RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/195/2022 **ATAS/677/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 septembre 2023

Chambre 1

En la cause

A_____ recourante
représentée par Me Jean-Jacques MARTIN, avocat

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE intimé

Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, présidente ; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, juges assesseurs

EN FAIT

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

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

c. L'assurée a été en incapacité de travail à 100% du 24 janvier au 20 mars 2011, à 70% du 21 mars au 17 mai 2011, à 50% du 18 mai au 13 juin 2011, à 0% du 13 juin au 21 août 2011, à 50% du 22 août au 9 novembre 2011 et à 100% depuis le 10 novembre 2011.

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

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

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

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

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

b. Par rapport du 21 mai 2013, le service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a considéré que les incapacités de travail dans l'activité habituelle étaient justifiées et qu'il convenait de déterminer l'exigibilité dans une activité adaptée si l'activité habituelle n'était pas complètement adaptée. Un descriptif du poste de travail devait être demandé.

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

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

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

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

g. Le 20 novembre 2013, l'assurée a été opérée pour une nouvelle complication avec une pseudarthrose.

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

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

j. Par avis du 24 octobre 2015, le SMR a indiqué que les atteintes à la santé consistaient en de nombreuses interventions chirurgicales au niveau du rachis et

que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Les limitations fonctionnelles comprenaient les positions assise et debout prolongées, la marche en terrain irrégulier, les montées et descentes d'escaliers, la position en porte-à-faux, les mouvements nécessitant la rotation du rachis, le port de charge de plus de 2 kg de manière régulière. Un mandat de réadaptation était préconisé afin d'évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée.

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

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

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

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

o. Suite à la mesure COPAI, l'OAI avait proposé à l'assurée de suivre un stage dans le domaine ciblé du tertiaire (bureaucratique, administration, etc…), afin

d'évaluer si une augmentation de ses rendements était envisageable, mais ce projet ne l'avait pas motivée, car elle craignait que sa santé ne se détériore en entreprenant une reprise du travail. Elle était persuadée qu'elle ne réussirait pas à gérer son effort, irait jusqu'au bout de ses forces et passerait ensuite la deuxième partie de journée allongée pour récupérer. De plus, elle avait dû augmenter la prise de médicaments durant la mesure, alors qu'auparavant le fait de s'allonger immédiatement après un effort lui avait permis d'éviter la prise d'antidouleurs.

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

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

r. Dans un avis du 23 novembre 2016, complété le 7 décembre 2016, le SMR a indiqué que les limitations fonctionnelles comprenaient la position assise et debout prolongée, la marche sur terrain irrégulier, la montée et la descente des escaliers, la position en porte-à-faux et le port de charges limité à 2 kg, conformément aux indications contenues dans le rapport du Dr D_____ du « 19.09.2013 ». Il a conclu que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50% dans le milieu tertiaire, soit dans une activité de type administratif, avec une baisse de rendement en phase initiale, mais qui pourrait être éliminée dès que l'assurée aurait repris un rythme, une confiance en elle et un sens dans son activité professionnelle, ce qui consistait en des éléments subjectifs n'attestant pas une baisse de rendement concrète. Il a précisé que la capacité de travail de 50% était dans l'activité habituelle, laquelle était adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

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

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

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

ne s'était fondé sur aucun document probant permettant de déterminer le taux et l'évolution de la capacité de travail de l'assurée.

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

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

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

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

complication. Le dernier bilan radiologique de 2018, au niveau de la colonne cervicale et lombaire, était en faveur d'une situation stabilisée, sans déplacement des cages, avec un bon alignement au niveau de la colonne lombaire.

