



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2585/2019

ATAS/305/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 avril 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VEYRIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Yvan JEANNERET

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1960, de nationalité suisse, est titulaire d'un Certificat Fédéral de Capacité d'écuyère et d'un diplôme d'éducatrice du jeune enfant (délivré en 2008).
2. Dès le 18 août 2003, elle a travaillé comme éducatrice à un taux de 90 % pour l'association du secteur petite enfance de B_____ (ci-après : le SPE). Elle a été licenciée pour le 31 août 2017.
3. Le 27 août 2009, l'assurée a été victime d'un accident de scooter et s'est notamment blessée au genou gauche.
4. Un rapport d'expertise du Centre d'expertise médical (ci-après : le CEMed) du 30 juin 2010 a conclu à une incapacité de travail totale de l'assurée.
5. Le 29 juillet 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
6. L'assurée a subi le 10 août 2010 une arthroscopie du genou gauche.
7. Le CEMed a rendu un rapport d'expertise orthopédique le 13 mai 2011 en concluant à un diagnostic de chondropathie rotulienne interne du genou gauche entraînant une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et nulle dans une activité adaptée (sans flexion du genou au-delà de 110°, surtout de manière répétitive, sans position accroupie, à genoux et mouvements répétitifs de flexion/extension du genou gauche).
8. L'assurée a bénéficié d'un reclassement professionnel par le biais de formations en management & ressources humaines, aide comptable, et marketing & communication d'entreprise et bureautique. Elle a reçu des attestations de suivi des cours de marketing & communication d'entreprise, d'aide comptable et de bureautique (selon les communications de l'OAI des 11 octobre 2012, 16 juillet 2013 et 1^{er} novembre 2013).
9. Par décision du 25 septembre 2014, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité.
10. Dès le 1^{er} novembre 2014, l'assurée a réduit son taux d'activité à 45 %.
11. Le 20 novembre 2014, l'assurée a été victime d'un autre accident de scooter. Elle a été heurtée par un véhicule.
12. Par décision du 29 janvier 2015, La Zürich, Compagnie d'assurance, l'assureur-accident selon la LAA de l'assurée a alloué à celle-ci une rente d'invalidité de 18 %.
13. Le 5 mai 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité en raison de « douleurs générales du côté droit ».
14. Le 15 mai 2015, le docteur C_____, FMH médecine générale, a attesté de douleurs dorsale, au bassin, à l'abdomen, au thorax et au membre supérieur droit suite à un accident de la circulation du 20 novembre 2014 entraînant une incapacité de travail totale depuis l'accident (mobilité réduite, force lentement diminuée, port de charge, même minime, impossible).

15. Le 10 mars 2015, le docteur D_____, médecin adjoint agréé au service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a évoqué une irritation médullaire due à une herniation médullaire (D1) post traumatique.
16. Le 26 février 2015, le Dr C_____ a posé les diagnostics de contusion massive cervico-lombaire, contusion du genou, de la cheville, du coude et de l'épaule droits, fracture de deux côtes à droite et une à gauche, et une atteinte à la main droite.
17. Le 9 octobre 2015, le Dr C_____ a mentionné un état de santé aggravé, avec des algies persistantes depuis août 2015 et une incapacité de travail totale.
18. Le 24 novembre 2015, le service de neurochirurgie des HUG a attesté de diagnostics de syndrome cortico-spinal bilatéral avec niveau C5 en lien avec une lésion médullaire ; séquelles post traumatiques de lésions de nerfs périphériques cutanés au niveau thoracique à droite et au niveau du nerf fémoro-cutané à droite et au niveau du nerf sural ; lombosciatalgie droite non déficitaire ; surcharge fonctionnelle avec apparition par intermittence d'un tremblement irrégulier du membre inférieur droit ainsi qu'un pattern de marche avec lâchage brusque du genou droit.
19. Les Docteurs E_____, F_____ (orthopédie) et G_____ (neurologue) ont rendu, à la demande de l'assureur-accident, un rapport d'expertise bidisciplinaire fondé sur un examen de l'assurée du 29 février 2016 (rapport du 8 septembre 2016).

