

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3061/2015

ATAS/957/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 14 décembre 2015

10^{ème} Chambre

En la cause

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

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), suisse, née en 1972, est domiciliée à Genève. Elle est mariée et mère de deux enfants nés respectivement en 1990 et 1993. Elle travaillait en dernier lieu comme aide sociale auprès du service social de la communauté B_____ (ci-après : l'employeur) à un taux de 50 %, et avait d'autre part une activité accessoire indépendante au marché aux puces. Le 30 août 2012, elle a déposé, auprès de l'office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations AI en raison d'une incapacité totale de travail, dès le 21 octobre 2011, en raison d'une maladie congénitale (maladie de Legg-Calvé-Perthes, soit une ostéochondrite primitive ou déformante de la hanche).
2. L'employeur avait annoncé son incapacité de travail le 17 novembre 2011 à Generali assurances, assurance collective perte de gain, pour coxalgies gauches, diagnostiquées le 22 octobre 2011 par son médecin traitant, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales. Elle avait été hospitalisée aux HUG du 28 octobre au 8 novembre 2011. Elle était connue pour status post prothèse totale de hanche (PTH) gauche en 2004, pour maladie de Perthes et état dépressif en 2009. Les HUG avait posé le diagnostic principal de probable conflit du muscle psoas gauche avec la cupule de la PTH gauche. Selon le médecin traitant, les origines des douleurs étaient peu claires. Elle était suivie en parallèle par la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine générale. Son incapacité de travail était de 100 % dès le 21 octobre 2011.
3. Par courrier du 24 septembre 2012, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a adressé un rapport à l'OAI : il a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de status après arthroplastie totale de la hanche gauche, douloureuse à huit ans de l'implantation, dans un contexte de maladie de Legg-Calvé-Perthes. Au sujet des renseignements anamnestiques, des symptômes et de ses constatations, il a relevé ce qui suit : cette patiente de 40 ans a présenté une coxarthrose précoce dans les suites de la maladie susmentionnée, au niveau de sa hanche gauche. Elle a bénéficié en 2004 d'une arthroplastie par prothèse totale de la hanche, dont l'évolution a été favorable durant sept ans. Le 21 octobre 2011, à la descente d'escaliers, apparition de douleurs aiguës au niveau de la hanche gauche, inguinale et dans la région fessière. Depuis lors, l'évolution était défavorable malgré une physiothérapie bien suivie, avec la persistance d'une symptomatologie douloureuse extrêmement handicapante. Le périmètre de marche était limité à dix minutes à l'aide de deux cannes. Présence d'une symptomatologie douloureuse au repos, gênant le sommeil. Handicap dans les activités quotidiennes. Position assise intolérable au-delà de 15 minutes. À l'examen clinique, marche avec une boiterie antalgique. Signe de Trendelenburg négatif. Inégalité de longueur des membres inférieurs en défaveur de la gauche de 18 mm. Élévation du membre inférieur gauche en extension diminuée et douloureuse. Mobilité de la hanche gauche flexion-extension 95/0/0°, rotation interne-externe 45/0/45° douloureuse en rotation

interne, abduction-adduction 20/0/30°, douloureuse en abduction. Un bilan radiologique met en évidence un status après une arthroplastie totale de la hanche gauche non cimentée. Cupule horizontalisée à 25°. Un examen échographique effectué en complément montre de façon significative une inflammation avec conflit au niveau du tendon ilio-psoas. Le pronostic est réservé. Quant au traitement actuel, il a proposé une reprise de l'arthroplastie totale de la hanche gauche pour changement du composant acétabulaire, afin de tenter de lever le conflit du psoas. Cette intervention était programmée à la clinique Générale Beaulieu pour le 25 septembre 2012. Incapacité de travail : arrêt de travail à 100 % du 22 octobre 2011 au 26 mars 2012, puis dès le 27 juillet 2012, en cours, en tant qu'aide sociale. Quant aux restrictions physiques dans l'activité professionnelle, ce médecin a énuméré : périmètre de marche et position assise extrêmement limités en raison de la symptomatologie douloureuse. Dans son métier d'aide sociale, les déplacements sont difficiles et le travail du bureau également. D'un point de vue médical l'activité exercée n'est actuellement plus exigible. A la question de savoir si les restrictions énumérées peuvent être réduites par des mesures médicales, il a précisé : pas de réadaptation professionnelle envisagée avant l'intervention chirurgicale prévue le 25 septembre 2012. Prévoir un arrêt de travail de 3 mois à partir de la date opératoire.

4. Le 31 octobre 2012, l'assurée a été entendue par l'OAI, qui a établi un rapport d'évaluation. Elle a indiqué que la demande de prestations est intervenue via l'assurance perte de gain. Elle s'est déclarée intéressée par une réadaptation professionnelle. L'impression générale est bonne dans l'ensemble. L'opération de la hanche s'est bien passée. Elle devrait pouvoir reprendre son activité de secrétariat ou de professeur de français indépendante, chez elle. S'agissant de son dernier emploi, il consistait en deux emplois, d'aide sociale à la Communauté B_____ de Genève et de vente dans un stand au marché aux puces (en tant qu'indépendante). Son salaire était de CHF 1'718.- par mois 13 fois par année, auquel s'ajoutaient les revenus du marché aux puces (estimés entre CHF 800.- et CHF 500.-/mois). S'agissant de ses relations sociales, elle a précisé que son mari la soutient beaucoup et qu'elle est assez isolée. Quant à la structure de sa journée depuis le handicap, après une deuxième opération de la hanche elle est en convalescence prévue jusqu'à la fin du mois de décembre 2012. S'agissant de son handicap et ses conséquences elle indique : pas de port de charges lourdes, se plier à genoux (la jambe doit rester droite à cause de la prothèse). Pas de position debout ou assise trop longtemps (une heure). Nouvelles pathologies : dépression. Suivie par un psychiatre. Elle prend des antidépresseurs depuis 3 ans, suite au suicide de son père et la mort de sa mère, d'un cancer, quelque temps après. S'agissant de ses ressources financières actuelles, elles sont constituées par les prestations de l'assurance perte de gain maladie, et du salaire de son époux, technicien indépendant à 100 %. S'agissant de son avenir professionnel, elle aimerait bien retravailler comme avant. A la fin de l'entretien, il a été convenu d'attendre la fin décembre 2012 (fin de convalescence). Un nouveau rendez-vous serait fixé par téléphone au début janvier 2013. Si la situation le

permettait, un coaching serait mis en place pour la reprise d'une activité indépendante de professeur de français, chez elle.

