elle était clouée au lit durant huit jours, elle pensait qu'un stage lui permettrait de revenir vers une activité. S'agissant de celle de bibliothécaire, elle ne pouvait pas porter des livres, ni les remettre en rayon.

Son état de santé n'est pas linéaire, mais évoluait en dents de scie. Elle marche actuellement avec des cannes, mais pouvait trois mois plus tôt descendre les

escaliers et, encore auparavant, marcher avec un déambulateur, ce qui démontrait que la situation avait parfois été pire qu'actuellement.

21. La chambre de céans a poursuivi l'instruction de la cause et réuni les rapports suivants:

- a) le cas était stabilisé globalement, avec une fluctuation des douleurs et une nouvelle exacerbation des sciatalgies L5 gauches. En raison d'un déconditionnement musculaire important global des muscles paravertébraux, d'une amyotrophie globale de tout le membre inférieur gauche, qui témoignait d'une souffrance chronique et du report du poids sur le membre inférieur droit, la capacité de travail de l'assurée était limitée à 50% dans un poste adapté. Dans le même sens, les signes objectifs de faiblesse indiquaient une fatigabilité du membre inférieur gauche dans toutes les activités de la vie quotidienne et donc dans toutes les professions, malgré le fait que l'assurée était très impliquée dans la rééducation et le renforcement musculaire. Objectivement, on constatait une boiterie intermittente à gauche, une amyotrophie du quadriceps et de la fesse gauche, un Schober 10-13 cm, un périmètre de marche limité à trente minutes, le pire étant la station debout et le piétinement et des douleurs L3-L4 gauches, siège d'une hernie discale donnant auparavant des symptômes de cruralgie. Au surplus, sous traitement de Tramal, antalgique de classe 2, l'assurée avait de problèmes de concentration (rapport de la Dresse H_____ du 17 décembre 2013) ;
- b) l'examen électroneuromyographique évoquait une atteinte radiculaire L4-L5 séquellaire ancienne et de discrets signes d'atteinte radiculaire S1 bilatérale, à mettre en lien avec un canal lombaire rétréci multifactoriel avec une hernie discale L3-L4 et une discopathie L4-L5 connue (rapport de la Doctoresse I_____ du 3 septembre 2013) ;
- c) après le 23 mars 2010, l'assurée n'avait pas été soumise à des examens radiologiques. L'assurée avait été vue les 26 juin, 22 août, 23 octobre et 5 décembre 2013 pour la dernière fois. Elle se plaignait de lombosciatalgies gauches, variables selon les époques, accompagnées de sensations de lâchage sans nouvelle chute. Elle marchait avec une canne au mois de juin, sans canne au mois d'août et avec deux cannes depuis octobre. Elle était traitée par physiothérapie, médication (Tramal, Dafalgan et Fluoxetine). Les réflexes rotuliens et achilléen étaient abolis du côté gauche, on notait une amyotrophie de la cuisse et du mollet. Les limitations fonctionnelles concernaient la station debout prolongée à une demi-heure, la marche prolongée à quinze minutes, la flexion antérieure du tronc et le port de charges à trois kilos de manière répétitive et à cinq kilos occasionnellement. Dans une activité d'enseignante, la capacité de travail était nulle. Dans une activité adaptée, sédentaire, en position essentiellement assise, la capacité était de 100% (rapport du 9 décembre 2013 du Docteur E_____).

-
- d) l'assurée était au bénéfice de prestations de retraite de la caisse de prévoyance de l'Etat de Genève (CPEG anciennement CIA) depuis le 1^{er} octobre 2011. En 2014, le montant de la pension de retraite était de CHF 3'730.- auquel s'ajoutait le Plend de CHF 2'320.-.
22. Dans le délai fixé pour conclure, l'assurée a persisté dans ses conclusions le 13 mars 2014 et n'a pas sollicité d'autres mesures d'instruction. L'OAI a conclu, le 6 mai 2014, à la mise en place d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et neurologique, le cas échéant au renvoi du dossier pour instruction complémentaire. Selon l'avis du SMR, l'aggravation était manifestement antérieure à la décision, mais la capacité de travail dans une activité adaptée était divergente entre l'avis de la Dresse H_____ et celui du Dr E_____, de sorte qu'une expertise était nécessaire.
23. Sur 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).
- Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er 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).
4. 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 1er 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).

5. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
6. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des mesures professionnelles et à une rente.
7. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).
b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

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

8. 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. 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).

9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. 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).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

Lorsque l'assuré exerçait une activité lucrative à plein temps avant d'être atteint dans sa santé, c'est bien la méthode générale de la comparaison des revenus (art. 16 LPG) qui doit être appliquée pour déterminer l'invalidité, même si l'assuré a depuis lors été mis à la retraite anticipée partielle et perçoit une rente de retraite (arrêt du Tribunal Fédéral du 17 janvier 2012; 9C_332/2011).

Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance

professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2).

