

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2418/2015

ATAS/516/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 juin 2017

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-SACONNEX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc
MATHEY-DORET

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en 1962, a souffert d'une hernie discale L5-S1 droite ayant entraîné des périodes d'incapacité de travail totale et partielle depuis avril 2004. Elle a subi des interventions chirurgicales concernant une volumineuse hernie discale droite L5-S1, en urgence les 8 et 22 mai 2004, puis le 10 décembre 2004 afin de mettre en place un stabilisateur interépineux.
2. Elle a mis un terme à son travail de concierge en janvier 2005 en raison de son état de santé.

L'assurée a repris son activité de secrétaire à raison de 12 heures par semaine (50% de son activité à 60%) dès mars 2005, entrecoupées d'absences, à 75% (de 60%) dès le 21 août 2006, puis à 100% (de 60%) dès le 16 septembre 2006.

3. Par décision du 14 février 2008, l'assurée a été mise au bénéfice d'un trois-quarts de rente d'invalidité du 21 avril 2005 au 31 décembre 2006. L'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) a retenu une incapacité de travail de 62.5% dans l'activité aux B_____ (exercée théoriquement à 80%), une incapacité de 100% dans l'activité de concierge de 15% et un empêchement de 40% dans l'activité ménagère de 5%, soit un taux d'invalidité de 67%. Il a considéré que la capacité de travail dans une activité de bureau telle que celle exercée était à nouveau de 100% dès le 16 septembre 2006, de sorte que le taux d'invalidité, réduit à 17%, conduisait à la suppression de la rente dès le 1^{er} janvier 2007.
4. L'assurée et les B_____ ont informé l'OAI le 9 décembre 2009 d'une aggravation de l'état de santé depuis octobre 2009 et ont sollicité le réexamen du dossier.
5. L'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique auprès du service médical régional AI (SMR) le 28 mai 2010. Selon le rapport du 30 juin 2010 du docteur C_____, rhumatologue, les diagnostics avec répercussions durables sur la capacité de travail sont des lombosciatalgies gauches, non irritatives, non déficitaires, dans un contexte de protrusion paramédiane gauche, un status post cure de hernie discale L5-S1 et des troubles dégénératifs postérieurs L5-S1.

Le médecin a retenu que l'assuré avait une capacité de travail de 65% dans son activité habituelle d'employée au guichet ou dans une activité adaptée et de 80% dans l'activité ménagère.

6. Par décision du 9 mai 2011, l'OAI, se fondant sur un avis du SMR du 11 avril 2011 selon lequel il n'y avait ni aggravation ni nouvelles atteintes depuis mai 2010, a refusé toute prestation à l'assurée.
7. Par acte du 10 juin 2011, l'assurée a formé recours contre la décision. Elle conteste le statut mixte retenu par l'OAI et reproche à celui-ci de n'avoir pas tenu compte de l'évolution très défavorable observée depuis le deuxième semestre 2010. Elle conclut à l'octroi d'une rente basée sur un taux d'invalidité de 82,5%.

Par courrier du 1^{er} septembre 2011, le conseil de l'assurée a fait valoir qu'un examen IRM réalisé le 17 août 2011 avait mis en évidence une récurrence de hernie discale, et qu'une telle pathologie remettait totalement en question les conclusions de l'examen médical du SMR, quant à l'exigibilité de 65% dans l'activité antérieure.

8. Par arrêt du 13 septembre 2011, la chambre de céans a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, soit pour un complément de rapport par le Dr C_____ ou par un autre spécialiste en rhumatologie, voire en neurologie ou neurochirurgie, en tenant compte des résultats de l'IRM d'août 2011. Elle a en effet constaté qu'aucun spécialiste ne s'était prononcé suite au rapport du 17 août 2011, selon lequel la récurrence d'hernie discale et la discopathie L5-S1 objectivaient désormais l'intensification des douleurs lombaires dont souffrait l'assurée depuis octobre 2009 (ATAS/847/2011).

La chambre de céans a par ailleurs considéré qu'il était établi, au degré de vraisemblance prépondérante, que l'assurée aurait travaillé à 100% aux B_____ dès 2007-2008 si son état de santé le lui avait permis.

9. L'assurée a informé l'OAI, le 27 juin 2012, qu'elle n'avait plus d'emploi depuis le 31 octobre 2011 pour cause « d'aptitude médicale insuffisante » et que son état de santé s'était constamment aggravé depuis octobre 2009. Elle a rappelé que le 2 novembre 2011, elle avait subi une cinquième opération pratiquée par le docteur D_____, neurochirurgien.
10. Dans un rapport du 13 octobre 2012 adressé à l'OAI, le Dr D_____ a confirmé qu'il avait opéré l'assurée le 2 novembre 2011, a retenu le diagnostic de décompensation lombaire avec lombosciatalgies invalidantes depuis 2009, et fixé l'incapacité de travail à 100%, quelle que soit l'activité envisagée.
11. Un mandat d'expertise rhumatologique a été confié à la doctoresse E_____. Celle-ci a rendu son rapport le 19 avril 2013. L'experte retient les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail :

« - Lombo-sciatalgies gauches chroniques, selon un territoire S1 anamnestiquement.

- Contexte post-opératoire de discotomie microchirurgicale en mai 2004, reprise opératoire pour brèche dure-mérienne en mai 2004, mise en place d'un stabilisateur inter-épineux X-STOP au niveau L5-S1 le 10 décembre 2004, ablation du matériel inter-épineux en avril 2006, arthrose articulaire postérieure L5-S1.

- Le 2 novembre 2011, discectomie complète par voie inter-somatique latérale et mise en place d'une cage inter-corporeale, spondylodèse L5-S1.

- Février 2012, IRM lombaire : en L5-S1 cage inter-somatique, infiltration du tissu adipeux épidual dans le récessus latéral et les trous de conjugaison au niveau des racines L5 et S1 compatible avec une fibrose postopératoire plus

importante à gauche pour S1 qui est refoulée vers la ligne médiane. Les racines L5-S1 gauches sont tuméfiées.