5. Le 8 janvier 2013, la gestionnaire de l'OAI a appelé l'assurée pour connaître l'évolution de sa convalescence. Cette dernière indique qu'elle souffre beaucoup ; elle n'arrive pas à dormir la nuit, et elle est à 80 % du temps couchée dans son lit. Elle ne peut rester assise non plus. Quant au projet de coaching évoqué lors du précédent entretien, elle indique que cela n'est pas possible. Elle précise encore que ses médecins parlent d'une rente AI.
6. Par courrier du 31 janvier 2013, l'OAI a adressé à l'assurée une décision aux termes de laquelle aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement. L'instruction du dossier se poursuivait dans le but de déterminer si elle remplissait les conditions pour l'octroi d'une rente.
7. Le 15 avril 2013, le Dr E_____ a établi un rapport complémentaire : l'état de santé était stationnaire. Il n'y avait pas de changements de diagnostic, mais un complément d'investigations était en cours. A six mois du changement du composant acétabulaire de l'arthroplastie totale de la hanche gauche, l'évolution sur les coxalgies a été favorable. Cependant des douleurs étagées du membre inférieur gauche d'origine indéterminée sont apparues. Le bilan radiologique ne permet pas de conclure à un problème de canal étroit ni de conflit radiculaire. La patiente a été adressée au docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour un avis concernant un éventuel problème lombaire pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse du membre inférieur gauche. Quant aux limitations fonctionnelles, la marche est encore très limitée. La patiente est à même de parcourir quelques centaines de mètres sans canne, puis elle présente une boiterie antalgique importante au niveau de son membre inférieur gauche. Douleurs chroniques gênant le sommeil. Capacité de travail nulle depuis le 27 juillet 2012, encore indéterminée, dans sa profession d'aide sociale. La compliance est optimale. Il y a une bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique. Toutefois les douleurs étagées du membre inférieur gauche restent inexplicables à la suite du bilan radiologique, complété par une IRM lombaire. Au niveau des traitements en cours : physiothérapie.
8. Le 24 avril 2013, la Dresse D_____ a constaté dans un rapport médical intermédiaire que l'état de santé s'était amélioré. Il n'y avait pas de changement de diagnostic. Elle a toutefois indiqué en réponse aux questions posées que l'aggravation de l'état de santé était devenue manifeste et avait influencé négativement la capacité travail depuis 2012. Globalement l'état de santé ne s'était pas amélioré : il était resté stationnaire. Au niveau des limitations fonctionnelles, la marche restait difficile, la position assise ou debout prolongée était impossible. Sa capacité de travail était de 0 % dans son activité de secrétaire, et de 50 % dans une autre activité adaptée telle qu'un poste fixe, sans trop de déplacements. La compliance était optimale. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique. Une reprise de travail était possible dans 6 mois à 50 %. Un

examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.

9. Le 8 mai 2013 le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, chirurgie du pied et de la cheville, a adressé un rapport de consultation au Dr E_____ : il rappelle que la patiente a de lourds antécédents chirurgicaux au niveau de la hanche gauche et bénéficie également d'un traitement médicamenteux important pour un état dépressif. Depuis environ 18 mois elle ressent une douleur à l'arrière-pied gauche sous forme d'une talalgie, particulièrement au détriment de la zone de compression du nerf pour le muscle abducteur de O5 et à l'insertion du fascia plantaire. Présence également d'une tendinopathie d'Achille à son insertion, ainsi que des douleurs au niveau du sinus du tarse et de la face externe de l'arrière-pied. Il n'avait à disposition qu'un bilan radiologique qui montre une intégrité de la cheville et de l'articulation sous-astragaliennne ainsi que des articulations du Chopard gauche. Il avait proposé à la patiente des supports plantaires spécifiques pour cette talalgie ainsi que de la physiothérapie sous forme de massages transverses profonds du talon et des stretchings des gastrocnémiens. En fonction de l'évolution, les ondes de choc extracorporel pourraient être envisagées, à l'insertion du fascia plantaire et à l'insertion du tendon d'Achille gauche.
10. Le 7 mai 2013, le Dr F_____ a adressé l'assurée au docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie, pour une évaluation neurologique et électromyographie unique du membre inférieur gauche. Il explique à son confrère que la patiente a été opérée à deux reprises d'une prothèse de la hanche gauche dans le cadre d'une maladie de Legg-Calvé-Perthes. Depuis dix-huit mois elle présente une douleur à la fesse gauche avec une irradiation postérieure jusqu'à la partie proximale du mollet. Cette douleur est constante mais aggravée par l'appui du membre inférieur gauche ainsi que lors de la position assise. La patiente est sans cesse en train de se mettre dans une position qui décharge sa région ischiatique. Elle présente également des douleurs nocturnes. Seuls les dérivés morphiniques ont permis de soulager sa douleur. À l'examen clinique, la marche se fait avec une inégalité de longueur d'environ 2 cm en défaveur de la partie proximale du membre inférieur gauche. Ébauche de Trendelenburg. Cicatrice calme. Le status met en évidence une diminution de la sensibilité sur la partie proximale interne du tibia ainsi que sur la face interne du pied gauches. Les réflexes sont extrêmement vifs dans le membre supérieur et inférieur avec une augmentation de la zone réflexogène. Signe d'Hoffmann négatif. Cutané plantaire en flexion. Le status moteur montre un fessier à 4/5. Psoas à 5/5. Le pied gauche est en équin, mais le jambier antérieur répond bien avec une force 5/5 (selon l'appréciation du médecin). L'extenseur du gros orteil est à 4/5. Les péroniers sont à 3/5. La manœuvre de Lasègue est positive à 40°. Localement la mobilité de la hanche en rotation externe déclenche la douleur de même que la palpation directe de la branche ischiatique ainsi que de l'ischion. Une IRM effectuée le 30 janvier 2013 ne met pas en évidence de conflit avec les structures neurologiques. Il n'y a pas de discopathie ou de problèmes mécaniques

non plus. Les radiographies montrent une hémi-lombalgie de S1 à droite. Il n'a pas l'impression que cette douleur soit en relation avec un problème radiculaire. Peut-être s'agit-il d'une lésion au niveau du tronc sciatique lui-même. Il ne sait pas s'il est possible de mettre en évidence et de préciser l'éventuelle lésion sur le trajet.

11. Le 28 mai 2013 le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a invité l'OAI à solliciter un rapport médical initial du Dr F_____ et intermédiaire du Dr E_____, en les interrogeant spécifiquement sur la capacité de travail dans une activité adaptée sédentaire et depuis quelle date, ainsi que sur les limitations fonctionnelles détaillées.
12. Le Dr F_____ a répondu pour l'essentiel, en août 2013, en annexant divers rapports de confrères, parmi lesquels ceux :
 - du Dr H_____, neurologue, du 27 mai 2013, qui relève à l'examen clinique une douleur de la fesse gauche à la palpation, à la pression en position assise et à la marche. Sur le plan strictement neurologique il ne retient pas d'anomalie. Les réflexes en particulier sont tous vifs et symétriques. L'examen électroneuromyographique du membre inférieur gauche est tout à fait normal par rapport au côté droit. L'examen myographique à l'aiguille ne montre aucun signe de dénervation et l'activité volontaire y compris dans le péronier latéral, un peu diminuée, ne montre pas de fréquence rapide, ce qui écarte toute pathologie nerveuse périphérique significative. Au total pas d'éléments clinique et électrique pour une atteinte nerveuse périphérique lésionnelle. Une atteinte purement irritative ne peut être exclue, en particulier une irritation du sciatique dans le cadre d'un syndrome du muscle pyramidal. Il a toutefois plutôt l'impression d'un problème mécanique de la hanche. Il n'y a pas d'éléments pour une atteinte radiculaire et d'ailleurs une IRM, selon le rapport du Dr F_____ ne montre pas d'éléments pour une atteinte radiculaire.
 - Le rapport radiographique et IRM du rachis lombaire du 30 janvier 2013 du Dr I_____ dont le bilan radiologique montre une anomalie transitionnelle lombo-sacrée avec sacralisation partielle de L5. Absence de tassement des corps vertébraux lombaires. Les murs postérieurs montrent une hauteur normale et sont bien alignés. Les pédicules sont bien visualisés sur la radiographie de face. Les disques impairs somatiques montrent une très discrète atteinte dégénérative touchant les niveaux L3-L4, L4-L5, L5-S1. Minime ostéophytose des limitantes somatiques, pas de pincement de la hauteur des disques. Les articulations internes apophysaires postérieures ne montrent pas d'altération visible. Les articulations sacro-iliaques ne montrent pas d'altération décelable sur les images à disposition. L'IRM ne montre pas de lésion osseuse focale suspecte. Confirmation d'une anomalie transitionnelle lombo-sacrée avec sacralisation partielle de L5. Absence d'œdème au niveau de la moelle osseuse. Pas de tassement des corps vertébraux. Anomalie des limitantes somatiques au passage dorso-lombaire compatible avec une ancienne maladie de Scheuermann. Pas d'œdème de la moelle osseuse locale. Les disques intersomatiques lombaires ne

