

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3164/2015

ATAS/717/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 septembre 2016

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Gustavo DA SILVA

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée) est une ressortissante portugaise née le _____1962 et arrivée en Suisse le 12 août 1977. Elle est mariée et mère de deux enfants nés respectivement en 2001 et 2005. Dès le 21 mars 1988, elle a travaillé à plein temps, soit 40 heures par semaine, en qualité d'opératrice pour le compte de B_____ SA (ci-après : l'employeur), société active dans l'exploitation d'entreprises, d'armateurs et de transports maritimes de marchandises. Depuis le 1^{er} janvier 2012, son salaire mensuel était de CHF 7'150.- payé treize fois l'an.
2. L'assurée a été mise en arrêt de travail à 100% à plusieurs reprises entre octobre 2012 et septembre 2013. Son cas a été pris en charge par l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie (ci-après : l'assureur) souscrite par son employeur, laquelle lui a versé des indemnités journalières totales ou partielles à compter du mois de novembre 2013.
3. Le 3 octobre 2013, l'assurée a déposé un « formulaire de communication pour adultes : Détection précoce » auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
4. Lors d'un entretien le 23 octobre 2013, l'assurée a indiqué à l'OAI avoir été incapable de travailler à 100% depuis le 16 septembre 2013 et à 20% dès le 30 septembre 2013. Elle souffrait d'un diabète de type II diagnostiqué en 2010 et d'une polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée en 2005 (douleurs au niveau des mains, des genoux et du bassin). Au travail, elle s'occupait de la comptabilité au niveau des escales des bateaux avec marchandises/containers et de facturer les frais. Son activité professionnelle était un travail de bureau avec du stress et de la pression qui impliquait de porter des dossiers et de les scanner. Ses atteintes à la santé l'empêchaient de se concentrer. Une reprise du travail à 100% était prévue pour janvier 2014, sans changement d'activité.
5. Dans un avis du 4 novembre 2013, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale du SMR, a recommandé le dépôt d'une demande de prestations, si l'assurée n'avait pas récupéré une pleine capacité de travail en 2014.
6. Le 18 mars 2014, l'assurée a informé l'OAI de la prolongation de son incapacité de travail à 50%.
7. Le 26 mars 2014, elle a été licenciée, avec effet au 30 juin 2014.
8. Le 1^{er} avril 2014, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant une incapacité de travail à 100% du 14 septembre 2013 au 23 février 2014, en raison d'une polyarthrite rhumatoïde et d'un diabète. Depuis le 24 février 2014, elle exerçait son activité habituelle, mais à 50%.
9. Dans un rapport du 25 avril 2014, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en endocrinologie/diabétologie et en médecine interne générale, a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'insuffisance aortique, et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de polyarthrite rhumatoïde depuis 2005 et de diabète

de type II insulino requérant. L'assurée présentait des polyarthralgies et une fatigue en aggravation malgré un traitement rhumatologique et la prise en charge du diabète. S'agissant du pronostic et de l'incapacité de travail, la Dresse D_____ renvoyait aux rapports des docteurs E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, et F_____, médecin praticien FMH et médecin traitant de l'assurée. Les limitations fonctionnelles se manifestaient au travail par des douleurs en lien avec les polyarthralgies et par la fatigue. L'assurée ne pouvait travailler qu'en position assise ou en alternant les positions. Sa capacité de concentration et sa résistance étaient limitées par la fatigue. D'un point de vue médical, l'intéressée était capable de travailler à 50% dans son activité habituelle. Son rendement y était réduit, toujours en raison des douleurs et de la fatigue. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était également de 50%. Une reprise du travail à 50% pouvait être attendue dès le mois de février 2014.