- Douleurs neurogènes du segment jambier du pied gauche, après l'intervention du 2 novembre 2011 ».

et les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail :

« - Probable rhizarthrose du pouce droit, status post-hystérectomie, protrusion discale cervicale C5-C6, uncarthrose C5-C6, discrète discopathie L4-L5 sans conflit disco-radulaire ; neuropathie sensitive discrète du nerf cubital gauche au décours.

- Status post-implantation test d'un stimulateur médullaire, le 18 mars 2013.

- Status post-ablation du matériel de stimulation le 5 avril 2013 pour inefficacité ».

La Dresse E_____ a conclu qu'au poste d'agente au guichet B_____ ou à tout autre poste apparenté, l'assurée ne présentait aucune limitation au taux habituel de 70%. Les limitations sont en effet les suivantes : éviter la position debout en porte-à-faux du buste, éviter les mouvements répétitifs de flexion / extension et inclinaisons répétitives du rachis lombaire, éviter l'accroupissement, la mise à genoux, le travail en hauteur, la marche sur terrain irrégulier, le soulèvement de charge de plus de huit kilos (possible jusqu'à quatre kilos de manière répétitive). Il n'y a pas de diminution de rendement. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail, elle relève qu'il y a eu aggravation progressive de lombosciatalgies depuis l'automne 2009 surtout, selon l'assurée, mais que l'IRM du 27 octobre 2009 ne montre pas de récurrence de hernie discale. Le Dr C_____, à l'issue de son expertise du 28 mai 2010, ne décrit qu'une protrusion sur la base de l'IRM de 2009. Le 17 août 2011, une nouvelle IRM lombaire montre une récurrence de hernie discale L5-S1 paramédiane gauche en relation avec une récurrence de hernie discale L5-S1 gauche paramédiane, préforaminale accompagnée d'un œdème intra osseux du plateau inférieur de L5 et d'une arthrose des articulaires postérieures. Les douleurs ont conduit à une intervention chirurgicale avec discectomie complète et spondylodèse le 2 novembre 2011.

Elle considère que l'état de santé s'est dégradé depuis l'automne 2009, et retient les incapacités de travail transmises par les médecins traitants comme plausibles.

12. Dans une note du 31 juillet 2013, le médecin du SMR a pris connaissance du rapport d'expertise du 19 avril 2013, et constate que la capacité de travail est nulle dès octobre 2009, de 50% dès novembre 2009, de 25% (sur un taux de présence de 70%) dès juin 2010, nulle dès septembre 2011, et de 70%, sans baisse de rendement dès septembre 2012 (diminution nette des médicaments et scintigraphie osseuse normale).
13. Invitée à préciser la question de la capacité de travail, la Dresse E_____ a, par courrier du 12 septembre 2013, déclaré que « depuis novembre 2012, l'assurée peut

travailler à 100% de son poste à 70%, et à 70% à un poste de 100% respectant les limitations fonctionnelles déjà décrites ».

14. Le SMR a ainsi retenu le 13 septembre 2013 que selon la Dresse E_____, la capacité de travail était entière dans son poste à 70%, et de 70% dans un poste adapté. La capacité de travail avait évolué de la manière suivante : 25% du 70% de juin 2010 à septembre 2011, 0% de 70% d'octobre 2011 à octobre 2012 et dès novembre 2012, 70% d'un 100% dans toute activité. Pour la période antérieure à juin 2010, le SMR rappelle son propre avis du 2 décembre 2010, selon lequel le Dr C_____ avait considéré que l'assurée était capable de travailler à 65% dans son activité habituelle d'employée aux B_____ ou dans une activité adaptée dès le 11 octobre 2009 et à 80% depuis la même date comme ménagère, étant précisé que l'activité d'aide-concierge n'était plus adaptée.
15. Par courrier du 25 février 2014, l'assurée a fait part du sentiment désagréable qu'elle avait eu lors de l'expertise réalisée par la Dresse E_____. Elle relève par ailleurs un certain nombre d'imprécisions et d'erreurs dans le rapport.
16. Le 2 avril 2014, le médecin du SMR a considéré qu'« au vu du changement de statut et des explications peu convaincantes de la Dresse E_____ dans son expertise et surtout de l'avis du Dr F_____ du 4 juin 2010 qui retenait que l'assurée est capable de travailler. Toutefois, dans un rapport du 6 avril 2011, il mentionne une aggravation avec une capacité de travail plus basse, sur la base de tous ces éléments, nous devons retenir que la capacité de travail exigible est bel et bien de 70% d'un 100% ». Le médecin du SMR se réfère pour le surplus à son précédent avis du 29 novembre 2013.
17. Dans une note de travail du 11 avril 2014, l'OAI a cherché à déterminer à partir de quelle date le taux moyen d'invalidité de l'assurée était de 40%, sachant que celle-ci présentait un degré d'invalidité de 17% depuis le 1^{er} janvier 2007. Il est arrivé à la conclusion que le taux moyen d'invalidité était de 40% dès le 12 août 2010.
18. Le 14 avril 2014, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel il a considéré que son statut était celui d'une personne active, et que sa capacité de travail était de :
 - 0% du 1^{er} juillet 2007 au 25 juillet 2007 ;
 - 65% du 11 octobre 2009 au 31 mai 2010 ;
 - 25% du 1^{er} juin 2010 au 30 septembre 2011 ;
 - 0% du 1^{er} octobre 2011 au 31 octobre 2012 ;
 - 70% depuis le 1^{er} novembre 2012.Les prestations suivantes lui ont ainsi été accordées :
 - du 1^{er} août 2010 au 31 octobre 2010, un quart de rente (degré d'invalidité 40%) ;

-
- du 1^{er} novembre 2010 au 30 septembre 2011, une rente entière (degré d'invalidité 75%) ;
 - du 1^{er} octobre 2011 au 31 octobre 2012, une rente entière (degré d'invalidité 100%) ;
 - depuis le 1^{er} novembre 2012, la rente est supprimée en raison d'un degré d'invalidité de 30%.