montrent pas d'altération significative décelable. Absence de dessiccation. Absence de protrusion discale postérieure ou d'hernie discale. Pas de conflit discoradiculaire. Le disque L5 montre une hypoplasie. Absence d'autre anomalie locale. Les articulations inter-apophysaires postérieures montrent des minimes signes d'atteinte dégénérative d'aspect plutôt banal. Pas d'épanchement intra-articulaire. Pas de kyste pouvant être à l'origine d'une compression radiculaire. Les canaux latéraux montrent une taille normale sans signes de sténose significative. Absence de sténose segmentaire du canal rachidien lombaire. Cordon médullaire ne montrant pas d'altération visible. Absence de masse intracanalalaire.

- Ainsi que d'autres rapports médicaux déjà évoqués ou plus anciens.

13. Le Dr E_____ a rendu son rapport intermédiaire le 19 août 2013. L'état de santé s'est amélioré, sans changements de diagnostics. Celui ayant une influence sur la capacité de travail est le status après changement du composant acétabulaire d'une prothèse totale de la hanche gauche consécutive à une maladie de Perthes. Au dernier contrôle le 5 juillet 2013 la marche s'effectue sans canne avec la persistance d'une boiterie antalgique. Le périmètre de marche est limité à 30 minutes. Persistance de douleurs centrées dans la région trochantérienne de la hanche gauche. Signe de Trendelenburg négatif. Il a proposé une évaluation échographique des rotateurs externes de la hanche gauche, qui met en évidence une discrète calcification pré-insertionnelle du moyen fessier. Le radiologue a pratiqué lors de cet examen une infiltration échoguidée. Dans l'annexe à ce rapport complémentaire, répondant aux questions spécifiques de l'OAI, il indique que l'état de santé est relativement stationnaire. Une discrète amélioration au niveau de la marche. Persistance d'une boiterie antalgique. Quant aux limitations fonctionnelles, il retient la limitation du périmètre de marche à moins de 30 minutes sans canne. Douleurs persistantes dans la région trochantérienne de la hanche gauche. La capacité de travail est de 0 % depuis le 27 juillet 2012, encore indéterminée, dans sa profession d'aide sociale. La compliance est optimale. Quant à la concordance entre les plaintes et son examen clinique, il remarque une difficulté à objectiver par des examens radiologiques l'étiologie des douleurs présentées actuellement. Les deux dernières consultations remontent au 22 mai et 5 juillet 2013. Il ne peut pas se déterminer sur la reprise du travail ultérieurement

14. Le 2 septembre 2013, l'assurée a donné à l'OAI les coordonnées de son psychiatre la doctresse J_____, psychiatrie et psychothérapie FMH, son médecin traitant lui ayant indiqué qu'il serait utile que l'OAI soit informé de sa situation psychologie découlant de ses problèmes physiques.

L'OAI - qui avait déjà sollicité un rapport médical de cette psychiatre en mai 2013 - l'a relancée le 2 octobre 2013.

15. Le 3 octobre 2013, le SMR a émis un nouveau rapport, faisant le point sur l'état actuel du dossier médical. Il retient au final que l'évolution semble aller dans le sens

d'une amélioration avec actuellement des limitations fonctionnelles qui paraissent compatibles avec une activité adaptée de type sédentaire ou partiellement sédentaire, telle que secrétaire ou professeur de français. Il recommande de faire préciser au Dr E_____ si l'état de santé s'est stabilisé ; quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles sédentaires ou semi-sédentaire, par exemple comme secrétaire ou comme professeur de français privé ; depuis quand une telle activité est-elle envisageable ; s'il devait estimer qu'elle n'est pas de 100 %, préciser pour quelles raisons et quelles limitations fonctionnelles le justifieraient. Solliciter également de ce médecin la copie du rapport d'échographie et d'infiltration pratiquées récemment.

16. Le Dr E_____ a répondu à la demande de l'OAI par courrier du 16 octobre 2013. L'état est stabilisé. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la patiente reste handicapée également dans un travail sédentaire, car la position assise prolongée lui est insupportable. Elle a été adressée récemment à la consultation de la douleur des HUG pour tenter d'améliorer la symptomatologie douloureuse. La reprise d'une activité professionnelle sédentaire ou semi-sédentaire n'est pas envisageable actuellement, en raison de la symptomatologie douloureuse présente également au repos et en position assise.
17. Il a joint le rapport d'échographie et d'infiltration de la hanche gauche du Dr I_____ du 26 juillet 2013 selon lequel on note: confirmation d'une discrète calcification pré-insertionnelle du moyen fessier qui est douloureux à la pression locale avec la sonde échographique. Pas de signe de bursite associée. Status post PTH sans signe d'altération significative au niveau du pseudo capsule articulaire. Pas d'épanchement interne. Pas de collection liquidienne dans les tissus mous avoisinants. Une infiltration locale a été réalisée, ampoule de Depo-Medrol Lidocaïne, mélangée à 5 cc de Lidocaïne 1 % sous guidage échographique dans les tissus mous entourant le tendon moyen fessier ainsi qu'en partie au niveau de la région d'insertion du tendon piriforme. Le tendon lui-même est très mal jugeable à l'échographie. La procédure s'est très bien déroulée. Elle a été bien tolérée par la patiente. Cette dernière a été prévenue d'une éventuelle réaction douloureuse dans les heures suivantes. Il lui a été demandé de garder le repos.
18. La Dresse J_____ a établi son rapport à l'intention de l'OAI le 31 octobre 2013. Elle a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1). Elle suit l'assurée depuis le 5 mars 2013, la date du dernier contrôle remontant au 14 octobre 2013. S'agissant des antécédents d'hospitalisation pour motif psychique, il est relevé une hospitalisation au 2JC en janvier 2009, deux séjours au CTB, le premier en janvier 2009 suite à son hospitalisation au 2JC, le second en février 2013. Sur le plan anamnestique, la patiente relate une enfance difficile, avec des parents qui ne travaillaient pas, qui rencontraient des problèmes financiers (ils ont vécu dans une caravane durant un certain temps), en raison de dépendance au THC, et qui ne s'occupaient que peu de leurs deux enfants. Le père souffrait d'un trouble bipolaire et pouvait se montrer