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

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

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

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

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

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

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

f. Par courrier du 17 octobre 2019, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, s'est opposée à ce projet de décision. Elle contestait les conclusions de l'expertise du 4 juin 2019 de la Dresse F_____, qui étaient en contradiction totale avec tous les rapports qui avaient ponctué l'instruction du dossier jusqu'à la première décision de l'OAI du 25 octobre 2017 qui lui octroyait une demi-rente d'invalidité. Elle se référait aux rapports des Drs D_____ et E_____, du 10 octobre, respectivement 22 octobre 2016, au rapport du 2 novembre 2016 d'observation aux EPI, ainsi qu'à l'arrêt ATAS/912/2018 du 9 octobre 2018. Dans son expertise, la Dresse F_____ ne tenait pas compte de l'observation en milieu professionnel réalisé par le COPAI, aux EPI, qui démontrait qu'elle était

incapable de tenir un emploi dans le secteur tertiaire plus de quatre heures de suite, tout en devant bouger sans cesse puisque la position assise provoquait encore des douleurs insupportables et récurrentes. Elle ne tenait pas non plus compte de la problématique de la consommation de médicaments anti-inflammatoires et antalgiques, évoquée par les Drs D_____ et E_____, qu'elle supportait extrêmement mal. La Dresse F_____ se contentait de noter qu'elle ne prenait pas de tels médicaments de manière régulière, laissant entendre qu'une consommation régulière de ces médicaments serait susceptible de provoquer une amélioration de sa capacité de travail, ce qu'elle contestait.

Elle a joint un rapport du docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, daté du 11 octobre 2019, qui avait été rédigé après une consultation récente, reprenant sa situation médicale et décrivant son status complet. Il estimait qu'elle présentait un [failed back surgery syndrome] avec des douleurs lombaires et même dorsales, un sentiment de brûlures et une grande insécurité à la station debout pour les épreuves de provocation. L'assurée était hyper-réactive aux stimuli et craintive ; elle avait besoin de s'appuyer régulièrement pour se rassurer. Le syndrome vertébral était marqué. Il y avait en revanche peu de déficit neurologique objectif et la capacité de travail était avant tout liée aux douleurs, à la nécessité de changement des positions, ayant conduit à une grande crainte de tomber.

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

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

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

Reprenant les motifs de son courrier d'opposition, elle a ajouté que les constatations du Dr G_____ du 11 octobre 2019 rejoignaient celles des Drs E_____ et D_____, ainsi que celles du stage d'observation aux EPI. L'intimé ne pouvait pas se baser sur les conclusions strictement médicales de l'expertise du 4 juin 2019 pour mettre un terme aux prestations en sa faveur, puisque les observations effectuées en 2016 et 2017 n'allaient pas dans ce sens. Lors de l'instruction complémentaire du dossier, l'intimé n'avait pas procédé à de nouvelles mesures d'observation pour établir quelles activités étaient admissibles, se contentant de reprendre les conclusions de l'expertise. Or, il n'était pas parvenu

à fournir d'exemples concrets d'activité raisonnablement exigible. Il ne pouvait dès lors procéder à une comparaison des revenus puisqu'aucun revenu avec invalidité n'avait été retenu ; l'analyse économique faisait défaut. Sans procéder à aucune analyse du taux d'invalidité, l'intimé avait retenu à tort que la perte de gain se confondait avec l'incapacité de travail.

b. Dans sa réponse du 9 juin 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le rapport d'expertise rédigé à la suite de l'examen clinique satisfaisait manifestement aux exigences définies par la jurisprudence ; la recourante n'exposait en rien pour quels motifs ce rapport ne devait pas être considéré comme probant et n'amenait aucun élément médical objectif nouveau susceptible de remettre en cause les conclusions formulées à cette occasion. Le fait que les médecins traitants aient une appréciation différente concernant l'état de santé de la recourante n'était en soi pas déterminant selon la jurisprudence. Les conclusions du médecin expert avaient été confirmées par les dosages sanguins effectués lors de l'examen ainsi que par les déclarations de la recourante selon lesquelles elle ne prenait plus de médicaments régulièrement. Le dernier rapport du Dr G_____ invoquait des douleurs et des précautions extrêmes mais ne témoignait pas d'éléments objectifs nouveaux quant aux limitations fonctionnelles retenues.