Le droit à des mesures professionnelles a par ailleurs été refusé, vu la capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle.

19. Par courrier du même jour, le Dr D_____ a relevé plusieurs inexactitudes et erreurs d'interprétation dans le rapport d'expertise de la Dresse E_____. Il persiste à affirmer que la capacité de travail de sa patiente est nulle dans quelque activité que ce soit.

Le 29 avril 2014, il a confirmé son précédent courrier et informé l'OAI que sa patiente présentait, suite à l'opération du 2 novembre 2011, une série de complications (douleurs radiculaires neurogènes, complications urinaires et compressions cervicales osseuses C5-C6 avec une atteinte radiculaire C6 droite).

20. Dans une note du 8 août 2014, le médecin du SMR a proposé de mandater le docteur G_____ pour une expertise neurologique, et la Dresse E_____ pour un complément d'expertise rhumatologique, compte tenu des nouveaux éléments apportés par le Dr D_____.

L'assurée ayant contesté la désignation de la Dresse E_____, l'OAI a rendu une décision incidente le 8 septembre 2014, confirmant les deux experts désignés.

21. La Dresse E_____ a ainsi réalisé une seconde expertise rhumatologique le 1^{er} décembre 2014. L'experte a pris connaissance des reproches que lui avait adressés le Dr D_____, et répondu qu'aucun d'eux ne l'amenait à revoir la capacité de travail retenue lors de sa première expertise.

Elle a posé les diagnostics suivants, avec répercussions sur la capacité de travail :

« - Lombosciatalgies S1 gauches chroniques, fluctuantes (pas de Lasègue en avril 2013, présent ce jour à 60°). En février 2012, sur l'IRM lombaire, fibrose postopératoire autour des racines L5 et S1 plus importante pour la racine S1 gauche refoulée vers la ligne médiane.

- Status après spondylodèse L5-S1 le 2 novembre 2011 (cage intersomatique et 4 vis transpédiculaires), pour hernie discale L5-S1 gauche, arthrose inter-apophysaire postérieure.

- Dans le contexte postopératoire de novembre 2011, apparition d'une douleur neurogène sans compression directe probablement en lien avec un étirement du ganglion de la racine postérieure de L5 avec hypoesthésie plus marquée dans le territoire jambier L5, plus discrète dans le territoire S1 au niveau bord externe et du pied gauche ».

Elle a dressé la liste des limitations fonctionnelles liées aux atteintes incapacitantes comme suit :

« Concernant les lombalgies : éviter le maintien du buste en porte-à-faux, éviter les mouvements répétitifs en flexion-extension et rotation du rachis dorsolombaire, Eviter le port de charges supérieures à 5 kg de manière répétitive. Occasionnellement *l'assurée* peut porter jusqu'à 10 kg sur une courte distance. Pouvoir changer à son gré de positions environ tous les quarts d'heure ou les 20 minutes. Privilégier tout de même un travail en position assise. Pas de travail en hauteur ni avec les membres supérieurs maintenus en élévation au-dessus de la ligne des épaules.

Concernant les douleurs de type neurogène du MIG : elle postule que *l'assurée* n'est pas traitée puisque le traitement de Lyrica n'est pas suffisant et que les benzodiazépines comme le Rivotil n'ont jamais fait leur preuve sur les douleurs de type neurogène. La seule limitation fonctionnelle concerne la station debout et le périmètre de marche. Donc le travail doit être en position assise de manière prépondérante sans déplacement excessif ».

Elle estime que ces limitations n'ont pas de répercussions sur la capacité de travail de *l'assurée* dans sa profession habituelle. Elle n'exclut par ailleurs pas qu'elles résultent d'une exagération des symptômes, ce qui selon elle, témoigne certainement d'une surcharge psychologique.

Elle indique que

« Pour ce qui est des problématiques ostéo-articulaires et neurogènes, les taux restent les mêmes que ceux fixés lors de la première expertise en avril 2013.

Incapacité de travail de 50% (du 70%) du 03.11.2009 au 07.12.2009;

100% du 70% du 08.12.2009 au 15.12.2009;

50%, dès le 16.12.2009.

Incapacité de travail à 100% du 25.04. au 05.05.2010 pour problèmes cutanés et lombaires

100% du 10 au 23.05.2010 pour malaises sur vertiges.

75% depuis le 24.06.2010, c'est-à-dire capacité de travail de 25% de son 70%, soit deux heures par jour, ceci jusqu'au 30 septembre 2011 car l'intervention de spondylodèse au niveau L5-S1 a eu lieu le 02.11.2011 et depuis *l'assurée* n'a repris aucune activité professionnelle.

Incapacité à 100% du 30 septembre 2011 au 31 octobre 2012.

Après l'expertise rhumatologique du 09.04.2013, réalisée par la présente experte, la capacité de travail retenue est de 70% d'un 100%, soit une capacité totale dans l'activité habituelle de 70% et une capacité de 70% dans toute autre activité jugée adaptée depuis le 1^{er} novembre 2012. Potentiel de réadaptation dès septembre 2012. Reprise progressive du travail : 40% pendant un mois, 60% pendant un mois puis 70% d'un 100% ».

La Dresse E_____ précise encore que l'activité adaptée doit tenir compte des limitations précitées et ajoute qu'il est nécessaire que des investigations médicales complémentaires soient requises d'un médecin psychiatre et d'un urologue.

22. Par courrier du 19 décembre 2014, l'assurée s'est à nouveau plainte de l'examen subi chez la Dresse E_____, le 17 novembre 2014, qui a duré 6 heures, dont elle est « ressortie à bout de force, endolorie et anéantie ».