11. En l'espèce, il ressort de l'ensemble des rapports médicaux au dossier que les troubles de l'assurée impliquent des limitations fonctionnelles dont l'ampleur a été sous-estimée par rapport aux exigences du métier d'enseignante. En effet, il est notoire que les enseignants - du primaire et du secondaire en tout cas - donnent leurs cours en bonne partie debout. Souvent, ils déambulent dans la classe pour surveiller les élèves et obtenir leur attention. Il ne s'agit donc pas d'une activité exercée en position essentiellement assise. De plus, ils portent en général de lourdes serviettes pleines de livres, d'épreuves à corriger et d'autres documents. L'assurée a au surplus exposé avec simplicité qu'elle ne parvenait plus à lever le tableau noir sur lequel elle écrivait. Il est donc établi que l'assurée n'est plus capable d'exercer son métier d'enseignante primaire ou secondaire au sein du département de l'instruction publique. D'ailleurs, c'est la conclusion à laquelle est parvenu le SMR le 16 septembre 2011 pour changer d'opinion le 6 mars 2012, sans motiver de façon convaincante ce nouvel avis.

Suite à l'avis de la Dresse H_____, le SMR a estimé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, après son dernier avis mais avant la décision du 2 mai 2013. Il ne ressort pas clairement des avis des Drs E_____ et H_____ que l'état de santé s'est aggravé, mais plutôt qu'il est fluctuant et, en particulier, le Dr E_____ a toujours affirmé que si l'assurée était totalement incapable d'exercer son activité d'enseignante, sa capacité restait entière dans une activité adaptée. Au demeurant, peu importe qu'il s'agisse d'une aggravation de l'état ou d'une divergence entre les divers médecins, ce qui est déterminant, c'est que le SMR admet que l'état de santé et la capacité de travail dans une activité adaptée avant la décision n'étaient pas clairement déterminés, de sorte qu'un complément d'instruction était nécessaire.

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, l'avis des Drs E_____ et H_____ est divergent sans que la Cour soit en mesure de trancher cette question au degré de la vraisemblance prépondérante. Certes, la Dresse H_____ met en avant des arguments pertinents en faveur d'une limitation dans toute activité, mais le Dr E_____, qui suit la patiente depuis 2009, a toujours retenu une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations, sans se prononcer toutefois sur une éventuelle baisse de rendement. Il est donc indispensable de mettre sur pied un examen ou une expertise rhumatologique ou rhumato-neurologique pour préciser cette capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Compte tenu du fait qu'il faudra ensuite encore déterminer quelles sont les activités adaptées et, le cas échéant, vérifier lors d'un stage si l'assurée est concrètement en mesure d'avoir un rendement suffisant dans cette activité, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède à l'ensemble de ces mesures d'instruction.

Cela étant, il convient de préciser que le calcul du taux d'invalidité devra *in fine* se fonder, d'une part, sur le salaire que l'assurée aurait réalisé sans atteinte à la santé,

c'est-à-dire son salaire d'enseignante au cycle d'orientation à Genève, en octobre 2010, à l'échéance du délai de carence d'un an. Peu importe à cet égard qu'elle ait depuis lors pris une retraite anticipée, puisque c'est la situation avant l'atteinte à la santé qui est déterminante et que l'assurée n'aurait certainement pas pris un Plend et une retraite anticipée si elle avait été en mesure de continuer à travailler. S'il s'avérait que l'assurée est en mesure d'enseigner à des adultes, à temps partiel, dans le cadre de cours privés - l'âge et le petit nombre d'élèves permettant de rester assise - ou d'exercer l'activité de bibliothécaire, il conviendra alors de déterminer précisément le revenu réalisable, les salaires des écoles privées étant incomparables à ceux versés par l'Etat de Genève.

Au surplus, au vu des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assurée (58 ans en 2010), il faudra déterminer l'abattement qui se justifie si le salaire d'invalidé se fonde sur l'ESS et se demander si, de manière réaliste, l'assurée est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Finalement, il est regrettable que l'OAI ait finalement refusé à l'assurée les mesures professionnelles envisagées, puisque celle-ci était motivée et préférait alors se reconvertir plutôt que de bénéficier d'un Plend. Force est toutefois de constater que, depuis lors, les années ont passé et que l'assurée est désormais âgée de 62 ans. Ainsi, dans l'hypothèse où une capacité de travail exploitable dans une activité adaptée était retenue et si le taux d'invalidité ainsi que l'examen global de la situation justifiaient des mesures professionnelles, il faudra au préalable que l'assurée se détermine clairement sur sa volonté de travailler, malgré son Plend et sa retraite anticipée, étant rappelé que ceux-ci empêchent seulement une activité pour l'Etat de Genève ou les établissements publics qui y sont assimilés.

En conséquence, la décision de refus du 2 mai sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire du point de vue médical et de la capacité de travail résiduelle de l'assurée, puis détermination de l'activité adaptée, du rendement, de la possibilité d'exploiter cette capacité de travail et fixation du taux d'invalidité et du droit à des mesures professionnelles et/ou à une rente d'invalidité.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 2 mai 2013 sera annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, annule la décision du 2 mai 2013, renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
3. Condamne l'intimé au paiement d'une indemnité de procédure de CHF 2'500.- en faveur de la recourante.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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