violent verbalement lorsqu'il était en crise. La mère, issue d'une famille juive aisée de Belgique, était très dure avec elle, la menaçant de l'abandonner à de nombreuses reprises. À l'âge de 10 ans, l'assurée a dû rester alitée durant 3 mois en raison d'une maladie de Perthes. Par la suite, à 31 ans, une prothèse de hanche a dû lui être posée. Des douleurs de la hanche la handicapent à nouveau depuis deux ans environ, ce qui a conduit à une réintervention sans succès sur les douleurs. La patiente a quitté la maison à 17 ans, s'est mariée une première fois à un homme violent, qui a abusé de leur fils et l'aurait frappée. Elle s'est séparée très rapidement de lui et a rencontré son mari actuel et père de sa fille avec qui elle décrit une bonne entente. Lorsque son fils a eu deux ans, elle a fait des démarches afin que son premier mari soit jugé. Il a écopé de plusieurs années de prison avant d'être expulsé de Suisse. Concernant ses antécédents, elle a séjourné une première fois au 2JC en 2009 dans le contexte d'idées suicidaires après avoir perdu successivement son père, par suicide, son frère, de ne pas avoir traité son diabète, et sa mère d'une tumeur cérébrale. La décompensation actuelle survient dans un contexte de douleurs de sa hanche qu'elle a de la peine à accepter, mais aussi du fait que son fils a renoué avec son père biologique, ce qu'elle a appris récemment en interceptant un courrier. La patiente est calme, collaborante, présente une thymie fluctuante, des troubles du sommeil et des cauchemars de manière chronique; elle a un besoin de contrôle marqué, notamment autour de la nourriture, ainsi que des angoisses d'abandon. Elle présente des douleurs significatives dans la fesse et la hanche gauches depuis environ deux ans, qui persistent malgré un changement de prothèse début 2013. A noter depuis plusieurs mois des réminiscences des événements traumatiques du passé. Étant donné l'instabilité psychique de la patiente, une activité à 50 % est indiquée par rapport à sa pathologie psychiatrique. Il est cependant nécessaire de prendre en compte l'avis de son orthopédiste concernant l'aspect somatique qui a motivé les arrêts de travail actuels. Sur le plan thérapeutique, un traitement psychiatrique psychothérapeutique intégré à raison d'une fois par semaine est en cours, en plus d'un traitement médicamenteux (Cipralax 15 mg /j. ; Trittico 50 mg/j; Lamictal 25mg/j). Quant aux limitations dues à l'état de santé, la psychiatre a retenu des capacités d'adaptation et de résistance limitées.

19. Le 12 décembre 2013 le SMR a établi un nouveau rapport, considérant qu'actuellement l'état de l'assurée ne pouvait pas encore être considéré comme stabilisé sur le plan somatique, puisque les possibilités thérapeutiques sont encore en évaluation au vu de la consultation de la douleur, sollicitée récemment. Sur le plan strictement psychiatrique, une capacité de travail de 50 % semble possible compte tenu des restrictions psychiques. Avant de déterminer la suite à donner au dossier, il y a lieu d'obtenir une copie des rapports de la consultation de la douleur. Pour le cas où l'assurée y serait suivie régulièrement, solliciter un rapport médical initial, sinon demander un rapport intermédiaire au médecin traitant, en janvier 2014. Il serait également utile de solliciter les rapports des séjours au CTB en 2009 et en 2013.

20. Par fax du 16 janvier 2014 la Dresse J_____ a adressé le résumé de sortie d'hospitalisation au 2JC (HUG), du séjour au CTB en 2009. Le résumé du séjour au CTB en 2013 est manquant, mais elle a fait tenir à l'OAI un document d'admission concernant ce séjour.
21. Le Dr E_____ adressé à l'OAI un rapport intermédiaire le 31 janvier 2014. L'état de santé était resté stationnaire, la patiente ayant noté une légère amélioration de la symptomatologie douloureuse au niveau de la région trochantérienne de sa hanche gauche à la suite des infiltrations effectuées par le Dr K_____, spécialiste en anesthésiologie/diagnostic et traitement de la douleur, en novembre et décembre 2013, mais elle déclare rester handicapée dans toutes ses activités par la symptomatologie douloureuse. Il avait adressé la patiente à la consultation de la douleur des HUG. Un rendez-vous y avait été fixé le 25 novembre 2013, mais en raison du délai pour obtenir ce rendez-vous, la patiente avait consulté le Dr K_____ qui avait effectué une infiltration sacro-iliaque le 14 novembre 2013, et le 5 décembre 2013 une infiltration de l'insertion des muscles rotateurs au niveau du grand trochanter. La patiente avait alors décidé de son propre chef de ne pas se rendre à la consultation de la douleur aux HUG (remarque qu'il réitère s'agissant de la question relative à la compliance). Les limitations fonctionnelles sont toujours la boiterie, la limitation du périmètre de marche et de la station debout prolongée. Elle est toujours en arrêt de travail à 100 % en tant qu'aide sociale. Comme précisé dans son rapport du 16 octobre 2013, il rappelait que la symptomatologie douloureuse étant présente au repos et en position assise, il n'existe pas d'autre activité envisageable actuellement. Il y a en revanche bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique. Les deux dernières consultations remontaient au 6 septembre et 8 novembre 2013. Il n'y avait pas de traitement complémentaire actuellement. Il ne pouvait se déterminer sur une possibilité de reprise du travail ultérieurement. Il estime en revanche qu'une évaluation par le médecin de l'OAI serait nécessaire. Un rapport du Dr K_____ du 16 décembre 2013 était joint à celui-ci. Ce médecin résume ses interventions et constate qu'actuellement la situation est globalement améliorée mais la patiente se plaint toujours d'une douleur à la fesse et à l'aîne, reproductible lors de rotation interne du membre inférieur gauche et d'une douleur de la cheville en étai dont l'origine reste à déterminer.
22. Le SMR a établi un nouveau rapport en date du 21 février 2014. La patiente n'ayant plus consulté le Dr E_____ depuis novembre 2013, étant connue pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, pour lequel elle est suivie par un psychiatre qui atteste un état psychique fluctuant et une capacité de travail de 50 % sur le plan psychiatrique, il y a lieu de déterminer si elle a un nouvel orthopédiste et dans ce cas solliciter un rapport initial. Solliciter également le résumé de séjour au CTB en 2013 et demander un rapport intermédiaire à la Dresse D_____ et à la Dresse J_____.
23. L'OAI ayant appris de l'assurée qu'elle n'avait pas consulté de nouvel orthopédiste mais consulté le Dr K_____, il a sollicité un rapport de ce médecin. Ce dernier a

répondu au questionnaire le 10 mars 2014. Il a retenu les diagnostics ayant effet sur la capacité de travail de status post épiphysiolyse de la hanche gauche en 1982 ; status post PTH gauche en 2004 et changement de cupule en 2012 ; lombosciatalgies gauche en 2011 et état dépressif. Il suivait la patiente depuis le 6 novembre 2013; le dernier contrôle remontait au 4 février 2014. Il a résumé les éléments anamnestiques contenus dans les rapports précédents. Le traitement actuel consistait en une prescription médicamenteuse de Palexia 50mg/j. Recommandations pour la future thérapie : dénervation sacro-iliaque. L'incapacité de travail est de 100 % dans la dernière activité exercée, ceci dès mars 2012. Les restrictions physiques sont la marche limitée et la position assise, non tolérée. L'activité exercée n'est plus exigible. Une activité adaptée au handicap doit être évaluée après traitement. Des mesures de réadaptation professionnelle ne seraient pas de nature à réduire les restrictions énumérées. Pour le surplus il annexait à son rapport celui du 16 décembre 2013. Il a en outre répondu au questionnaire annexe relatif au type d'activité dans une activité adaptée à son handicap.