23. Le Dr G_____ a établi son rapport d'expertise neurologique le 19 décembre 2014. Il ne retient aucun diagnostic sur le plan neurologique avec répercussions sur la capacité de travail. À titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il évoque une hyporéflexie achilléenne bilatérale dans le cadre d'un syndrome radiculaire S1 résiduel, probablement depuis 2004. Il ne constate aucune incapacité de travail sur le plan neurologique, précisant que les limitations fonctionnelles liées à la pathologie rachidienne ont été déterminées par l'expert rhumatologue. Il en conclut qu'« au total, les limitations fonctionnelles sont essentiellement d'ordre rhumatologique, liées à la pathologie rachidienne, et ont été définies par une expertise rhumatologique. En l'absence de douleurs neuropathiques formellement établies, de syndrome radiculaire déficitaire résiduel, il n'y a pas de limitation fonctionnelle d'un strict point de vue neurologique ».

24. Dans un rapport du 30 janvier 2015, la docteure H_____, psychiatre, a posé le diagnostic d'état dépressif, et fixé l'incapacité de travail de sa patiente à 50% en tant qu'agente de voyage employée aux B_____, à compter du 14 novembre 2014, ainsi que dans toute autre activité adaptée à ses restrictions physiques. Elle mentionne les troubles de la concentration et un ralentissement. Dans un courrier annexé au rapport, daté du même jour, la Dresse H_____ a décrit les activités quotidiennes de sa patiente et son environnement social. Selon elle, l'assurée « pourrait bénéficier d'une rente à 50% et aussi de mesures de réinsertion socio-professionnelles : reprendre contact non seulement avec le monde du travail, mais aussi avec l'extérieur, mesures plutôt socio que professionnelles dans un premier temps ».

25. Dans son rapport du 16 février 2015, le médecin du SMR a relevé que

« L'expertise rhumatologique soulève un doute quant à une exagération des symptômes dans un contexte de probable surcharge psychologique. Au final, du point de vue rhumatologique, les conclusions sont inchangées par rapport à l'expertise du 9 avril 2013 ».

Il constate que l'expertise neurologique du Dr G_____ du 19 décembre 2014 ne retient aucune atteinte incapacitante, et rappelle que sur le plan psychiatrique, la Dresse H_____ a fait parvenir à l'OAI un rapport le 30 janvier 2015, dans lequel elle atteste d'un état dépressif moyen et d'une capacité de travail de 50%. Selon le médecin du SMR, ce rapport n'apporte pas d'élément clinique psychiatrique venant étayer le diagnostic d'état dépressif moyen, dans la mesure où la Dresse H_____

met essentiellement les douleurs en avant et renvoie aux somaticiens pour évaluer la capacité de travail.

26. Interrogée par l'OAI, la Dresse H_____ a précisé, le 13 mars 2015, que « psychologiquement, dans une activité adaptée, il me semble que *l'assurée* serait apte à travailler au maximum à 80% dans un délai d'un trimestre (besoin de reprise progressive). Elle n'a pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique ».
27. Dans sa note du 8 avril 2015, le médecin du SMR constate qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions du 29 novembre 2013, attestant d'une incapacité de travail de 75% de 70% (52,5%) de juin 2010 à septembre 2011, et de 100% d'octobre 2011 à octobre 2012. Dès novembre 2012, la capacité de travail est de 70% dans toute activité. De plus, il y a clairement une suspicion d'amplification des symptômes de la part de l'assurée par les experts.
28. Par décision du 5 juin 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision du 14 avril 2014.
29. L'assurée, représentée par Me Marc MATHEY-DORET, a interjeté recours le 10 juillet 2015 contre ladite décision. Elle conclut, préalablement, à ce que soit ordonnée une expertise judiciaire médicale confiée à des spécialistes neutres et indépendants, qui se prononceront sur sa capacité de travail raisonnablement exigible, principalement, à ce que la décision du 5 juin 2015 soit annulée, en tant qu'elle supprime la rente d'invalidité au 31 octobre 2012, et à ce que lui soit allouée une rente entière d'invalidité au-delà du 31 octobre 2012, et, subsidiairement, à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
30. Dans sa réponse du 11 août 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours.
31. Dans sa réplique du 7 septembre 2015, l'assurée persiste intégralement dans les termes et conclusions de son recours. Elle conteste toute valeur probante aux rapports de la Dresse E_____. Elle s'étonne de ce que l'OAI fonde sa décision sur les seules conclusions de ce médecin et estime avoir suffisamment instruit le dossier sur le plan médical, alors que, précisément, la Dresse E_____ a préconisé des investigations complémentaires auprès d'un urologue plus particulièrement. Elle relève enfin que l'OAI ne s'est pas prononcé sur la violation de l'art. 88a RAI.
32. Dans sa duplique du 29 septembre 2015, l'OAI maintient également ses conclusions. Il rappelle que, contrairement à ce que soutient l'assurée, la symptomatologie urinaire a été investiguée par le biais de l'expertise neurologique, laquelle ne retient aucune atteinte incapacitante.

S'agissant de l'application de l'art. 88a RAI, il relève que la situation de l'assurée est suffisamment stable au 1^{er} novembre 2012 pour admettre une augmentation avec effet immédiat de sa capacité de gain, faisant ainsi intervenir une suppression de la rente à partir de cette date déjà. Il considère ainsi que les atteintes à la santé de

l'assurée ne sont pas évolutives, ce qui justifie l'application de l'art. 88a al. 1 1^{ère} phrase RAI.