10. Dans un rapport du 21 mai 2014, le Dr F_____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de polyarthrite rhumatoïde et de diabète de type II depuis 2005. Les douleurs articulaires étaient en augmentation et le pronostic réservé. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 16 septembre 2013. Dans son activité habituelle, l'assurée était limitée par des douleurs, de sorte que ladite activité n'était encore exigible qu'à 30%, pour lui permettre d'alterner les positions et de se reposer fréquemment. Les capacités de concentration et d'adaptation et la résistance étaient limitées.
11. Dans un rapport du 27 juin 2014, le Dr E_____ a retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de polyarthrite rhumatoïde séronégative depuis 2005, de diabète insulino dépendant depuis plus de dix ans et d'abaissement du seuil de la douleur, et le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, d'anémie ferriprive. L'assurée présentait des arthralgies et des arthrites récidivantes, principalement aux genoux et aux mains. Sa symptomatologie répondait partiellement aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et au traitement de fond antirhumatismal. Le bilan radiologique confirmait la présence de synovite, mais aucune érosion articulaire n'était objectivée à ce jour. Le pronostic était celui d'une maladie chronique d'évolution fluctuante. Le Dr E_____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail, les arrêts de travail n'étant pas prescrits par ses soins. Dans son activité habituelle, l'intéressée présentait des difficultés pour porter des charges, une fatigabilité anormale et des arthralgies. Compte tenu de la maladie, travailler à plein temps ne semblait pas possible. S'agissant de la pathologie rhumatismale, un taux d'activité de 50% devait être envisageable, sous réserve de restrictions relatives aux autres pathologies. Le rendement était réduit en raison des arthralgies et de la fatigabilité. Une amélioration de son état et de sa capacité de travail était espérée grâce à une adaptation du traitement antirhumatismal. L'assurée pouvait travailler en position assise, effectuer des rotations en position assise ou debout, monter sur une échelle ou un échafaudage et monter des escaliers. Le port de charges était limité à cinq kg. Les activités uniquement en position debout étaient proscrites. En

revanche, sa capacité de travail était de 50% dans une activité impliquant d'alterner les positions, de travailler en marchant, de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de s'accroupir, d'être à genoux et de porter des charges. La capacité de concentration et la résistance étaient limitées, en raison de la polyarthrite rhumatoïde.

12. Lors d'un entretien le 1^{er} juillet 2014, l'assurée a notamment indiqué à l'OAI espérer obtenir de l'aide pour trouver un emploi administratif à 50%. Elle n'arrivait plus à effectuer les tâches ménagères et avait recours à une femme de ménage. Elle ne pouvait plus porter de charges et, certains jours, il lui était plus difficile de marcher et de monter ou descendre des escaliers. Elle mentionnait des raideurs au niveau des mains et des genoux. L'écriture était difficile mais l'utilisation d'un ordinateur possible. En arrêt de travail à 100% du 16 septembre 2013 au 23 février 2014, elle avait repris le travail à 50%. Actuellement, elle était à nouveau en arrêt à 100% vraisemblablement depuis le 30 mars 2014.
13. Le même jour, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation pour la réalisation de son curriculum vitae.
14. Le 24 juillet 2014, l'OAI a pris en charge une Evaluation Commerciale et Bureautique (ECB) du 18 au 29 août 2014, dans le cadre des mesures d'intervention précoce. Cette évaluation a finalement eu lieu du 8 au 22 septembre 2014.
15. Le 8 septembre 2014, l'assureur a transmis à l'OAI le dossier de la recourante, lequel contenait notamment une expertise du 4 juillet 2014 réalisée par le docteur G_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Dans ce contexte, l'expert a retenu les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séronégative non érosive, un diabète insulino-requérant et un probable état dépressif. Il a rappelé le contexte de l'expertise, établi la liste des documents lui ayant été remis, exposé l'anamnèse de l'assurée et ses plaintes, et livré les résultats de l'examen clinique et son appréciation du cas. La polyarthrite rhumatoïde et le diabète avaient été diagnostiqués respectivement en 2005 et 2011, étant précisé que l'assurée présentait également un souffle au cœur. A l'examen clinique, il fallait relever des douleurs abarticulaires avec 10 points de fibromyalgie sur 18. Elle présentait des douleurs de nombreuses articulations des membres supérieurs, soit l'épaule droite, les coudes, le poignet gauche dans une moindre mesure et toutes les articulations des deux mains. Elle avait aussi des douleurs au niveau des genoux. Ces articulations ne présentaient aucun épanchement intra-articulaire ou tuméfaction. L'assurée considérait son diabète comme mal équilibré (traitement modifié récemment, avec des glycémies à jeun au-dessus des valeurs souhaitées). Elle était connue pour une polyarthrite rhumatoïde séronégative et non érosive dans un contexte de diminution du seuil de la douleur, comme en témoignaient des douleurs à la palpation de plusieurs points de fibromyalgie. Ces derniers éléments étaient pondérés par les résultats sanguins. L'échographie réalisée durant l'expertise montrait des synovites de plusieurs articulations (poignets, mains et genoux), en majorité minimes.