L'assurée se plaignait de douleurs aux côtes, aux deux épaules, au coude droit, au bassin, à la hanche et au pied droits, avec tremblement de la jambe droite, des sifflements dans la tête, une perte de sensibilité des pieds, au thorax, à la jambe gauche et à la cheville droite, de fourmillements dans tout le corps, de manque de force aux deux membres supérieurs et à la jambe droite et de limitation de la mobilité de l'épaule gauche.

Ils ont posé les diagnostics de compression postérieure de la moelle épinière due à un kyste arachnoïdien ; l'incapacité de travail était totale dans l'ancienne activité ainsi que dans une activité de secrétariat ; le pronostic dépendait d'une chirurgie. Les plaintes actuelles, soit des paresthésies de la nuque et du bras droit étaient en lien avec une souffrance médullaire déjà existante, en raison du kyste arachnoïdien qui préexistait à l'accident de 2014, mais dont les symptômes neurologiques avaient été possiblement décompensés par le traumatisme.

20. Le 24 avril 2016, l'assurée a subi une résection d'un kyste arachnoïdien et attachement de moelle épinière (D1).
21. L'assurée a séjourné à la Clinique genevoise de Montana du 18 au 31 mai 2016 pour un diagnostic de myélopathie dorsale sur kyste arachnoïdien et attachement de la moelle épinière « type arachnoïd web » à hauteur de D1- laminectomie D1, fenestration et résection partielle d'un kyste arachnoïdien comprimant la moelle épinière.

-
22. Le 6 juillet 2016, le département de chirurgie des HUG a attesté d'une probable tendinite calcifiante décompensée à l'épaule gauche.
 23. Par décision du 13 octobre 2016, l'assureur-accident a admis un syndrome douloureux depuis l'accident de 2014 jusqu'au 19 novembre 2015, et nié toute prestations au-delà.
 24. Le 25 novembre 2016, la doctoresse H_____, FMH neurochirurgie, a estimé qu'il était trop tôt pour se prononcer mais qu'un travail adapté avec la possibilité de changer de position librement, sans port de poids, devrait être possible.
 25. Le 18 avril 2017, l'assurée a subi une arthroscopie de l'épaule gauche avec ablation de calcification.
 26. Le 19 juin 2017, la Dresse H_____ a attesté de signes post-opératoires au niveau D1 sans signe de myélopathie avec rétrécissement foraminaux L4-L5 à gauche, venant au contact avec les racines L4 et L5 gauche. L'assurée se plaignait de cervicalgies et lombalgies droites.
 27. Le 5 juillet 2017, la Dresse H_____ a mentionné des diagnostics de névralgie de type Arnold ddc G > D, un syndrome de l'articulation sacro-iliaque droit et des douleurs cervicales et lombaires.
 28. Le 14 juillet 2017, le docteur I_____, FMH anesthésiologie, a indiqué qu'il proposait à l'assurée des options médicamenteuses pour les douleurs neuropathiques cervico-brachiales bilatérales. Elle présentait une symptomatologie neuropathique extrêmement douloureuse à la suite de sa chirurgie cervico-thoracique de 2016, laquelle avait permis une nette diminution des douleurs aux membres inférieurs mais pas des douleurs cervicales irradiant dans les deux membres supérieurs, qui étaient importantes ; elle souffrait d'une allodynie sévère de toute la surface cervico-dorsale ; l'effleurement était douloureux. Elle ne pouvait rien porter. Les douleurs neuropathiques amenaient vers un stimulateur médullaire, lequel ne pouvait être posé car l'espace épidural était complètement fibrosé. Si les options médicamenteuses échouaient, une pompe à administration intrathécale avec une perfusion de Clonidine, avec éventuellement des opiacés, pourrait être proposée.
 29. Le 7 août 2017, le Service de neurochirurgie des HUG a indiqué qu'il était difficile de savoir si l'assurée pouvait travailler compte tenu des plaintes de lombosciatalgies droites irradiant dans le membre inférieur et hypoesthésie.
 30. A la demande de l'assureur-accident, les Drs J_____ (orthopédie) et K_____ (neurochirurgie), du CEMEDEX, ont rendu un rapport d'expertise daté des 20 juillet et 17 octobre 2017.