33. Par ordonnance du 23 mai 2016, la chambre de céans a confié au professeur I____, médecin-chef du service de psychiatrie générale des HUG, au docteur J____, médecin adjoint dans le service de rhumatologie, et au professeur K____, médecin-chef du service d'urologie, la mission d'expertiser l'assurée, étant précisé que le volet prépondérant était celui de rhumatologie. Elle a en effet considéré que l'expertise de la Dresse E_____ du 19 avril 2013 et son complément du 1^{er} décembre 2014 n'avaient pas valeur probante.
34. Le rapport d'expertise ordonné par la chambre de céans a été établi le 22 décembre 2016.

a. Les experts ont retenu les diagnostics suivants :

- sur le plan rhumatologique :

1) Syndrome lombo-vertébral chronique avec irradiation non radiculaire (sciatalgie) dans le membre inférieur gauche, persistant après une spondylodèse L5-S1 réalisée en novembre 2011, comme 5e intervention sur le rachis lombaire (discectomie L5-S1 en 2004, reprise pour brèche dure-mérienne, puis X-STOP en décembre 2004 et enfin ablation du matériel en 2006). (M51.3)

2) Douleurs neuropathiques prédominant dans le territoire L5, probablement en lien avec une manipulation du ganglion de la racine postérieure lors de l'intervention de 2011. (M54.17)

3) Syndrome cervico-vertébral (M54.2) et dorso-vertébral (M54.5) intermittent dans un contexte de déconditionnement musculaire focal et global.

4) Sensibilisation centrale dans un contexte de douleurs chroniques.

5) Rhizarthrose droite.

- et sur le plan urologique : une hyperréactivité détrusorienne.

Aucun diagnostic n'a été retenu sur le plan psychiatrique.

b. Ils décrivent les limitations comme suit :

« L'importance du syndrome lombo-vertébral et la multiplicité des causes qui y concourent (cf. supra) entraîne une incapacité à rester assise plus de 10-15 minutes (la limitation augmentant dans une situation de stress), à rester debout en piétinant plus de quelques minutes, à marcher à une allure normale, à marcher à une allure infranormale plus de 15 minutes. La position en porte-à-faux (flexion du tronc de 200 environ) n'est plus exigible, tout comme des activités en flexion-rotations, ou flexion-extension du tronc. Un port de charges de 5 à 10 kg sur une courte distance, de manière très occasionnelle est possible mais ne devrait pas être répété. Le travail répété en hauteur ou avec les membres supérieurs maintenus en élévation au-dessus de la ligne des épaules n'est plus exigible ».

c. Ils considèrent que la capacité de travail dans le dernier poste occupé est nulle, puisque ce poste requiert de rester assis au-delà des capacités déterminées et exige de faire très régulièrement des flexions du tronc en rotation. Ils précisent que

« Cette incapacité a été constatée et rapportée par l'employeur durant l'année 2010, en soulignant en outre l'épuisement engendré par les douleurs et les efforts consentis par *l'assurée* lorsqu'il était question d'augmenter la durée de l'activité (qui était alors de 2 jours de travail consécutifs de 2 heures à 2 heures 30 chacun). Ce rapport indique également que dans cette situation, le rendement a été de 50%. Ces constatations ont été faites en 2010-2011, depuis lors, comme décrit ci-dessus, l'état de santé s'est détérioré suite à la dernière opération avec l'apparition de douleurs neurogènes dans le membre inférieur et un accroissement progressif du déconditionnement qui vient majorer le syndrome lombo-vertébral ».

Ils ont constaté une aggravation nette dans les suites de l'intervention chirurgicale de novembre 2011 avec l'apparition de nouvelles douleurs ayant des caractéristiques neurogènes. L'anamnèse permet également de mettre en évidence une dégradation fonctionnelle progressive qui s'inscrit dans le contexte d'un déconditionnement musculaire et d'une sensibilisation centrale.

d. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, ils relèvent que

« l'intensité et l'étendue des limitations fonctionnelles entraînées par les pathologies décrites précédemment ne permettent pas d'exiger, une activité professionnelle à plus de 20% dans un poste qui tiendrait compte de toutes les limitations précédemment décrites ci-dessus. Il est en outre très probable que cela s'accompagnerait d'une diminution de rendement conséquente mais fluctuante si l'on se réfère à l'évaluation professionnelle de 2010 et à l'ECF effectuée dans le cadre de cette expertise. On peut cependant estimer qu'une partie des éléments qui participe à ce handicap soit potentiellement réversible moyennant un important investissement tant de *l'assurée* que des institutions médicales et non-médicales. Cela nécessiterait une prise en charge multidisciplinaire au long cours, en débutant dans un programme intensif et hospitalier s'adressant dans le même temps aux éléments physiques (musculo-articulaires) ainsi qu'aux éléments psychiques (croyances délétères, thymie, craintes non fondées, ...). Un tel traitement est par exemple proposé par la clinique Bernoise de Montana; puis être poursuivi par une équipe multidisciplinaire spécialisée dans les problèmes de rachialgies chroniques. Une fois cette première étape mise en route, un accompagnement serré dans un programme de réinsertion progressif sur un minimum de 12 mois devrait être instauré. Sous ses conditions, il est possible d'espérer obtenir une augmentation de la capacité de travail à 50% dans un poste adapté. Étant donné les importantes incertitudes concernant ces différentes étapes, une réévaluation de cette appréciation serait cependant nécessaire en fonction de l'évolution ».

Ils ajoutent que

« Il n'existe pas de divergence d'opinion majeure entre les diagnostics retenus par la présente expertise et ceux indiqués par la Dresse E_____ lors de sa 2^e expertise (qui ne sont pas totalement identiques à celles de la première expertise). Il existe par contre une différence majeure concernant l'évaluation de la capacité fonctionnelle et donc de la capacité de travail. Cette différence résulte essentiellement de 2 points de désaccord, que l'on peut résumer comme suit : 1) Appréciation de la capacité de *l'assurée* à rester assise à un poste de travail. 2) Les limitations liées à l'exercice de l'activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (pour reprendre les termes de l'AI) ».