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

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

d. Dans sa duplique du 7 octobre 2020, l'intimé a également maintenu ses conclusions. Le Dr H_____ retraçait le parcours médical de la recourante et exprimait son opinion personnelle mais n'apportait pas d'élément objectif nouveau. S'agissant de la restitution, l'intimé se référait à la jurisprudence et

retenait qu'il était possible de la demander puisque le droit à la rente pouvait être revu sans limitation temporelle.

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

f. Par arrêt du 6 avril 2021, la chambre des assurances a constaté que la capacité de travail était nulle du 1er septembre 2013 au 31 décembre 2014 et du 1er mai au 31 octobre 2016, et de 50% du 1er janvier 2015 au 30 avril 2016, ainsi que du 1er novembre 2016 au 31 mars 2019. En revanche, dès le 1er avril 2019, la recourante devait être considérée comme apte à exercer à plein temps toute activité administrative, y compris son activité habituelle, avec une baisse de rendement d'une heure le matin et d'une heure l'après-midi afin de lui permettre d'aménager des pauses en fonction des douleurs. Le recours a été partiellement admis, la décision du 12 mars 2020 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

La chambre des assurances - constatant que l'expertise n'indiquait pas expressément quelle était la capacité de travail de la recourante précédemment à l'examen effectué par l'experte, puisque cette dernière s'est contentée d'évoquer une stabilisation au niveau lombaire une année après la dernière intervention chirurgicale lombaire et, au niveau cervical, six mois post-opératoire – a retenu que l'expertise ne disposait pas de valeur probante pour la période antérieure à sa réalisation, soit du 1er septembre 2013 au 31 mars 2019. A l'époque, le SMR avait lui-même retenu une capacité de travail de 50% en se fondant en particulier sur le rapport d'observation aux EPI, qui avait mis en évidence les difficultés rencontrées en 2016 par la recourante et ne démontrait pas qu'il faille s'en écarter.

Dès avril 2019, soit dès le moment où l'expertise a été réalisée, l'expertise avait pleine valeur probante, l'experte ayant procédé à un examen complet de la recourante et s'étant appuyée sur l'entier du dossier, dont les rapports des médecins, et un entretien approfondi, de sorte que son expertise se basait sur un dossier bien étayé. Une anamnèse fouillée avait été réalisée et les plaintes de la recourante avaient été prises en compte. L'experte avait donné une appréciation détaillée et convaincante de l'état de santé et de la capacité de travail de la recourante au moment de son examen clinique.

L'expertise, qui respectait tous les réquisits prévus par la jurisprudence en matière de valeur probante, avait ainsi mis en évidence une nette amélioration de l'état de santé de la recourante dès avril 2019. Il convenait donc de suivre les conclusions de l'expertise s'agissant de la période à compter de laquelle celle-ci a été réalisée.

F. **a.** Par courrier du 7 mai 2021, l'assurée, faisant suite à l'arrêt précité, a invité l'OAI à examiner sur le plan économique et en comparaison avec le dernier revenu mensuel qu'elle avait réalisé en qualité de directrice de l'EMS la Louvière de CHF 9'718.-, quels seraient les emplois qu'elle pourrait exercer avec une pause

d'une heure le matin et l'après-midi, soit une baisse de rendement d'un quart, et le revenu qu'elle pourrait réaliser avec cet emploi adapté à ses limitations fonctionnelles.