Compte tenu de ces éléments, le Dr G_____ avait l'impression d'une certaine discordance entre l'intensité des plaintes et l'examen clinique. Cela étant, la polyarthrite rhumatoïde révélait des signes d'activité modérée d'un point de vue objectif. S'agissant des répercussions du diabète, qui pouvaient être réelles s'il était effectivement très difficile à contrôler avec des glycémies constamment au-dessus des valeurs souhaitées, il lui était plus difficile de se prononcer. Il y avait enfin très probablement un état dépressif associé, mais cette pathologie n'avait pas été particulièrement évaluée lors de l'expertise. Compte tenu de ces éléments, le Dr G_____ retenait une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, et ce depuis le début de l'année 2014. Le pronostic quant à une augmentation de cette capacité de travail n'était pas très optimiste, compte tenu des douleurs très sévères par rapport aux éléments objectifs observés. Toutefois, dans la mesure où il y avait quand même des signes d'activité légère à modérée de la polyarthrite rhumatoïde, on pouvait espérer diminuer les douleurs et le handicap fonctionnel en augmentant le traitement. Cette augmentation associée à un meilleur contrôle du diabète, permettait d'espérer une reprise de travail à 75% dans un délai de trois mois. Si une incapacité de travail de plus de 25 à 50% persistait, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique était souhaitable. Enfin, il serait utile que davantage de renseignements soient communiqués au sujet du diabète et de ses répercussions sur la capacité de travail.

16. Le 23 septembre 2014, le Dr F_____ a précisé que l'incapacité de travail à 100% de l'assurée était due à la polyarthrite rhumatoïde et à son diabète instable. Les limitations fonctionnelles consistaient en une fatigabilité importante. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 50%, depuis une date indéterminée.
17. Dans un rapport du 6 octobre 2014 établi à l'issue de l'ECB, il a été relevé que le projet professionnel de l'assurée, soit de travailler en tant qu'aide-comptable, n'était pas réaliste actuellement, en raison de ses importantes lacunes en français rédactionnel, en informatique et en comptabilité.
18. Le 13 octobre 2014, l'OAI a pris en charge des cours de formation en bureautique du 20 octobre au 14 novembre 2011 et des cours de français intensif d'écrit élémentaire du 17 novembre au 12 décembre 2014, dans le cadre des mesures d'intervention précoce.
19. Dans un rapport du 12 novembre 2014, la Dresse D_____ a précisé que le diabète de type II de l'assurée était insuffisamment contrôlé dans le contexte d'une polyarthrite rhumatoïde active, d'un état dépressif et d'un excès pondéral. Une stabilisation et l'obtention d'un bon contrôle glycémique était envisageable pour autant que les comorbidités soient contrôlées. Les limitations fonctionnelles étaient surtout dépendantes des comorbidités, soit la polyarthrite rhumatoïde et l'état dépressif.
20. Dans un rapport du 13 novembre 2014, le Dr F_____ a notamment considéré que les atteintes à la santé avaient un impact sur la concentration et empêchaient les

stations prolongées. La capacité de travail dans une activité adaptée était actuellement de 100%.

21. Dans un rapport intermédiaire du 15 décembre 2014, le Dr E_____ a considéré que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et en légère amélioration. Elle présentait une fatigabilité et des arthralgies lors des mouvements. La compliance était optimale et la concordance entre les plaintes et l'examen clinique bonne.
22. Le 26 février 2015, l'OAI a pris en charge un cours de remise à niveau de secrétaire-comptable du 12 mars au 31 mai 2015, dans le cadre des mesures d'intervention précoce.
23. Le 24 mars 2015, l'assureur a transmis à l'OAI le dossier concernant l'assurée, lequel contenait notamment un rapport du 5 février 2015 du Dr E_____ et une expertise du 30 octobre 2014 du docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie et en psychiatrie et psychothérapie.

Le Dr E_____ retenait les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séronégative, de fibromyalgie, de diabète insulino-dépendant et de probable rhizarthrose. L'assurée présentait des douleurs ostéoarticulaires lors de positions statiques prolongées et des difficultés lors du port de charges supérieures à cinq kg. Le médecin ne se prononçait pas sur l'incapacité de travail, celle-ci reposant sur des multiples causes. A long terme, il partageait l'appréciation du Dr G_____ relative à une capacité de travail de 75%.