Ils en concluent que

« Il semble donc clair que la Dresse E_____ a estimé que *l'assurée* présentait des limitations liées à l'exercice de l'activité qui résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable ». J'ai expliqué ci-dessus en quoi les mêmes éléments pouvaient être interprétés de manière différente. Mais il faut également souligner qu'aucun autre document à disposition pour cette expertise ne relève des signes d'exagération, d'amplification des symptômes, d'incohérences, etc. Ce n'est pas seulement apparent dans les rapports des médecins traitants (L_____, D_____, séjours hospitaliers à La Lignière ou à Loèche-les-Bains), mais cela est également souligné dans l'expertise du Dr C_____ (point repris explicitement dans l'argumentaire de l'arrêt de la Cour de justice en 2011) et du Dr G_____ dans son expertise neurologique. Toujours dans le même sens, le rapport de son employeur souligne « les efforts consentis » lors de la tentative d'augmentation du temps de travail. On doit également relever à ce sujet, la reprise de travail rapide lorsqu'une amélioration clinique a été obtenue avec la 4^{ème} intervention chirurgicale en 2006, ainsi que l'appréciation de la personnalité de *l'assurée* par le Prof. I_____ dans la présente expertise.

Concernant l'appréciation de la capacité à rester assise, là encore tous les documents (avis des médecins, diverses expertises, avis de l'employeur) concordent à décrire l'évidence d'une limitation fonctionnelle en correspondance avec la description que *l'assurée* nous donne de ses journées durant ces dernières années. Même la Dresse E_____ décrit cette problématique. Pourtant cela ne ressort dans aucune de ses conclusions sur le handicap fonctionnel. Dans la 2^{ème} expertise, elle précise même qu'il faut privilégier le travail en position assise. Il m'est impossible de comprendre cette divergence à l'intérieur même de ces expertises sans la mettre en relation avec l'analyse d'un comportement d'exagération ou d'amplification. Je pense avoir démontré le manque de cohérence de cette appréciation.

Il résulte donc de cette analyse que sur la base d'observations relativement similaires, la présente expertise arrive à des conclusions très divergentes concernant la capacité de travail ».

35. Invitée à se déterminer, l'assurée a, le 6 février 2017, souligné que les conclusions du rapport d'expertise du 22 décembre 2016 venaient confirmer le fait que son état de santé s'était aggravé et qu'elle ne disposait d'aucune capacité de travail

exploitable sur le marché du travail. Elle conclut au maintien de sa rente entière d'invalidité au-delà du 31 octobre 2012.

36. Le 2 mars 2017, l'OAI, se référant à l'avis du SMR daté du 17 février 2017, a maintenu sa position.

Dans cet avis, le médecin du SMR a en effet indiqué que cette expertise ne l'avait pas convaincu, aux motifs que

« le Dr J_____ sort de son champ de compétence. En effet, la douleur neuropathique retenue a été écartée par l'expertise du Dr G_____ à la lumière d'un ENMG qui est normal.

Les diagnostics retenus de déconditionnement et de sensibilisation centrale dans le contexte de douleurs chroniques (abaissement du seuil de la douleur) qui est du registre du trouble somatoforme douloureux ne sont pas retenus comme incapacitants par la LAI. Remarquons que des éléments de trouble somatoforme douloureux, ne sont pas retrouvés par l'expert psychiatre, Prof. I_____, et ce diagnostic bien que retenu par l'expert rhumatologue (douleurs résultant de problèmes fonctionnels, problématique primaire idiopathique (c'est-à-dire pour laquelle aucune étiologie n'est retrouvée) page 25 de l'expertise paragraphe 2, n'est pas incapacitant au niveau psychiatrique.

De plus, le Dr J_____ ne sépare pas les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail et ceux n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Ainsi, la rhizarthrose droite retenue n'entraîne aucune limitation fonctionnelle donc elle ne peut être retenue comme incapacitante.

Concernant l'évaluation de la capacité de travail, le Dr J_____ se prononce sur une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle. Cette activité a toujours été évaluée comme une activité administrative, type employé de bureau. On ne comprend pas l'évaluation du Dr J_____, car on ne voit pas comment on pourrait trouver une activité plus adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée. De plus, la Dresse E_____ a déjà retenu une diminution de la capacité de travail dans cette activité en raison des douleurs lombaires et de la nécessité d'alterner les positions. Enfin, l'assurée a elle-même décrit au Dr C_____ qu'elle pouvait prendre des pauses régulières de 10 minutes toutes les 30 minutes.

Au final, seul le syndrome lombo-vertébral avec irradiation non radiculaire est retenu comme incapacitant et il n'y a aucune raison médicale objective qui empêche l'assurée d'effectuer son activité habituelle qui est une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles à 70%. Les conclusions du rapport final SMR du 8.04.2015 restent valables ».

37. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Le présent litige porte sur le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 octobre 2012.
2. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont préalablement été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 23 mai 2016. Il suffit de s'y référer.
3. Les dispositions légales applicables et la jurisprudence y relative ont également déjà été exposées dans l'ordonnance d'expertise. La chambre de céans se bornera dès lors à rappeler que selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 520/05 du 28 décembre 2006 et I 554/06 du 21 août 2006). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Il convient également d'ajouter que le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).
4. Dans le cas d'espèce, la question litigieuse doit désormais être tranchée à la lumière de l'expertise judiciaire, laquelle a été ordonnée par la chambre de céans le 23 mai 2016, au motif essentiellement que l'expertise de la Dresse E_____ et son complément n'avaient pas valeur probante (ATAS/403/2016).

5. La chambre de céans a nommé les Drs I_____, J_____ et K_____ aux fins de procéder à une expertise pluridisciplinaire – psychiatrique, rhumatologique et urologique.

Il convient préalablement de constater que le rapport des médecins précités, daté du 22 décembre 2016, remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives de l'assurée, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et les conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Ils expliquent par ailleurs clairement leur position par rapport à l'expertise de la Dresse E_____ et son complément.