Du point de vue orthopédique, l'assurée présentait les diagnostics d'arthrose de l'interligne de Lisfranc au niveau du pied droit ; fractures de la 4^{ème} et de la 5^{ème} côtes à droite ainsi que la 12^{ème} côte à gauche ; traumatisme de l'hémi-bassin droit ; chondropathie rotulienne interne du genou gauche ; traumatisme de la partie droite du bassin sans lésion radiologique séquellaire à ce jour. L'ancienne activité n'était

plus exigible mais une activité adaptée l'était à 100 % (port de charge ponctuel limité à 5kg, sans déplacement répété dans les escaliers).

Du point de vue neurochirurgical, l'assurée se plaignait de devoir se déplacer à l'extérieur avec son rolateur, de lâchage au niveau de la hanche droite, de brachialgies gauches survenant à la position semi-statique, d'un tinnitus à haute fréquence avec céphalées, de paresthésies des membres supérieurs, de la position assise possible que trente minutes, de douleurs au repos et à l'effort, de gestes ralentis par la douleur, d'impossibilité de soulever des charges de plus de 5 kg, de faiblesse, de brûlures et décharges électriques avec fourmillement et picotements aux bras, à la nuque, au membre inférieur droit, à l'hypochondre droit, au genou gauche et à l'occiput, au toucher ou frottement des habits, d'une cheville droite rigide et d'un fort ralentissement psychomoteur dû aux médicaments. L'examen neurologique montrait des séquelles de la lésion médullaire se manifestant par un syndrome cortico-spinal bilatéral partiel ; l'ensemble des trouvailles parlait en faveur d'un CRPS post-traumatique. Les deux accidents étaient à 100 % responsables des atteintes à la santé.

L'ancienne activité n'était plus exigible mais une activité adaptée l'était à 50 % (activité légère, avec alternance des positions, une activité principalement assise étant impossible, sans position accroupie, pas de port de charge au-delà de 5 kg). Une petite pause après chaque heure de travail était nécessaire et une reprise de préférence en palier de 20 %. Une activité de 4h par jour était un grand maximum.

31. Le 20 octobre 2017, la Dresse H_____ a répondu à des questions de l'OAI. L'évolution était stagnante du point de vue neurochirurgical et l'assurée était en traitement pour la douleur chez le Dr I_____ ; du point de vue orthopédique, la capacité de travail de l'assurée était de 50 %, avec des limitations de port de charge de plus de 5kg, positions alternées assise/debout, sans rotations répétitives au niveau cervical et du tronc, ni flexion du tronc en avant. Dans un travail adapté, la capacité de travail était de 70 %. La date de l'exigibilité pour un travail adapté était le 24 août 2017. Une expertise bidisciplinaire (Drs J_____ et K_____) avait déjà été ordonnée, de sorte qu'une nouvelle expertise n'était pas nécessaire, les problèmes étant bien documentés.
32. Le 27 février 2018, le Dr L_____ du SMR a rendu un rapport final subséquent qui se rallie aux conclusions de l'expertise du CEMEDEX de 2017 ; l'assurée était incapable de travailler depuis le 26 novembre 2014 et capable d'exercer une activité adaptée à 50 % depuis avril 2017 (rapport de consultation de la Dresse H_____).
33. Le 18 avril 2018, la division de la réadaptation professionnelle a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 52 % (revenu en 2017 sans invalidité de CHF 77'250.- et revenu d'invalidité de CHF 37'044.-, fondé sur l'ESS 2014, TA 1, femme, ligne 69 - 71, niveau 2, pour 41,7 heures de travail par semaine, à 50 %).
34. Par projet de décision du 24 avril 2018, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2015 au 30 juin 2017 et une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2017, fondée sur un degré d'invalidité de 52 %.

-
35. Le 18 juin 2018, l'assurée, représentée par un avocat, a observé que la Dresse H_____ avait préconisé une reprise du travail dès le 24 août 2017 et non pas dès avril 2017 ; cette reprise était contestée car elle l'avait fixé sans nouvelle consultation ; l'OAI avait omis de tenir compte de son âge, 58 ans, afin d'évaluer si elle disposait de possibilités concrètes d'emploi ; or, aucune activité n'était exigible, ce d'autant qu'elle ne disposait d'aucune expérience en ressources humaines ; il n'existait pas de poste respectant ses limitations fonctionnelles.
36. Le 21 novembre 2018, le SMR a considéré que le début de l'aptitude à la réadaptation était le 24 août 2017.
37. Par décision du 6 juin 2019, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2015 au 30 novembre 2017 et une demi-rente dès le 1^{er} décembre 2017, en considérant que la date du 24 août 2017 devait être retenue comme le début de l'aptitude à la réadaptation ; pour le surplus, les limitations fonctionnelles étaient compatibles avec une activité dans le domaine des ressources humaines et l'âge de 58 ans n'était pas relevant, ce d'autant que l'assurée avait eu la possibilité de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dès fin 2013.
38. Le 8 juillet 2019, l'assurée, représentée par son avocat, a recouru à l'encontre de cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à sa réformation dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2015, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction et nouvelle décision.