24. La Dresse J_____ a adressé son rapport médical intermédiaire le 31 mars 2014. L'état de santé est resté stationnaire, sans changements de diagnostic, lequel a une influence sur la capacité de travail, ceci dès 2009, étant toutefois observé que la patiente avait poursuivi une activité professionnelle à 50% jusqu'en octobre 2011. Le traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré était en cours, et le pronostic réservé. Les limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique sont les troubles du sommeil, l'instabilité thymique, le besoin de contrôle. La capacité de travail est de 0 % depuis le 21 octobre 2011 pour raisons orthopédiques. La compliance est optimale. Il y a une bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique. Du point de vue psychiatrique, une activité à 50 % est envisageable, mais la patiente présente des douleurs invalidantes d'un point de vue physique. Un examen complémentaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail ne paraît pas nécessaire. Le rapport du séjour 2013 au CTB manquait et ne pouvait être produit.
25. La Dresse D_____ a communiqué son rapport à l'OAI le 27 mars 2014. L'état de santé s'était globalement amélioré depuis mars 2014, en raison de la dénervation de l'articulation sacro-iliaque gauche par le Dr K_____. Les limitations fonctionnelles étaient la boiterie. L'incapacité de travail est nulle dans le poste de travail occupé, mais de 50 % dans une autre activité adaptée telle que faire les marchés, assise. Les dernières consultations remontaient au 22 janvier et 27 mars 2014. Elle était sous traitement médicamenteux (Palexia 50mg/j). Une reprise du travail était peut-être possible dans un an selon évolution mais à 50 % dans un travail adapté.
26. Le SMR a rendu un nouveau rapport en date du 20 juin 2014. Selon un entretien téléphonique du jour-même avec le Dr K_____, ce dernier a confirmé l'amélioration des pseudo-sciatalgies. En revanche il rapporte que l'assurée présentait toujours des douleurs inguinales possiblement en rapport avec un conflit

autour du psoas et la persistance d'un « problème de cupule » (status après changement de prothèse en octobre 2013). Selon le Dr K_____ de nouvelles investigations (US-scanner de la hanche) se justifient. Le cas échéant, des nouvelles infiltrations pourraient être faites. Il ignore si la patiente s'est à nouveau adressée au Dr E_____. Il pense qu'une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % est plausible « à tenter », mais suggère que cette capacité soit évaluée par expertise. Selon lui l'assurée ressent des douleurs à la flexion de la cuisse, cependant elle est capable de tenir en position assise pour autant qu'elle puisse changer de position à sa guise. Le secrétariat du Dr E_____ a confirmé que l'assurée n'avait pas repris contact avec lui depuis novembre 2013. Le SMR a dès lors proposé d'évaluer les atteintes, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail par un examen rhumato-psychiatrique au SMR.

27. Cet examen a lieu le 14 août 2014, par le docteur L_____, rhumatologue FMH, et la doctoresse M_____, psychiatre FMH. Après avoir rappelé dans leur rapport les motifs de l'examen et les documents figurant au dossier, dont un résumé détaillé des rapports successifs des médecins sur le plan rhumatologique d'une part, et psychiatrique d'autre part, les examinateurs ont procédé à une anamnèse familiale professionnelle et personnelle complète et détaillée. L'anamnèse ostéoarticulaire détaille les plaintes actuelles de la patiente, en différenciant deux douleurs, soit d'une part une douleur au pli de l'aîne gauche, permanente, météo-dépendante, augmentant à la fatigue, à la marche d'environ 15 minutes, et en toussant. Et d'autre part une douleur à la fesse gauche, constante, moins importante que les précédentes; la patiente décrit cette douleur comme un clou dans la fesse, présente dans toutes les positions. Cette douleur ne la réveille pas la nuit contrairement à la précédente. Invitée à montrer où se situe exactement cette douleur, elle montre le grand trochanter gauche et le haut de la fesse en tout cas pas l'ischion. Ces douleurs provoquent un dérouillage matinal de 10 à 15 minutes et limitent le périmètre de marche à 15 minutes. L'utilisation d'une canne l'aide passablement, car elle lui donne plus de sécurité et atténue les douleurs. Elle ne veut plus utiliser les deux cannes car cela est trop encombrant. Elle n'a pas d'attente vis-à-vis de l'OAI. Elle signale que c'est l'assurance perte de gain qui l'a obligée à déposer une demande. Sur le plan financier, elle déclare que le couple s'en sort. Les examinateurs ont en outre procédé à l'anamnèse psychosociale et psychiatrique. Il est tenu compte des plaintes actuelles de l'assurée, soit des troubles du sommeil, de fatigue, d'un état d'épuisement, de tristesse et de douleurs chroniques aux jambes, surtout à gauche, au genou et au fessier. Le rapport consigne ensuite l'anamnèse par système (médicaments, habitudes, vie quotidienne). Les examinateurs ont également procédé au status de l'expertisée : status général. Status neurologique détaillé. Status ostéoarticulaire, détaillé également, et enfin status psychiatrique. Il inventorie ensuite le dossier radiologique, résume chacun des documents figurant au dossier. Les experts ont retenu les diagnostics suivants avec répercussion durable sur la capacité de travail : maladie de Perthes, traitée par prothèse totale de hanche gauche en 2004, avec reprise le 25 septembre 2012 pour changement de la cupule

(M91.1) ; douleurs de l'hémi-bassin gauche, de surcharge musculaire : insertion fibreuse, dense et épaissie des muscles tenseurs du fascia lata, moyens fessiers, muscle oblique et transverse (R52.9) ; trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11). Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont : privation de relations affectives pendant l'enfance (Z61.0) ; difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat (Z61.5) ; difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant (Z61.6) ; anomalie transitionnelle lombo-sacrée (Q76.4) ; raccourcissement du membre inférieur gauche de 1 cm (Q72.9).

Les experts ont ensuite procédé à une appréciation détaillée du cas, prenant en compte l'ensemble des éléments médicaux à disposition, non seulement ceux ressortant du dossier, mais aussi ceux résultant des examens auxquels ils ont procédé eux-mêmes. Ils ont répondu à toutes les questions posées, et arrivent à la conclusion que sur la base de l'examen clinique auquel ils ont procédé, en l'absence d'une amélioration significative de l'état de l'assurée, l'incapacité de travail est de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques et ceci depuis le 22 octobre 2011. Ils ont cependant considéré que, vu l'évolution chronique de la maladie, avec des décompensations imprévisibles, la fragilité psychologique de l'assurée et la diminution de ressources d'adaptation au changement, le pronostic à moyen et long terme est défavorable. Ils ont considéré que l'exigibilité était de 50 % dès le 22 octobre 2011, limitée par la pathologie psychiatrique. Sur le plan rhumatologique, les experts estiment que l'assurée est apte à travailler à 80 % (100 % du temps, 80 % de rendement) dans une activité adaptée dès le 1^{er} mai 2014. Dans l'activité habituelle de chiffonnier et de secrétaire auprès du CIG, elle est de 0 % dès le 22 octobre 2011 et dans une activité adaptée sur le plan psychiatrique de 50 % dès le 22 octobre 2011, « à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation ».

28. Le SMR s'est prononcé, sur la base de l'expertise bidisciplinaire, de façon motivée, le 9 octobre 2014, commentant les résultats de l'examen rhumato-psychiatrique réalisé le 14 août 2014, considérant que celui-ci est convaincant, et s'alignant ainsi sur ses conclusions. Il conclut lui-même que la capacité de travail est de 50 % dès le 1^{er} mai 2014 dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites, cette capacité étant principalement limitée par l'atteinte psychiatrique. L'acquisition d'un véhicule avec boîte de vitesses automatique devrait faciliter les déplacements de l'assurée sur le lieu de travail. Pour ses déplacements à pied, il vaudrait la peine d'essayer un rollator pliable, léger, avec panier et possibilité de s'asseoir dessus pour se reposer. Par ailleurs, une exacerbation récidivante des douleurs n'est pas exclue. Les courtes périodes d'incapacité de travail avec traitement par infiltrations loco-dolenti, médicamenteux ou physiothérapeutique devraient permettre de maintenir une capacité de travail sur le long terme. Sur le plan psychiatrique, vu l'évolution chronique de la maladie, avec des décompensations imprévisibles, la

fragilité psychologique de l'assurée et la diminution des ressources de l'adaptation au changement, le pronostic à moyen et long terme est défavorable.