6. Sur le fond, les experts retiennent que l'assurée ne peut rester assise plus de 10-15 minutes (cette limitation augmentant dans une situation de stress), rester debout en piétinant plus de quelques minutes, marcher à une allure normale, marcher à une allure infranormale plus de 15 minutes. La position en porte-à-faux (flexion du tronc de 200 environ) n'est plus exigible, tout comme des activités en flexion-rotations, ou flexion-extension du tronc. Un port de charges de 5 à 10 kg sur une courte distance, de manière très occasionnelle est possible mais ne devrait pas être répété. Le travail répété en hauteur ou avec les membres supérieurs maintenus en élévation au-dessus de la ligne des épaules n'est plus exigible.

Ils considèrent ainsi que la capacité de travail de l'assurée est nulle dans le dernier poste occupé, - puisque ce poste requiert précisément de rester assis au-delà des capacités déterminées et exige de faire très régulièrement des flexions du tronc en rotation - et de 20% dans une activité adaptée respectant toutes les limitations, ajoutant qu'« il est en outre très probable que cela s'accompagnerait d'une diminution de rendement conséquente, mais fluctuante, si l'on se réfère à l'évaluation professionnelle de 2010 et à l'ECF effectuée dans le cadre de cette expertise. On peut cependant estimer qu'une partie des éléments qui participe à ce handicap soit potentiellement réversible ».

Ils ont enfin constaté une aggravation nette dans les suites de l'intervention chirurgicale de novembre 2011.

7. Selon l'OAI, certains points du rapport d'expertise tendraient toutefois à faire douter de sa valeur probante.

Il s'agit en conséquence d'apprécier la pertinence de son argumentation pour déterminer si, sur le fond, le rapport des experts peut ou non se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Il y a préalablement lieu de rappeler que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de

vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015). Il sied également de rappeler que, selon la jurisprudence, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire.

8. Le SMR reproche aux experts, plus particulièrement au Dr J_____, de ne pas avoir distingué les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail et ceux sans répercussion sur la capacité de travail.

Il est vrai que les experts n'ont pas dressé deux listes distinctes de diagnostics, ils expliquent toutefois clairement ensuite quels diagnostics parmi ceux qu'ils ont retenus affectent ou non la capacité de travail et dans quelle mesure.

9. Le SMR ne comprend pas comment il est possible de soutenir que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle, alors qu'il s'agit d'une activité sédentaire exercée dans un bureau et, partant, strictement adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée.

Le SMR ne tient cependant pas compte du fait que les experts ont considéré que l'activité habituelle exigeait de rester assis au-delà de quinze minutes et de faire très régulièrement des flexions du tronc en rotation, ce dont l'assurée n'était précisément plus capable.

Force est à cet égard de constater que le SMR se réfère à plusieurs reprises à ses conclusions du 8 avril 2015. Or, cet avis est fondé sur l'expertise de la Dresse E_____, à laquelle la chambre de céans a nié toute valeur probante.

10. Selon le SMR, « le Dr J_____ sort de son champ de compétence. En effet, la douleur neuropathique retenue a été écartée par l'expertise du Dr G_____ à la lumière d'un ENMG qui est normal ».

Certes des douleurs neuropathiques prédominant dans le territoire L5, probablement en lien avec une manipulation du ganglion de la racine postérieure lors de l'intervention de 2011 (M54.17) ont-elles été mentionnées à titre de diagnostic par le Dr J_____, alors que le Dr G_____ n'en retient aucun avec répercussions sur la capacité de travail. Il évoque uniquement une hyporéflexie achilléenne bilatérale dans le cadre d'un syndrome radiculaire S1 résiduel, probablement depuis 2004, et ce à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, de sorte qu'il ne constate aucune incapacité de travail sur le plan neurologique, précisant que les limitations fonctionnelles liées à la pathologie rachidienne ont été déterminées par l'expert rhumatologue. Le Dr G_____ a par ailleurs précisé que « la symptomatologie algo paresthésiante sur le segment jambier sur le pied gauche n'est pas considérée comme véritablement neuropathique ».

Le Dr J_____ a toutefois rappelé que l'ENMG pratiqué par la Dresse M_____ avait donné lieu à des interprétations différentes, et souligné à cet égard que selon le Dr D_____, cet ENMG objectivait la présence d'un problème sensitif survenu en

manipulant le ganglion spinal L5 gauche lors de la mise en place de la cage intersomatique.

Le Dr J_____ a considéré que du fait qu'elles étaient apparues immédiatement après la dernière intervention, l'explication du Dr D_____ (mobilisation du ganglion), du reste reprise et développée par la Dresse E_____ dans sa deuxième expertise, semblait le plus probable, précisant que « le caractère descriptif de cette douleur avec des éléments neurogènes ainsi que les quelques altérations rapportées par la Dresse M_____ dans son rapport d'électroneurophysiologie sont en parfaite concordance avec cette explication physiopathologique. Bien que cette douleur soit au second plan, le caractère neuropathique est connu pour être particulièrement difficile à tolérer au long cours et avoir un caractère anxiogène. On ne peut donc totalement les ignorer lors de l'établissement des répercussions fonctionnelles ». Aussi a-t-il mentionné les douleurs neuropathiques et conclu que

« l'état de santé s'est détérioré suite à la dernière opération avec l'apparition de douleurs neurogènes dans le membre inférieur et un accroissement progressif du déconditionnement qui vient majorer le syndrome lombo-vertébral ».

On ne saurait dans ces conditions soutenir que le Dr J_____ a outrepassé les limites de sa spécialité. Le Dr G_____ admet quoi qu'il en soit la présence de douleurs neurologiques.