Le Dr H_____ rappelait les circonstances de l'expertise, exposé l'anamnèse de l'assurée et ses plaintes, et fait état de ses constatations objectives et ne retenait aucun diagnostic psychiatrique. L'assurée se plaignait de ce que, malgré son suivi régulier par les Drs F_____ et E_____, ses douleurs ostéoarticulaires s'aggravaient régulièrement sous forme de crise. Pour cette raison, elle se sentait souvent limitée et très handicapée, à quoi s'ajoutaient des problèmes de contrôle et de stabilisation du diabète. Cependant, malgré les problèmes somatiques, elle avait constamment travaillé, s'investissant toujours à fond et s'identifiant avec son employeur, pour lequel elle avait travaillé plus de 25 ans. Se sentant de plus en plus fatiguée, son médecin traitant avait attesté d'une incapacité de travail totale qui s'était poursuivie d'octobre 2013 à février 2014. Considérant les plaintes de l'assurée au sujet de ses problèmes physiques avec des douleurs de localisation variable et une certaine fixation des souffrances depuis plusieurs années, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant pouvait être évoqué comme diagnostic différentiel selon la définition de la CIM-10. Cependant, pour pouvoir confirmer ce diagnostic sur le plan psychiatrique, il ne suffisait pas de constater l'existence des douleurs intenses et persistantes non expliquées entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, mais il fallait démontrer aussi une fixation exagérée de la personne concernée sur ses douleurs, avec des plaintes clairement démesurées et une autolimitation importante. Or, l'assurée avait constamment travaillé sans réduire son taux d'activité jusqu'à

présent, malgré les douleurs, qui étaient tout à fait expliquées par le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde et ses limitations. Si les plaintes étaient parfois fortes et un peu dramatiques, le Dr H_____ ne constatait aucune autolimitation exagérée, ni de fixation totale sur ses douleurs, permettant de retenir le diagnostic de trouble somatoforme persistant sur le plan psychiatrique. Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde appartenait au domaine de la rhumatologie et avait été confirmé par le Dr G_____. Considérant sa situation sociale, l'assurée décrivait le développement de certains symptômes psychiques, surtout d'un grand sentiment de colère et de déception avec quelques angoisses face à l'avenir, suite à son licenciement en mars 2014. Elle le considérait comme injuste et brutal après 25 ans d'activité. L'apparition de ces symptômes clairement réactionnels pouvait être interprétée dans le sens d'un trouble de l'adaptation, mais en aucun cas d'un trouble somatoforme persistant. Entre temps, les symptômes anxio-dépressifs de l'assurée s'étaient estompés et aucun syndrome dépressif franc n'était plus à objectiver. De plus, aucune médication antidépressive ou anxiolytique n'avait été prescrite, même en réserve. Ainsi, l'assurée ne présentait aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique. Malgré ses symptômes physiques et ses soucis, elle était capable de maintenir une bonne structure journalière : elle se levait tôt, quittait sans problème la maison et assumait ses obligations de mère et de ménagère, ainsi que ses tâches administratives. Les symptômes anxiodépressifs étaient purement réactionnels et ne justifiaient aucune réduction de la capacité de travail. Même si l'on voulait postuler l'existence d'un vrai trouble somatoforme persistant, ce diagnostic n'aurait aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, cette dernière ne présentant pas de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante, ni de perte d'intégration sociale secondaire aux douleurs dans tous les domaines de la vie, ni d'état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, ni d'échec à toutes les approches thérapeutiques. Le pronostic de moyen à long terme semblait plutôt favorable du point de vue purement psychiatrique, considérant la bonne motivation de l'assurée à reprendre le travail et l'anamnèse psychiatrique vide.

24. Dans un rapport du 21 avril 2015, la doctoresse I_____, médecin praticien du SMR, a, sur la base des expertises des Drs G_____ et H_____, ainsi que des rapports des Drs E_____ et D_____, retenu comme principale atteinte à la santé le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde. L'incapacité de travail avait été de 100% de septembre à octobre 2013, de 20% d'octobre 2013 à février 2014, de 50% de février 2014 au 4 juillet 2014 et de 25% dès le 5 juillet 2014. La capacité de travail exigible était nulle dans l'activité habituelle et de 75% dès le 5 juillet 2014 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge de plus de cinq kg, pas de position assise ou debout prolongée, pas de position en porte-à-faux et pas de position nécessitant une rotation du rachis). Le Dr E_____ partageait les conclusions du Dr G_____ et la Dresse D_____ déclarait que le diabète n'avait pas d'influence sur les limitations fonctionnelles de l'assurée. Le Dr

H_____ ne retenait aucun diagnostic incapacitant au niveau psychiatrique. Ainsi, il convenait de suivre les conclusions du Dr G_____.