Les observations faites dans le cadre du stage professionnel auprès des EPI du 12 septembre au 9 octobre 2016 dataient de quatre ans et demi. Il convenait donc de la convoquer pour un nouveau stage aux EPI en observation professionnelle pour savoir, exactement et concrètement, quels types de travaux ses douleurs lui permettaient de réaliser quotidiennement. Il serait ensuite possible de procéder par comparaison de revenu et de déterminer exactement quelle était la perte de revenu permanent impliqué par ses limitations physiques.

b. Selon une note interne de l'OAI du 15 juin 2021, à partir du 1er avril 2019, l'assurée avait été considérée apte – par arrêt de la chambre des assurances du 6 avril 2021 – à exécuter son activité habituelle de directrice d'EMS qui était adaptée à son état de santé avec une baisse de rendement de deux heures sur huit heures, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 25%. Il n'y avait pas d'instruction à mener, ce point ayant été tranché définitivement dans l'arrêt.

c. Le 22 juillet 2021, l'OAI a invité la caisse cantonale de compensation à calculer la prestation en espèces et de notifier la décision, sur la base du degré d'invalidité retenu dans l'arrêt du 6 avril 2021.

d. Par décision du 8 décembre 2021, l'OAI a fixé les prestations mensuelles de l'assurée comme suit :

- Décembre 2012 : CHF 1'160.- (degré d'invalidité de 50%)
- Septembre 2013 à décembre 2014 : CHF 2'340.- (invalidité 100%)
- Janvier 2015 à avril 2016 : CHF 1'175.- (invalidité 50%)
- Mai à octobre 2016 : CHF 2'350.- (invalidité 100%)
- Novembre 2016 à décembre 2018 : CHF 1'175.- (invalidité 50%)
- Janvier à juin 2019 : CHF 1'185.- (invalidité 50%).

Il s'est fondé sur un revenu annuel moyen déterminant de CHF 91'008.-, 26 années de cotisations prises en compte, pour une échelle de rente applicable de 44.

G. **a.** Par acte du 19 janvier 2022, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvel examen dans le cadre d'un nouveau stage professionnel, de sa capacité résiduelle et de sa perte de revenus permanente. La décision faisait suite à l'arrêt de la chambre des assurances du 6 avril 2021, selon lequel l'assurée devait être considérée comme apte à exercer à plein temps toute activité administrative dès le 1er avril 2019, y compris son activité habituelle, avec une baisse de rendement d'une heure le matin et l'après-midi afin de lui permettre d'aménager des pauses en fonction des douleurs. Son dernier revenu mensuel s'élevait à CHF 9'718.- en sa qualité de

directrice d'EMS et il convenait d'examiner sur le plan économique, en comparaison de ce dernier revenu, quels seraient les emplois qu'elle pourrait exercer avec une pause d'une heure le matin et une autre l'après-midi et le revenu qu'elle pourrait réaliser avec cet emploi adapté aux limitations fonctionnelles dues à ses douleurs. Elle avait suivi un stage professionnel auprès des établissements publics pour l'intégration (EPI) du 12 septembre au 9 octobre 2016 et un rapport COPAI avait été rendu le 2 novembre 2016, selon lequel ses capacités physiques étaient partiellement compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal et qu'elle pouvait travailler uniquement en position assise, durant quatre heures le matin. Ces observations ayant été faites il y a quatre ans et demi, elle avait demandé à l'OAI d'être convoquée pour un nouveau stage aux EPI en observation professionnelle pour savoir exactement et concrètement quels types de travaux ses douleurs lui permettaient de réaliser quotidiennement, avant que l'OAI ne procède par comparaison de revenu et détermine exactement quelle était la perte de revenu permanent impliquée par ses limitations physiques. Or, l'OAI n'avait pas donné suite et n'avait pas procédé à un tel calcul.

b. Le 17 février 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours. Dès lors qu'il restait une capacité de travail résiduelle non négligeable dans l'activité habituelle, il n'était pas nécessaire de chiffrer précisément les revenus avec et sans invalidité, dans la mesure où le taux d'invalidité se confondait avec le taux d'incapacité de travail. En tenant compte d'une baisse de rendement de deux heures par jour, le taux d'invalidité qui en découlait était de 25% au maximum, soit un taux insuffisant à ouvrir le droit à une rente. Il n'appartenait pas à l'OAI de définir de manière concrète quelle activité ou fonction professionnelle était envisageable pour l'assurée. L'assurance-invalidité ne tenait pas compte des particularités du monde du travail actuel, la notion de marché équilibré du travail, théorique et abstraite, servant de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance chômage et ceux qui relevaient de l'assurance invalidité, de l'assurance accident ou de l'assurance militaire. Il n'existait pour le surplus pas de mesure d'observation professionnelle proprement dite et dans le cas d'espèce, une mesure d'orientation professionnelle n'avait pas de sens dans la mesure où l'activité habituelle restait exigible.