Au moment où la décision litigieuse avait été rendue, elle avait 59 ans, et elle était à 5 ans de l'âge légal de la retraite ; elle était totalement éloignée du marché du travail depuis 2014 ; l'OAI n'avait pas décrit les activités exigibles, ce d'autant que son reclassement n'avait pas abouti à un diplôme ou un certificat ; elle n'avait pas d'expérience professionnelle dans le domaine des ressources humaines ; elle avait des limitations fonctionnelles et son état se péjorait ; elle se déplaçait à l'aide d'un rolateur ; ses chances concrètes d'embauche étaient donc nulles. Elle a communiqué un rapport LAA du Dr C_____, du 7 mai 2019, concluant à une incapacité de travail totale depuis novembre 2014 en raison de limitations (motilité et mobilité réduites, asthénie majeure liée aux douleurs, résistance très divisée et algies chroniques).

39. Le 17 juillet 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que l'assurée avait eu 57 ans au cours de l'année où le rapport d'expertise bidisciplinaire du CEMEDEX avait été réalisé par les Drs J_____ et K_____, soit un âge qui ne pouvait pas encore être qualifié d'âge avancé selon la jurisprudence. De plus, l'assurée avait la possibilité de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans l'activité pour laquelle elle avait été réadaptée dès fin 2013 déjà. Son âge ne pouvait donc être considéré comme faisant obstacle à la reprise d'une activité adaptée. La mise en valeur par la recourante d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à son état de santé était objectivement exigible. Les limitations fonctionnelles retenues étaient compatibles avec l'exercice d'une activité dans le

domaine des ressources humaines, profession pour laquelle l'assurée avait bénéficié de mesures de réadaptation. Selon le service de réadaptation, l'assurée avait pu bénéficier d'une formation complète dans le domaine du management et RH avec des cours complémentaires divers entre 2012 et 2013 ; à cette époque, elle avait préféré continuer son activité dans le secteur de la petite enfance mais elle aurait pu mettre à profit sa nouvelle formation plus adaptée à son atteinte. Le métier appris (management et RH) était complètement adapté à ses atteintes à la santé.

40. Le 23 septembre 2019, l'assurée a répliqué en requérant une expertise judiciaire afin d'évaluer sa capacité de travail ; l'expertise des Drs E_____, F_____ et G_____ du 8 septembre 2016 et celle des Drs J_____ et K_____ du 17 octobre 2017 arrivaient à des conclusions opposées (incapacité de travail totale dans une activité de secrétariat, d'une part, et capacité de 50 %, d'autre part). Quant au Dr C_____, il attestait d'une incapacité de travail totale ; par ailleurs, un âge proche de 60 ans pouvait être considéré comme proche de l'âge de la retraite, ce qui était son cas, ayant 59 ans au moment où la décision avait été rendue ; une place de travail compatible avec ses limitations fonctionnelles n'existait pas sur le marché du travail. Elle a joint un certificat du Dr C_____ du 19 août 2019 attestant d'une symptomatologie hyperalgique avec allodynie sévère de toute la surface cervico-dorsale, avec mobilité limitée ; une hyperesthésie de l'hémicorps droit, une trophicité perturbée du pied droit, une flexion limitée du genou gauche, une hypoesthésie du pied droit et un syndrome cervico-spinal bilatéral partiel. La reprise d'une activité professionnelle n'était pas envisageable.
41. Le 14 octobre 2019, la Dresse M_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel, lors de l'expertise orthopédique et neurochirurgicale du 17 octobre 2017, les diagnostics cités par le Dr C_____ avaient été retenus et commentés. Les experts avaient tenu compte de la symptomatologie algique et des troubles de la mobilité, pour établir leurs conclusions. Il n'y avait pas d'argument médical pour une aggravation depuis 2017. Les experts retenaient une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux diverses limitations fonctionnelles orthopédiques. Le Dr C_____ retenait une capacité de travail nulle : il s'agissait d'une appréciation différente du même état de fait. Ce rapport médical n'amenait pas de nouvel élément permettant de modifier l'appréciation du cas.
42. Le 15 octobre 2019, l'OAI a considéré que l'expertise du CEMEDEX du 17 octobre 2017 avait pleine valeur probante, de sorte que l'instruction médicale était complète.
43. Le 11 novembre 2019, les parties ont été entendues en audience de comparution personnelle :
- La recourante a déclaré : « Je dois me déplacer avec un Rollator et je ne peux pas m'asseoir car cela entraîne des douleurs à la hanche et au nerf sciatique. J'ai des douleurs à la hanche droite, que je dois mobiliser tout le temps car c'est comme ça qu'elle me fait moins mal. J'ai aussi des douleurs au pied droit, au genou gauche que je ne peux pas plier, en raison des suites de mon accident. Malgré l'intervention de