25. Dans un rapport de clôture d'intervention précoce du 23 avril 2015, l'OAI a relevé que du point de vue de la réadaptation, l'activité habituelle de comptable ou aide-comptable était adaptée aux limitations fonctionnelles, de sorte que l'assurée présentait une capacité de travail de 75% dans son activité habituelle.
26. Dans un projet de décision du 29 mai 2015, l'OAI a considéré que les mesures d'intervention précoce s'étaient achevées avec succès et que d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, et a rejeté la demande de prestations. La capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte depuis le 16 septembre 2013. Son incapacité de travail était de 100% de septembre à octobre 2013, de 20% d'octobre 2013 à février 2014 et de 50% de février à juillet 2014. Dès le 5 juillet 2014, le SMR était d'avis que la capacité de travail de l'assurée était de 75% dans son activité habituelle, ainsi que dans toute autre activité adaptée. Ainsi, à l'issue du délai d'attente, le degré d'invalidité était de 25%, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. L'activité habituelle était exigible et aucune autre activité ne permettait de réduire le dommage, de sorte qu'aucune mesure professionnelle n'était indiquée.
27. Par courrier du 16 juin 2015 adressé à l'OAI, la Dresse D_____ a précisé que l'assurée présentait une polyarthrite rhumatoïde, un diabète de type II sans complication micro ni macro vasculaire, une insuffisance aortique et un état anxiodépressif. Depuis le rapport du 3 avril 2014, le traitement du diabète avait été modifié avec le remplacement de l'insuline, afin d'obtenir un contrôle glycémique satisfaisant et de limiter la prise pondérale. Sous ce traitement, l'assurée avait effectivement perdu du poids mais le contrôle glycémique était resté insuffisant. Le traitement du diabète était majoré ce jour.
28. Le 25 juin 2015, l'assurée s'est opposée au projet de décision. L'OAI retenait que son incapacité de travail avait été de 20% d'octobre 2013 à février 2014. Or, elle était totalement incapable de travailler durant cette période. De plus, elle n'avait jamais été en mesure de reprendre le travail à plus de 50%.
29. Par décision du 10 juillet 2015, l'OAI a maintenu les conclusions de son projet de décision et rejeté la demande de prestation de l'assurée. Bien qu'elle ait été en arrêt de travail à 100% d'octobre à février 2014, le SMR avait retenu une incapacité de travail de 20% durant cette période. Le dossier ne contenait aucun élément nouveau permettant de remettre en question la capacité de travail raisonnablement exigible fixée par le SMR, de sorte que les arguments de l'assurée devaient être rejetés.
30. Par acte du 11 septembre 2015, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre de cette décision. Elle a préalablement requis l'audition des parties et des Drs E_____, D_____, F_____ et G_____ et qu'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, diabétologique et psychiatrique) soit ordonnée. Elle a principalement conclu à l'annulation de la décision entreprise, à ce que son

droit à une rente entière d'invalidité soit dit et constaté et à l'octroi de dépens. Enfin, elle a subsidiairement conclu à l'annulation de la décision et à son renvoi à l'intimé pour instructions complémentaires et nouvelle décision lui octroyant une rente entière d'invalidité, sous suite de dépens.

L'intimé avait fait siennes les conclusions du SMR selon lesquelles elle avait été incapable de travailler à 100% de septembre à octobre 2013, à 20% de octobre 2013 à février 2014, à 50% de février à juillet 2014 et à 25% dès le 5 juillet 2014, dans toute activité. Or, le SMR avait fait erreur en retenant une incapacité de travail de 20% d'octobre 2013 à février 2014. En effet, le Dr G_____ avait retenu une incapacité totale de travail de novembre 2013 à février 2014. En outre, alors que l'intimé prétendait se fonder sur les conclusions du SMR, ce dernier avait retenu que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était nulle et de 75% dans une activité adaptée. Ainsi, à suivre les conclusions du SMR, il convenait de procéder à une comparaison des revenus entre son gain avec et sans invalidité, ce qui n'avait pas été fait. Pour ce motif déjà, la décision querellée devait être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour compléments d'instructions.