29. L'OAI a diligenté une enquête ménagère confiée à une infirmière spécialisée du service externe, après avoir déterminé un statut mixte de l'assurée, de 60 % consacrés par l'activité professionnelle et 40 % aux tâches ménagères. Cette enquête a eu lieu le 8 décembre 2014 à la Cité Vieusseux, en présence de l'assurée et de son mari. Après avoir examiné en détail chacun des champs d'activité pondérés et pris en compte par rapport à l'empêchement et l'exigibilité, sur la base des renseignements recueillis de la part de l'assurée et de son mari, sur la base des conditions locales et de l'organisation de la vie familiale, les conditions de logement, les moyens auxiliaires à disposition, les souhaits de l'assurée concernant notamment la mise à disposition d'une chaise roulante pour plus d'autonomie à l'extérieur. Ce rapport conclut à un empêchement de 17 % avec exigibilité, et de 40.75 % sans exigibilité. Pour déterminer cette exigibilité, il a été tenu compte, dans l'évaluation des situations, de l'aide apportée par les autres membres de la famille qui vivent sous le même toit, à savoir les deux enfants adultes et le mari de l'assurée.
30. Par courrier du 9 février 2015, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente : depuis le 22 octobre 2011, début du délai d'attente d'un an, la capacité de travail de l'assurée est considérablement restreinte. L'incapacité de travailler est totale dans l'activité habituelle. Cependant la capacité de travail est de 50 % dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles et à l'atteinte à la santé depuis le 1^{er} mai 2014. Sur la base des éléments du dossier, le revenu sans invalidité comprenant le dernier salaire et le revenu de l'activité accessoire est fixé à CHF 30'116.- par année après réactualisation, le revenu déterminant annuel d'invalidité étant fixé à CHF 24'362.- sur la base des statistiques salariales de l'Enquête suisse de la structure des salaires 2010, TA1, tous secteurs confondus, activité de niveau 4 pour une femme (activités simples et répétitives sans qualification requise à 50 %), un abattement de 10 % supplémentaires en raison des limitations fonctionnelles et de l'activité légère seule possible étant en outre pris en compte. La perte de gain s'élevant à CHF 5'754.- détermine un degré d'invalidité de 19.11 %. Sur la base des résultats de l'enquête ménagère, l'incapacité est de 17 % dans l'accomplissement des tâches ménagères. Ainsi il est reconnu à l'assurée le droit à un trois-quarts de rente de l'assurance-invalidité basée sur un taux de 67 % dès le 1^{er} octobre 2012. Toutefois dès le 1^{er} mai 2014 une capacité de travail de 50 % est reconnue, dans un poste adapté. Ainsi un taux global d'invalidité de 18 % est retenu, un taux d'invalidité inférieur à 40 % ne permettant pas de maintenir un droit à une rente de l'assurance- invalidité. La demande de prestations ayant été déposée en date du 30 août 2012, le droit à des prestations est ouvert en date du 1^{er} février 2013. La rente est supprimée 3 mois après la modification des circonstances, soit dès le 1^{er} août 2014. Ainsi il est reconnu à l'assurée un droit à trois quarts de rente du 1^{er} février 2013 au 31 juillet 2014, basé sur un taux d'invalidité de 67 %.

31. L'assurée a contesté ce projet. Ses motifs de contestation ont été exposés oralement, en présence de son époux, le 2 mars 2015, et consignés dans un procès-verbal d'audition. L'assurée estime que sa capacité de travail est actuellement nulle dans toute activité. L'amélioration constatée par l'OAI depuis mai 2014 ne paraît pas refléter la réalité. Deux documents médicaux ont été présentés par l'assurée lors de son audition (l'un de la Dresse D_____ et l'autre de la Dresse J_____), l'assurée annonçant la production de compléments de la part des médecins. Elle conclut à ce que la décision soit conforme à la situation réelle et qu'il lui soit octroyé une rente non limitée dans le temps.
32. Le 13 mars 2015, l'OAI a reçu un rapport intermédiaire de la Dresse D_____, modifiant les termes de son rapport intermédiaire du 24 avril 2013. L'état de santé de sa patiente ne s'était pas modifié malgré une intervention chirurgicale. L'aggravation de l'état de santé remonte à décembre 2012, depuis lors, il ne s'était pas amélioré, au contraire, il s'était aggravé. Les limitations fonctionnelles étaient les mêmes qu'en 2013 ; sa capacité de travail était nulle tant pour le poste de travail de secrétaire que pour un autre poste. La compliance était toujours optimale, les deux dernières consultations remontaient au 15 janvier et 27 février 2015, la patiente bénéficiant d'un suivi orthopédique par le Docteur N_____. Aucune reprise ultérieure de travail n'était possible, en fonction du résultat de l'IRM et de l'aggravation avec atteinte du tendon d'Achille gauche, et d'une tendinopathie chronique sur le pied séquellaire. Un examen médical complémentaire n'était pas nécessaire. Le rapport de l'IRM du bassin du 10 mars 2015 annexé à cette évaluation, conclut : « status post PTH gauche en place, sans anomalie. Hypotrophie musculaire de l'ensemble des muscles de la hanche gauche ».
33. Le SMR a rendu un avis motivé du 23 avril 2015, par rapport à ces documents médicaux complémentaires. Ceux-ci n'apportent aucun élément nouveau qui ait été ignoré par les experts en août 2014, et par conséquent il confirmait ses conclusions du 9 octobre 2014.
34. Le 13 août 2015, l'OAI a notifié sa décision de rente, motivée conformément au projet de rente, après calcul par la caisse cantonale genevoise de compensation, et déterminant une rente de trois quarts de rente ordinaire de CHF 1'908.- par mois de février 2013 à mars 2014 (rente simple de l'assurée : CHF 1'060.- + 2 rentes complémentaires de CHF 424.- chacune pour les enfants Leila et Dimitri) et de CHF 1'484 par mois d'avril à juillet 2014 (rente simple de l'assurée : CHF 1'060.- + une rente complémentaire de CHF 424.- pour l' enfant Leila).
35. Par deux courriers recommandés, l'un manuscrit portant date du timbre postal du 7 septembre 2015, l'autre dactylographié portant date du timbre postal du 9 septembre 2015, tous deux reçus le 11 septembre 2015, l'assurée a personnellement saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée : le premier document conclut à la révision de la décision entreprise, l'intéressée précisant être prête à subir d'autres expertises médicales au besoin. Le second conclut préalablement à l'octroi d'un

délai supplémentaire pour compléter le recours, ensuite à l'annulation de la décision du 13 août 2015 et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Une procédure a été ouverte pour ce recours en deux actes, portant le numéro A/3061/2015.