c. Par courrier du 25 avril 2022, la recourante a considéré que l'intimé ne répondait pas à la question de la comparaison des revenus et de l'observation professionnelle. L'expertise médicale, qui concluait à une incapacité de 25% devait être complétée par une analyse économique de la capacité effective in situ de l'assurée. Or, l'OCAS n'avait procédé à aucune analyse ou instruction complémentaire, malgré sa demande.

d. Le 16 mai 2022, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.

e. Par courrier du 1er novembre 2022, la recourante a informé la chambre des assurances que sa situation de santé s'était péjorée et que le docteur Renato GONDAR, neurochirurgien, évaluait son incapacité de travail à 100%. Elle a

requis la suspension de l'instruction du recours jusqu'à droit jugé dans la demande de révision qu'elle avait envoyée le même jour à l'OAI.

Elle a notamment joint un rapport de consultation dudit neurochirurgien, qui l'avait vue le 29 septembre 2022, selon lequel elle présentait :

- une hypolordose lombaire dégénérative et post-chirurgicale avec fusion L3 à S1 et pseudarthrose évidente de L3 à L5 en plus d'un syndrome sacro-iliaque bilatéral sur maladie des segments adjacents au niveau L1-L2 et L2-L3 avec ostéophytose prononcée et canal lombaire étroit peu symptomatique, ainsi qu'une probable sacro-iléite bilatérale débutante,
- de même qu'une maladie des segments adjacents cervicaux C3-C4, C4-C5 et C6-C7 sur ancienne fusion par voie antérieure C5-C6 avec sténoses foraminales multiples bilatérales, avec cervicobrachialgie proximale droite probablement en lien avec une compression foraminale C4 droite mais aussi arthrose facettaire C3-C4 et C4-C5 de ce côté, ainsi qu'un syndrome du tunnel carpien à prédominance droit, symptomatique.

Après trois séances d'infiltration et supplémentation sacro-iliaques à l'acide hyaluronique bilatéralement, la patiente ressentait encore peu d'amélioration et restait très impactée dans son quotidien, de par des douleurs lombaires diffuses qui s'aggravaient lors de la station debout et par une claudication neurogène aux membres inférieurs à prédominance droit, de type crampe. Malgré une amélioration encore possible durant les semaines suivantes, il persistait un fort handicap par des douleurs lombaires diffuses en plus de douleurs type claudication neurogène qui pouvaient être expliquées partiellement par un canal lombaire très étroit entre L1 et L3, soit une maladie des segments adjacents chez une patiente qui avait un dos plat avec absence de lordose entre L3 et S1, segments décomprimés et fusionnés dans le passé par le Dr Ramadan. S'y ajoutait un déconditionnement musculaire important à la suite de multiples opérations et des périodes d'inactivité au vu de l'ensemble de la maladie, lui faisant penser qu'un éventuel geste de correction de lordose avec long montage de D10 jusqu'au bassin, y compris ostéotomie de soustraction pédiculaire au niveau lombaire en plus de XLIF L1-L2 et L2-L3 seraient des gestes avec de fortes chances de complications par la suite et peu de chances d'amélioration. Il attestait d'une incapacité de travail de 100% à l'heure de la rédaction du rapport et en tout cas de 75% de manière définitive.

f. Par courrier du 22 novembre 2022, l'OAI a indiqué avoir soumis les pièces médicales produites au SMR pour appréciation. Selon l'avis du SMR du 8 novembre 2022, « ces nouveaux documents médicaux nous apprennent que l'assurée présente en plus des lombalgies chroniques connues, une symptomatologie de canal lombaire étroit avec une claudication neurogène