11. Le SMR constate que le Dr J_____ fait état d'éléments relevant d'un trouble somatoforme douloureux, alors que le Dr I_____ n'en a pas retenu le diagnostic. Il considère au surplus qu'il ne serait pas incapacitant au sens de l'assurance-invalidité. Il fait ainsi valoir que

« Les diagnostics retenus de déconditionnement et de sensibilisation centrale dans le contexte de douleurs chroniques (abaissement du seuil de la douleur) qui est du registre du trouble somatoforme douloureux ne sont pas retenus comme incapacitants par la LAI. Remarquons que des éléments de trouble somatoforme douloureux, ne sont pas retrouvés par l'expert psychiatre, Prof. I_____, et ce diagnostic, bien que retenu par l'expert rhumatologue (douleurs résultant de problèmes fonctionnels, problématique primaire idiopathique (c'est-à-dire pour laquelle aucune étiologie n'est retrouvée) page 25 de l'expertise paragraphe 2, n'est pas incapacitant au niveau psychiatrique ».

La chambre de céans relève en effet que selon le Prof. I_____, l'assurée ne cumule aucun facteur de risque pour une décompensation psychique prenant le caractère du trouble dépressif récurrent ou d'un trouble somatoforme.

Le Dr J_____ n'a en réalité pas non plus posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Il est vrai qu'il tient compte, notamment, dans l'évaluation de la capacité de travail des douleurs neuropathiques dont souffre l'assurée. Il n'y inclut toutefois pas des facteurs psychosociaux ou socioculturels caractéristiques du trouble somatoforme douloureux. Il est du reste notoire que même en l'absence de

tels facteurs, la chronicisation et l'amplification objective des douleurs neurogènes peuvent avoir lieu, notamment du fait que le cerveau mémorise la douleur.

12. La chambre de céans relève que les diagnostics retenus par la Dresse E_____ sont plus ou moins identiques à ceux mentionnés dans l'expertise du 22 décembre 2016. L'évaluation de la capacité de travail est en revanche différente. Elle l'est pour des motifs portant essentiellement sur la limitation de la capacité de l'assurée à rester assise et sur le sentiment que la Dresse E_____ porte sur les plaintes de l'assurée qu'elle juge exagérées.

Or, force est de constater, s'agissant du premier motif, que les observations des experts sont venues confirmer celles des médecins traitants et de l'employeur.

Pour le second, il suffit de rappeler que dans son ordonnance du 23 mai 2016, la chambre de céans avait précisément reproché à la Dresse E_____ des inexactitudes, des erreurs d'interprétation et ses jugements de valeur.

Il y a à cet égard lieu de rappeler que ni le Dr C_____, ni le Dr G_____, ni le Prof. I_____ ne relèvent de tendance à l'exagération. L'employeur salue de son côté des « efforts consentis » lors de la tentative d'augmentation de travail. Les experts se sont du reste montrés perplexes à la lecture de l'expertise de la Dresse E_____ qui leur a semblé être le reflet d'un parti pris.

13. Il n'est enfin pas contesté que l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis l'automne 2009. Elle a en effet présenté, suite à l'intervention subie le 2 août 2011, plusieurs complications (douleurs radiculaires neurogènes, complications urinaires et compressions cervicales osseuses C5-C6 avec une atteinte radiculaire C6 droite).
14. Il convient, au vu de tout ce qui précède, de considérer que l'expertise des Drs I_____, J_____ et K_____ du 22 décembre 2016 a, sur le fond également, pleine valeur probante, et, partant, d'en suivre les conclusions et de constater qu'aucune modification de l'état de santé n'est intervenue en octobre 2012. Aucun motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est ainsi réalisé. Aussi la décision de l'OAI du 5 juin 2015, en tant qu'elle supprime le droit de l'assurée à la rente entière d'invalidité au 31 octobre 2012, doit-elle être annulée.

Le recours est admis, et la cause renvoyée à l'OAI pour calcul des prestations dues et nouvelle décision.

15. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA-GE - E 5 10 et art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986, RFPA - E 5 10.03).
16. L'émolument, arrêté à CHF 200.-, est mis à la charge de l'intimé, qui succombe.
17. Reste à statuer sur le sort des frais d'expertise.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3 p. 501 s.), les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. Au consid. 4.4.2 de l'ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un COMAI pouvaient le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décidait de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estimait que l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervenait dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative, qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui devaient être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4 p. 357), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 p. 265 s.). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4 p. 502).

18. En l'espèce, la chambre de céans a, dans son ordonnance d'expertise du 23 mai 2016, considéré que l'expertise de la Dresse E_____ du 19 avril 2013 et son complément d'expertise du 1^{er} décembre 2014 n'avaient pas valeur probante, raison pour laquelle elle a mandaté les Drs I_____, J_____ et K_____ pour une expertise pluridisciplinaire.

Il y a lieu de constater qu'après avoir pris connaissance du rapport d'expertise rendu par la Dresse E_____ le 19 avril 2013, le SMR a invité celle-ci à préciser la question de la capacité de travail, puis a qualifié ses explications de « peu convaincantes ». Le Dr D_____ lui a par ailleurs signalé plusieurs inexactitudes et erreurs d'interprétation dans ce rapport d'expertise et l'assurée a fait part du sentiment désagréable qu'elle avait eu lors de l'examen. Il n'a pas non plus tenu compte du fait que la Dresse E_____ portait un regard particulièrement sévère sur les plaintes de l'assurée qu'elle jugeait exagérées, alors qu'aucun autre médecin ne relevait de tendance à l'exagération de la part de l'assurée. Ce nonobstant, l'OAI n'a pas hésité à mandater la Dresse E_____ à nouveau pour un complément d'expertise.

Il se justifie dès lors de mettre à sa charge les frais relatifs à l'expertise du Dr J_____, rhumatologue.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 5 juin 2015.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour calcul des prestations dues et nouvelle décision.
4. Condamne l'OAI à prendre en charge les frais relatifs à l'expertise du Dr J_____, rhumatologue, soit CHF 8'200.-.
5. Condamne l'OAI à verser à l'assurée une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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