36. Par courrier du 11 septembre 2015, l'intimé a été informé du recours susmentionné, la chambre de céans l'avisant qu'elle le tiendrait au courant de la suite de la procédure.
37. Par courrier recommandé du 7 septembre 2015, reçu le 11 septembre également, le service social de la Communauté B_____ de Genève, se référant à la décision du 13 août 2015 et indiquant que depuis de nombreuses années il connaît et accompagne l'assurée tant sur le plan psycho-social que sur le plan moral, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision, concluant à la reconsidération et/ou prononcé d'un droit à une rente d'invalidité « à la hauteur d'au moins de ce que la recourante a perçu antérieurement ». Une procédure portant le numéro A/3112/2015 a été ouverte.
38. Par courrier du 15 septembre 2015, dans la cause A/3112/2015 la chambre de céans a invité l'intimé à répondre au recours et communiquer son dossier.
39. Par ordonnance du 18 septembre 2015, la chambre de céans a ordonné la jonction des causes A/3061/2015 et A/3112/2015 sous cause A/3061/2015 et réservé la suite de la procédure.
40. Par courrier du 8 octobre 2015, le service social de Communauté B_____ de Genève a indiqué à la chambre de céans que la recourante ne demandait pas que ce service agisse pour son compte, mais simplement en tant qu'appui.
41. Par courrier du 16 octobre 2015, nanti d'une procuration, Me William RAPPARD, avocat s'est constitué pour la défense des intérêts de la recourante, avec élection de domicile en son Étude, sollicitant le droit de répliquer et produire de nouvelles pièces, soit notamment des rapports circonstanciés des différents thérapeutes qui suivent la recourante de longue date, après communication de la réponse de l'intimé.
42. L'intimé a répondu au recours par courrier du 16 octobre 2015. Il conclut à son rejet. Le statut de l'assurée retenu pour évaluer le degré d'invalidité n'est pas contesté, ni le taux de répartition entre les deux champs d'activité. La capacité de travail de l'assurée a fait l'objet d'un examen rhumatologique et psychiatrique le 14 août 2014, qui prend en compte toute la problématique du cas avec une étude fouillée de l'ensemble des documents figurant au dossier et des examens adéquats. Il remplit donc tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Quant à l'évaluation de l'invalidité dans le cadre de l'activité ménagère, l'enquête économique sur le ménage remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un rapport y relatif. L'assurée ne démontre pas en quoi le rapport d'enquête en cause ne serait pas plausible ou insuffisamment motivé, ni quels éléments n'auraient pas été pris en

compte en ce qui concerne les diverses limitations. Les éléments apportés ne permettent pas de faire une appréciation différente du cas.

43. Par courrier du 13 novembre 2015, la recourante a répliqué. Elle conclut préalablement à la restitution de l'effet suspensif et à ce que la chambre de céans ordonne à l'intimé de lui verser les prestations auxquelles elle a droit avec effet rétroactif dès la date du dernier versement. Elle conclut encore préalablement à l'audition des parties, à celle de son médecin traitant et de son psychiatre traitant, ainsi qu'au transport sur place à son domicile, sur le fond à l'annulation « des décisions entreprises », à ce que la chambre de céans la mette au bénéfice d'une pleine rente AI, et de laisse les frais à la charge de l'état, plaidant au bénéfice de l'assistance juridique. Elle conclut subsidiairement à ce qu'il soit constaté que le rapport du 14 août 2014 ne fait état d'aucune modification tangible de son état de santé, à ce que la chambre de céans dise qu'elle a droit au maintien de sa rente, telle qu'au 31 juillet 2014 (recte : 2014) et renvoie la procédure à l'intimé pour expertise complémentaire menée par un spécialiste en réadaptation, au sens des conclusions du rapport du 14 août 2014. Les motifs du recours seront évoqués en tant que de besoin ci-dessous dans les considérants.
44. Par courrier du 19 novembre 2015, la chambre de céans a imparti un délai à l'intimé au 4 décembre pour se déterminer sur la demande de restitution de l'effet suspensif et au 14 décembre 2015 pour sa duplique.
45. Par courrier recommandé du 3 décembre 2015 l'intimé a conclu au refus du rétablissement de l'effet suspensif.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA) ;
3. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante peut se voir octroyer une rente AI au-delà du 31 juillet 2014, et le cas échéant à quel taux, comme elle le prétend, ou au contraire si c'est à juste titre que l'intimé lui a accordé trois quarts de rente du 1^{er} février 2013 au 31 juillet 2014 basé sur un taux d'invalidité de 67 % et supprimé toute rente dès le 1^{er} août 2014.
4. L'intéressée sollicite préalablement la restitution de l'effet suspensif.

La LPGA ne contient pas de dispositions propres sur l'effet suspensif ; que selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA). L'art. 61 LPGA pose des exigences auxquelles doit satisfaire la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, laquelle est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA. L'art. 56 LPGA, qui concerne le droit de recours, ne règle pas l'effet suspensif éventuel du recours (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, p. 562 ch. m. 16 ad art. 56 et la référence; ATF 129 V 376 consid. 4.3 in fine). Par renvoi de l'art. 1 al. 3 PA, l'art. 55 al. 2 et 4 PA, concernant le retrait de l'effet suspensif, s'applique à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral.

5. S'agissant du retrait par l'administration de l'effet suspensif à une opposition ou à un recours ou de la restitution de l'effet suspensif, l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé à la jurisprudence en la matière (arrêt précité P.-S. du 24 février 2004). D'après la jurisprudence, la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure . Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer, en application de l'art. 55 PA, d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire . L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération , mais il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute. Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons convaincantes pour le faire (ATF 124 V 88 s. consid. 6a, 117 V 191 consid. 2b et les références). Ces principes s'appliquaient également dans le cadre de l'art. 97 al. 2 LAVS (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; ATF 110 V 46), applicable par analogie à l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 81 LAI (abrogé par la LPGA) ;

Le sort de la requête relative à l'effet suspensif du recours dépend, après un examen sommaire du dossier, de l'évaluation de chance de succès du recours (ATF 98 V 22 consid. 4) et de la pesée des intérêts en présence (ATF 119 V 506 consid. 3). Le juge examine si les motifs en faveur d'une exécution immédiate de la décision ont plus de poids que ceux qui peuvent être invoqués pour soutenir une solution contraire (RCC 1991 p. 524 consid. 2b). Lorsqu'il est difficile de se faire une opinion précise sur les ressources du recourant, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant (ATFA non publié du 23 février 2005, I 436/04, consid. 5.3). Dans l'hypothèse où le recourant n'obtiendrait pas gain de cause sur le fond de la contestation, il est en effet à craindre que la procédure en restitution des

prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 105 V 269 consid. 3 ; VSI 2000 p. 187 consid. 5).

Selon la jurisprudence, si l'effet suspensif est retiré à un recours dirigé contre une décision de révision qui supprime une rente, ce retrait dure, en cas de renvoi de la cause à l'administration pour complément d'instruction, jusqu'à la notification d'une nouvelle décision à l'assurée; demeure réservée la notification abusive d'une décision de révision par l'administration afin que la diminution ou la suppression de la rente prenne effet prématurément (ATF 129 V 372 consid. 3 et 4). Cette jurisprudence conserve sa pertinence sous l'empire de la LPGA (ATFA non publié du 12 août 2004, I 476/03, consid. 2.2).