(crampes), posant l'indication à une nouvelle intervention lombaire de décompression de L1-L3, qui aurait lieu le 18 novembre 2022. La symptomatologie de claudication neurogène n'était pas décrite lors de l'expertise d'avril 2019, ni dans le rapport de consultation du Dr G_____ du 11 octobre 2019. Il s'agissait ainsi d'une aggravation postérieure à la décision, le plus probablement courant 2022, date des infiltrations et consultations qui ont eu lieu en septembre 2022. ». L'aggravation de l'état de santé de la recourante étant postérieure à la décision litigieuse, elle sortait du cadre du litige. Elle aurait pu constituer un motif d'extension de l'objet du litige, mais non d'une suspension de la procédure, si les conditions en avaient été remplies, ce qui n'était pas le cas dans la mesure où l'objet de la contestation n'est pas en état d'être jugé. Les motifs de suspension prévus par l'art. 78 LPA n'étaient pas non plus réalisés. L'OAI s'opposait en conséquence à la suspension de la procédure.

g. Par courrier du 9 décembre 2022, la recourante a indiqué que l'OAI avait accepté, par courrier du 18 novembre 2022, d'entrer en matière sur la demande de « reconsidération-révision » de la rente d'invalidité. S'il s'agissait effectivement d'une réouverture sur faits nouveaux, l'appréciation qui pourrait être faite par l'OAI à la suite des nouveaux examens réalisés et éventuellement la nouvelle observation professionnelle faite sur sa personne, pourrait avoir des effets rétroactifs. Elle persistait en conséquence dans sa demande de suspension jusqu'à nouvelle décision de l'OAI sur sa demande.

EN DROIT

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

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

2.

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

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. Le litige porte sur la décision du 8 décembre 2021 en ce qu'elle supprime la rente invalidité dès le 1er juillet 2019.

4. A titre liminaire, il sera relevé que la capacité de travail de la recourante a été fixée par arrêt du 6 avril 2021 pour la période du 1er septembre 2013 jusqu'à avril 2019, une capacité pleine et entière ayant été reconnue dès le 1er avril 2019, pour toute activité administrative, y compris son activité habituelle, avec une baisse de rendement d'une heure le matin et d'une heure l'après-midi afin de lui permettre d'aménager des pauses en fonction de ses douleurs. Aucun recours n'ayant été formé à son encontre, il est désormais définitif et exécutoire.

5. L'assurée a conclu à la suspension de l'instruction de son recours jusqu'à droit jugé dans sa demande en révision déposée auprès de l'OAI.

5.1 Aux termes de l'art. 14 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), la procédure peut être suspendue lorsque son sort dépend de la solution d'une question de nature civile, pénale ou administrative pendante devant une autre autorité, jusqu'à droit connu sur ces questions. A fortiori la suspension est-elle possible lorsque deux causes sont pendantes devant la même juridiction.

Dans les procédures soumises à la maxime d'office ou inquisitoire, comme c'est le cas en matière d'assurances sociales, la maîtrise de la procédure appartient au juge, qui doit en définir l'objet, la diriger et y mettre fin par un jugement. Une suspension de procédure comporte le risque de retarder inutilement la procédure,

de sorte qu'elle ne doit être admise qu'avec retenue - c'est-à-dire lorsqu'elle se fonde sur des motifs objectifs - eu égard à l'exigence de célérité posée par l'art. 29 al. 1 Cst. (cf. ATF 130 V 90 consid. 5 p. 95). Selon la jurisprudence, peuvent constituer de tels motifs le fait de permettre la mise en œuvre de mesures d'instruction opportunes (ATF 127 V 228 consid. 2a p. 231) ou d'attendre la décision d'une autre autorité qui permettrait de trancher une question décisive pour l'issue du litige dans un délai raisonnable (ATF 119 II 386 consid. 1b p. 389).