2016 j'ai toujours des décharges électriques dans tout le corps avec des pertes de sensibilité. Je vis comme dans une fourmilière. L'intervention a amélioré certaines choses comme les paresthésies avec tremblements dans les jambes mais j'ai toujours des pertes d'équilibre et de sensibilité. Je n'ai vu le Dr D _____ qu'une fois après l'intervention sinon j'ai régulièrement vu d'autres médecins aux HUG. Je vois La Dresse H _____ et le Dr I _____ à Lausanne pour la douleur. Celui-ci m'a indiqué que je ne pouvais pas me faire intégrer un appareil pour la douleur car je m'étais déjà faite opérée de la moelle épinière.

Je suis quotidiennement sous traitement médicamenteux, Irfen, Dafalgan, Tramadol et l'Ansoprazol pour protéger l'estomac ainsi que du l'Exotanil et un autre médicament dont je ne me rappelle plus le nom. Le matin je me douche et m'habille très difficilement, je sors ensuite promener mon chien, aidée par mon Rollator, j'arrive ensuite à peler quelques légumes pour me faire à manger, je me couche pour lire ou je fais un peu de couture sur un bureau que j'ai aménagé en le surélevant car je n'arrive pas à rester assise plus de 10 à 20 minutes et si je le fais je suis tordue car je ne peux pas plier ma hanche droite suite à mon deuxième accident. Je ne peux plus conduire de véhicule et je ne peux plus faire de courses sans être aidée hormis quelques légumes que j'achète à un maraicher prêt de chez moi.

J'ai obtenu le diplôme de management et ressource humaine. Pour les autres cours suivis, soit aide-comptable et marketing, j'ai des attestations de cours car je n'ai pas obtenu les diplômes. J'ai recherché du travail dans ces domaines, en vain. J'ai notamment été refusée pour deux places dans une crèche à Fribourg et une à Genève en raison de mon problème au genou car je ne pouvais pas monter et descendre aisément les escaliers. J'ai également recherché au GIAP. Ensuite j'ai été victime du deuxième accident. J'ai recherché du travail après mon deuxième accident mais peu de temps en raison de mes paresthésies et de la contusion médullaire finalement diagnostiquée.

L'expertise au CEMEDEX s'est très bien passée. Les médecins ont été à l'écoute. L'experte neurologue m'a indiqué que mon état pouvait soit s'améliorer soit s'empirer et en fonction de cela on pourrait envisager une reprise de travail d'abord à 20 % puis à 50 % maximum, tout en relevant qu'il serait difficile pour moi vu mon âge et ma situation de retrouver un emploi. Je n'arrive pas à prendre les transports publics car je ne peux pas rester assise. Je dois prendre un bus depuis Veyrier et les arrêts sont brusques. Je fais tout à pied.