6. Seules les décisions positives, à savoir celles qui modifient les droits et obligations de l'intéressé, peuvent être munies d'un effet suspensif (ATF 127 V 408 consid. 3). Une décision par laquelle un assureur met fin au droit à une prestation, par exemple une rente ou des indemnités journalières, est une décision positive. Est en revanche une décision négative toute décision par laquelle une demande en constatation, motivation, modification ou suspension de droits ou d'obligations est rejetée (ATF 126 V 409 ; ATFA non publié du 24 juillet 2007, U 115/06, consid. 4.1). Une décision qui limite dès le début et passagèrement le droit à des prestations d'assurance ou les refuse est une décision négative. Le recours contre de telles décisions ne peut donc pas avoir d'effet suspensif (cf. ATF 123 V 39). Il découle de là que le recours contre une décision négative ne peut pas faire l'objet d'une demande de restitution de l'effet suspensif, mais seulement d'une requête de mesures provisionnelles (117 V 185 consid. 1b).
7. Dans le cas d'espèce, la décision entreprise est l'aboutissement de l'instruction d'une première demande de prestations déposée par la recourante à fin août 2012. Au terme de son instruction, et notamment sur la base du rapport d'examen bidisciplinaire des médecins spécialistes du SMR, et leur rapport du 14 août 2014, - dont les conclusions ont été confirmées par le service de permanence du SMR du 9 octobre 2014, confirmé par son avis motivé du 23 avril 2015, après examen des pièces médicales nouvelles produites par l'assurée au stade de la contestation du projet de décision -, il est reconnu à l'assurée un droit à trois quarts de rente dès le 1er février 2013 (art. 29 LAI), basé sur un taux d'invalidité de 67 %. Toutefois dès le 1er mai 2014 une capacité de travail de 50 % est reconnue, dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles de l'assurée. Dans la mesure où dès cette date, le taux global d'invalidité de 18 % (en terme d'empêchement dans les domaines respectifs de la part active et des travaux ménagers), de 19,11% (sur la base de la comparaison des revenus avec et sans invalidité) a été retenu, ce taux, inférieur à 40 %, ne permet pas de maintenir un droit à une rente de l'assurance-invalidité. La rente étant cependant supprimée 3 mois seulement après la modification des circonstances, soit en l'occurrence dès le 1^{er} août 2014 (art. 88a RAI), Ainsi, en application des principes rappelés ci-dessus, la décision querellée est une décision qui limite dès le début et passagèrement le droit à des prestations d'assurance ou les

refuse. C'est une décision négative. Le recours contre de telles décisions ne peut donc pas avoir d'effet suspensif. C'est donc à tort que la recourante a conclu à la restitution de l'effet suspensif, la décision entreprise ne l'ayant pas ordonné, et n'ayant pas à le faire au vu de la nature de la décision. Seule entre dès lors en ligne de compte dans le cas d'espèce une requête de mesures provisionnelles.

Or, conformément aux principes rappelés précédemment, dans un tel contexte, l'autorité appelée à statuer doit procéder à la pesée des intérêts en présence, et doit examiner si les raisons qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision sont plus importantes que celles qui peuvent être invoquées en faveur de la solution contraire. Les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération, mais il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute.

Dans le cas particulier, la recourante a essentiellement motivé sa demande de restitution de l'effet suspensif sur le fait que, si la décision querellée venait à être appliquée nonobstant l'issue de la présente procédure, elle subirait un préjudice financier majeur et potentiellement irréparable, dès lors que sa subsistance dépend essentiellement de la rente que l'intimé « entend supprimer ». Selon elle, l'aggravation de l'état de santé psychique actuellement constatée par sa psychiatre traitante, et l'interprétation erronée que ferait l'intimé du rapport d'experts du 14 août 2014, notamment par rapport à l'état rhumatologique et son évolution, justifierait d'ores et déjà que la rente lui soit versée jusqu'à droit connu.

Comme cela a été rappelé ci-dessus, le Tribunal fédéral n'a pas retenu comme déterminant le fait que l'exécution immédiate d'une décision entraîne des difficultés financières pour l'assurée qui verrait, sur révision, sa rente supprimée: l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant (ATFA non publié du 23 février 2005, I 436/04, consid. 5.3). Or, dans le cas d'espèce, à en croire la recourante elle-même, sa subsistance dépend essentiellement de la rente litigieuse. Il est ainsi plus que vraisemblable que dans l'hypothèse où elle n'obtiendrait pas gain de cause sur le fond de la contestation, qu'il soit en effet à craindre que la procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse.

S'agissant de l'aggravation de l'état de santé psychique de la recourante, dont fait état sa psychiatre traitante, celle-ci serait apparue en août 2015, et serait en lien avec le refus de l'obtention de la rente AI demandée, et la reconnaissance partielle de ses douleurs physiques. Elle serait donc consécutive à la décision entreprise, et donc postérieure à la décision rendue, ce qui pourrait tout au plus justifier une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé. La chambre de céans doit dans la règle examiner le recours en fonction de l'état de fait existant au moment de la décision entreprise, et non pas en fonction de faits nouveaux postérieurs à celle-ci. Ceci dit, en tant que le recours se fonde sur l'avis des médecins traitants de la recourante, la chambre de céans constate que ceux-ci ne font qu'émettre leur avis personnel, que la recourante s'oppose à l'avis des experts et à leurs conclusions du 14 août 2014, et aux conclusions des avis médicaux du SMR, notamment fondés sur ce rapport, et sur l'appréciation des rapports médicaux postérieurs des médecins

traitants. Tant les médecins traitants que la recourante ne démontrent pas, à ce stade, en quoi les rapports du SMR seraient mal fondés, en raison d'éléments médicaux dont ils n'auraient pas tenu compte, ou comporteraient des contradictions. Ils ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables - dans le cadre de l'examen sommaire qui doit être fait à ce stade - ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Il en va de même des conclusions de l'enquête ménagère, dont la recourante conteste les conclusions, sans préciser en quoi elles seraient erronées, se contentant de « solliciter un transport sur place afin d'étayer ses arguments »... Elle sollicite encore l'audition de ses médecins traitants et sa propre comparution devant la chambre de céans, toutes mesures d'instruction complémentaire qui, si elles apparaissent nécessaires à ses yeux, démontrent à tout le moins que l'on ne saurait, à teneur du dossier dans son état actuel, considérer en procédant à la pesée des intérêts en présence, sans effectuer de longues investigations supplémentaires, que les prévisions sur l'issue du litige au fond ne feraient aucun doute, au sens de la jurisprudence citée.

8. Au vu de ce qui précède, il apparaît, *prima facie*, que sous réserve d'investigations et d'analyses plus approfondies, voire, à l'issue de mesures d'instruction complémentaires, que la chambre de céans retiendrait comme nécessaires, le rapport d'expertise bidisciplinaire sur lequel s'est fondé l'intimé pour rendre la décision entreprise réunit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il en va de même du rapport d'enquête ménagère, a fortiori pour ce dernier, dans la mesure où la contestation de ses conclusions par la recourante ne fait l'objet d'aucune argumentation.
9. La chambre de céans constate au surplus qu'à ce stade de la procédure, les chances de succès de l'intéressée sur le fond du litige, à la lumière de la jurisprudence fédérale, n'apparaissent pas d'emblée telles qu'elles l'emporteraient sur l'intérêt de l'OAI à l'exécution immédiate de sa décision.
10. Ainsi la demande de mesures provisionnelles tendant à ce que la recourante continue à percevoir, avec effet dès le 1^{er} août 2014 et jusqu'à droit jugé sur le fond, la rente octroyée par la décision entreprise du 1^{er} février 2013 au 31 juillet 2014 n'est pas fondée. Elle sera ainsi rejetée.

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

Statuant sur incident

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Sur mesures provisionnelles :

2. Rejette la requête tendant au versement provisoire d'une rente d'invalidité jusqu'à droit jugé sur le présent recours.
3. Réserve la suite de la procédure.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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