5.2 En l'espèce, la recourante considère que la suspension de la procédure jusqu'à droit connu dans celle relative à sa demande de « reconsidération-révision » de prestation en lien avec l'aggravation de son état de santé sur laquelle l'intimé a accepté d'entrer en matière se justifie, car son résultat pourrait avoir des effets rétroactifs. L'intimé s'oppose à la suspension de la procédure, l'aggravation de l'état de santé invoqué étant postérieur à la décision litigieuse et sortant du cadre du litige.

5.3 En l'occurrence, force est d'admettre, avec l'intimé, que l'issue de la procédure relative à la « reconsidération-révision » de la rente en lien avec une aggravation de l'état de santé de la recourante, n'a pas d'incidence sur le présent litige, puisqu'elle concerne une période postérieure et constitue en cela une nouvelle demande. En effet, l'objet du présent litige porte sur la question de la rente pour la période postérieure au 1er juillet 2019, ce que l'intimé appréciera de façon autonome. Il n'y a ainsi pas de motif objectif justifiant une suspension de la procédure.

Au vu de ce qui précède, la demande de suspension est rejetée.

6. La recourante fait grief à l'intimé d'avoir prononcé la décision querellée sans mettre en œuvre au préalable une nouvelle observation professionnelle aux EPI, la précédente datant de 2016, pour ensuite procéder par comparaison de revenus et déterminer exactement la perte de revenu permanent impliqué par ses limitations physiques.

6.1 Le droit d'être entendu, garanti à l'art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), comprend celui d'obtenir une décision motivée. Conformément à ce principe, l'autorité doit indiquer dans son prononcé les motifs qui la conduisent à sa décision (ATF 123 I 31 consid 2c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_954/2008 du 29 mai 2009 consid. 3.1). Le destinataire de la décision doit pouvoir la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et l'instance de recours doit pouvoir exercer pleinement son contrôle si elle est saisie (ATF 139 V 496 consid. 5.1). La violation du droit d'être entendu, pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 124 V 180 consid. 4a).

6.2 En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021 dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

6.3 Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

6.4 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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. 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

6.5 Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

6.6 En l'occurrence, la capacité de travail de la recourante a été évaluée dans le cadre d'une expertise, dont il a été retenu, par arrêt du 6 avril 2021, qu'elle respectait tous les réquisits prévus par la jurisprudence en matière de valeur probante, et mettait en évidence une nette amélioration de son état de santé dès avril 2019. Les conclusions de l'expertise devaient être suivies s'agissant de la période à compter de laquelle elle avait été réalisée, à savoir dès avril 2019.

Aucun recours n'ayant été formé contre cet arrêt, il est désormais exécutoire et il n'y a pas lieu de revenir sur les constats qu'il a posés.

Dans la mesure où la recourante a été considérée comme apte à exercer à plein temps toute activité administrative, y compris son activité habituelle, dès le mois d'avril 2019, avec une baisse de rendement d'une heure le matin et une heure l'après-midi pour lui permettre de ménager des pauses en fonction de ses douleurs, soit une baisse de rendement de 25% tout au plus, c'est avec raison que l'intimé a refusé de mettre en place une évaluation professionnelle préalable confiée aux EPI, aucun droit à une rente n'étant ouvert.

En conséquence, la décision entreprise est conforme au droit.

7. L'éventuelle péjoration de la capacité de travail alléguée le 1er novembre 2022 ne saurait être prise en considération dans le présent arrêt, dans la mesure où elle serait postérieure au prononcé le 8 décembre 2021 de la décision entreprise.

8. Vu ce qui précède, le recours sera rejeté.

9. La recourante, bien qu'ayant été représentée par un conseil, n'a pas droit à une indemnité de dépens dans la mesure où elle échoue dans son recours (art. 61 let. g LPGA a contrario).

10. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a par ailleurs lieu de la condamner au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. 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	La présidente
Stefanie FELLER	Fabienne MICHON RIEBEN

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