Je suis suivie par le Dr C _____ que je vois régulièrement. Je ne vois pas d'autres médecins car les spécialistes m'ont indiqué qu'ils ne pouvaient plus rien faire. J'ai recherché, suite à mon reclassement, un poste d'adjointe pédagogique dans le but de gérer une institution car j'ai au départ une formation d'éducatrice de l'enfance ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « Nous avons pris la ligne 69 – 71 de l'ESS 2014 car il s'agit des activités les plus adaptées aux compétences de la recourante. Il s'agit des activités dans le domaine des ressources humaines. Le niveau 2 a été choisi par rapport aux connaissances acquises. Le service de réadaptation a décidé

de ce niveau. Vous m'indiquez que le salaire ESS 2014, TA 1, femme, de niveau 2 ligne 69 - 71 n'est pas de CHF 5'789.- par mois. Je n'ai pas fait toutefois de vérification du montant ».

44. Le 27 novembre 2019, l'OAI a précisé que le degré d'invalidité de la recourante était de 49,7 % soit, en 2017, un revenu sans invalidité de CHF 77'250.- et un revenu d'invalidité de CHF 38'823.- (fondé sur l'ESS 2014, TA1, femme, ligne 69-71, niveau 2, pour 41,7 heures de travail par semaine, à un taux de 50 %). Le niveau 2 était justifié car il correspondait aux connaissances acquises par la recourante dans le cadre de sa formation (management et ressources humaines, aide-comptable, marketing et communication d'entreprise, cours en bureautique). Le niveau 1 correspondait aux tâches physiques et manuelles simples, ce qui n'était pas pertinent pour l'assurée.
45. A la demande de la chambre de céans, la Dresse K_____ a donné les 23 décembre 2019 et 20 janvier 2020 des renseignements complémentaires. L'assurée pouvait travailler à un taux de 50 %, avec une diminution de rendement. Le taux était exigible dès le 1^{er} janvier 2020. Antérieurement, elle était capable de travailler à 25 % dès le 1^{er} janvier 2018 ; elle était entièrement d'accord avec le rapport du Dr I_____ du 14 juillet 2017. La diminution de rendement était de 50 % de manière générale mais tout dépendait de la charge et du type de travail à effectuer.
46. Le 11 février 2020, la Dresse M_____, du SMR, a observé que l'experte signalait dans son rapport d'expertise que l'assurée avait besoin d'effectuer des pauses qui, associées aux limitations fonctionnelles, étaient, selon toute vraisemblance, à inclure / intégrer dans l'évaluation de la capacité de travail totale ; les avis de l'experte des 23 décembre 2019 et 20 janvier 2020 n'apportaient pas d'élément objectif permettant de modifier l'appréciation du cas.
47. Le 11 février 2020, l'OAI s'est rallié à l'appréciation du SMR du 11 février 2020.
48. Le 21 février 2020, l'assurée a observé que l'experte concluait à une capacité de travail de 25 % dès le 1^{er} janvier 2018, avec une diminution de rendement de 50 %, ainsi que de 50 % dès le 1^{er} janvier 2020, avec une diminution de rendement de 50 %. Son degré d'invalidité était donc supérieur à 70 %. Le SMR ne discutait pas sérieusement les derniers avis de l'experte et indiquait, sans motif, que la diminution de rendement était comprise dans l'évaluation de la capacité de travail de 50 %, ce qui était erroné. Par ailleurs, le revenu d'invalidité se basait sur l'ESS 2014, lignes 69 – 71, qui correspondaient à des activités de gestion, d'architecture et d'ingénierie, qui sortaient de son champ de compétence. Les lignes 77 – 82 correspondant à des activités de service administratif et de soutien apparaissaient comme bien plus adéquates, avec un niveau de compétence 1. Le revenu d'invalidité était ainsi de CHF 4'889.- brut par mois et non pas CHF 6'067.-. Enfin, ses douleurs étant insupportables, le Dr C_____ lui avait prescrit, selon l'ordonnance jointe, des stupéfiants.
49. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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.
3. 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).
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2017, singulièrement sur sa capacité de travail dès le 1^{er} août 2017.
6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).
7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si

celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

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

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

9. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

c. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

d. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4;

SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

13. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPG).

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

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

14. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du

Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

15. a. Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

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

d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

c. Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). À l'inverse, dans un autre arrêt récent rendu en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2), le Tribunal fédéral a retenu un taux d'abattement de 10% dans le cas d'un assuré âgé de 61 ans qui, durant de longues années, avait accompli des activités saisonnières dans le domaine de la plâtrerie et dont le niveau de formation était particulièrement limité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). En revanche, il a contesté un abattement dans le cas d'un assuré âgé de 55 ans au motif que ses excellentes qualifications personnelles, professionnelles et académiques constituaient un avantage indéniable en terme de facilité d'intégration sur le marché du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 7.3).

16. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de

retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).

Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

17. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire des 20 juillet et 17 octobre 2017, ordonnée par l'assureur-accident, plus particulièrement sur les conclusions de l'expertise neurochirurgicale du 20 juillet 2017, ainsi que le rapport du SMR du 27 février 2018, pour rendre la décision litigieuse selon laquelle la recourante est totalement incapable de travailler depuis le 26 novembre 2014 et capable de travailler à 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 24 août 2017.

Fondée sur toutes les pièces du dossier, comprenant une anamnèse, une description des plaintes de l'assurée, le status après un examen clinique neurologique, des diagnostics clairs et des conclusions motivées, l'expertise neurochirurgicale de la Dresse N_____ répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnue une pleine valeur probante. L'experte conclut à une capacité de travail nulle de la recourante dans son ancienne activité et l'exigibilité d'une activité qui pourrait être envisagée à 50 %, en respectant les limitations fonctionnelles, soit de quatre heures au grand maximum par jour, avec une petite pause après chaque heure, en tous les cas au début de la reprise d'activité, avec une reprise de préférence en paliers de 20 %.

A la demande de la chambre de céans, l'experte a précisé, les 23 décembre 2019 et 20 janvier 2020, l'exigibilité d'une activité professionnelle, en mentionnant une capacité de travail de la recourante de 25 % dès le 1^{er} janvier 2018 et de 50 % dès le 1^{er} janvier 2020, avec, sur ce dernier taux, une diminution de rendement de 50 % de manière générale et dépendante du type de travail effectué.

La valeur probante de l'expertise neurochirurgicale est admise par les parties. L'intimé s'écarte toutefois des précisions fournies par l'experte les 23 décembre 2019 et 20 janvier 2020, en se ralliant à l'avis du SMR du 11 février 2020. Dans cet avis, le SMR affirme que l'experte a inclus, selon toute vraisemblance, le besoin d'effectuer des pauses dans l'évaluation de la capacité de travail totale. Cette affirmation est cependant en contradiction avec les précisions données par l'experte, lesquelles, bien que succinctes, ne répondent pas moins clairement aux questions précises qui lui ont été posées par la chambre de céans sur la capacité de travail de la recourante.

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir une capacité de travail de la recourante nulle du 26 novembre 2014 au 31 décembre 2017, de 25 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2018 et de 50 %, avec une diminution de rendement de 50 % (ce qui équivaut au maintien d'une capacité de travail de 25 %) dès le 1^{er} janvier 2020, étant constaté que la capacité de travail de la recourante, au jour de la décision litigieuse le 6 juin 2019, était clairement, selon l'experte, de 25%.

18. Le calcul du degré d'invalidité est ainsi le suivant, en 2017, étant relevé que le revenu d'invalidité, pour un taux de travail de 25 %, est de CHF 19'412.- :

$$\frac{\text{CHF } 77'250.- - \text{CHF } 19'412.-}{\text{CHF } 77'250.-} = 74,87 \% = 75 \% \text{ (arrondi)}$$

Ce taux donne droit à une rente entière d'invalidité, étant précisé que le rapport entre les revenus sans et avec invalidité, évalué pour l'année 2018, année de référence, n'aboutirait pas, compte tenu de l'indexation des deux revenus pertinents, à un résultat différent.

La recourante a ainsi droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2017.

Au vu de ce qui précède, la question de savoir si le revenu d'invalidité retenu par l'intimé devrait être inférieur à celui issu des lignes 69 – 71 de l'ESS 2014, TA 1, femme, peut rester ouverte, comme celle de savoir si un abattement aurait dû être admis sur ce même revenu ou encore si, en raison de son âge, aucune activité n'était plus exigible de la part de la recourante.

19. Partant, le recours est admis.

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'000.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Réforme la décision litigieuse dans le sens que la rente entière d'invalidité est due dès le 1^{er} novembre 2015.
4. Alloue une indemnité de CHF 3'000.- à la recourante, à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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