En tout état de cause, l'intimé avait mal interprété l'expertise du Dr G_____. En effet, l'expert n'avait pas conclu à une capacité de travail de 75% dans un délai de trois mois après l'expertise. Celui-ci s'était borné à formuler un « espoir » d'augmentation de la capacité de travail résiduelle après l'intensification du traitement de la polyarthrite rhumatoïde et un contrôle du diabète. Ce faisant, il s'avérait que le Dr G_____ avait jugé opportun de mettre en œuvre un complément d'expertise à trois mois, suite à la mise en place de ses recommandations, ce qui n'avait pas été fait. De plus, les rapports des 15 décembre 2014 et 5 février 2015 du Dr E_____ avaient confirmé que les « espérances » de l'expert ne s'étaient pas réalisées, à tout le moins dans le délai de trois mois envisagé, même si le Dr E_____ n'excluait pas une augmentation de la capacité de travail à 75% à long terme. A cela s'ajoutait que le contrôle du diabète demeurait insuffisant. Dans ce contexte, il convenait d'ordonner l'audition du Dr G_____ et des médecins traitants, puis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, étant rappelé qu'en dépit de l'expertise du Dr H_____, l'ensemble des médecins traitants considérait qu'elle souffrait d'un état dépressif, voire anxiodépressif.

A l'appui de son recours, la recourante a produit plusieurs documents, soit notamment une attestation du 23 juillet 2015 du Dr F_____ indiquant que l'intéressée était suivie depuis 2000 en raison de limitations douloureuses au niveau du rachis, vraisemblablement en relation avec sa polyarthrite rhumatoïde, même si le diagnostic n'avait pas été posé à l'époque. Les premiers soins ciblés pour cette maladie avaient débuté en 2005 par l'intermédiaire du Dr E_____. Depuis 2005, l'évolution avait été négative malgré le traitement, de sorte que depuis 2013, de fréquents arrêts de travail avaient dû être ordonnés. Actuellement la rentabilité de la recourante dans son activité habituelle n'excédait pas 50%.

31. Dans sa réponse du 20 octobre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. En l'occurrence le SMR s'était rallié aux conclusions du Dr G_____. Selon ce dernier, la capacité de travail était de 50% lors de l'expertise, mais devait être de 75% dans toute activité, y compris dans l'activité habituelle, après l'adaptation du traitement, et ce dès le mois de septembre 2014. Ce fait avait été confirmé par plusieurs praticiens postérieurement à l'expertise. En effet, dans son rapport du 15 décembre 2014, le Dr E_____ avait relevé une légère amélioration de l'état de santé de la recourante. Dans son rapport du 13 novembre 2014, le Dr F_____ avait retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Dans son rapport du 5 février 2015, le Dr E_____ avait également attesté d'une capacité de travail de 75% dès le mois de septembre 2014. Il n'y avait par conséquent aucune raison de mettre en doute cette capacité de travail. Ainsi, une nouvelle expertise ne se justifiait pas, ce d'autant plus que la recourante n'apportait aucun élément nouveau qui n'aurait pas été pris en compte. Certes, une réserve avait-elle été émise par le Dr G_____ concernant l'évolution du diabète et l'état dépressif. Cela étant, la Dresse D_____ avait attesté que la recourante ne présentait aucune incapacité de travail liée au diabète. De même, selon le rapport du 16 juin 2015, cette pathologie n'entraînait pas de complications micro ou macro vasculaires. S'agissant de l'éventualité d'un trouble psychique, l'expertise du Dr H_____ avait démontré l'absence d'atteinte. Par conséquent, le dossier était suffisamment instruit. Enfin, s'agissant de l'ouverture du droit éventuel à une rente, l'intimé rappelait que la demande de prestations ayant été déposée le 1^{er} avril 2014, le droit hypothétique ne pouvait pas être ouvert avant le 1^{er} octobre 2014.

32. Par pli du 27 novembre 2015, la recourante a insisté sur l'importance de l'audition des médecins traitants et du Dr G_____. Elle a également produit trois rapports établis respectivement par les Drs F_____ et D_____, et le docteur J_____, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne générale.

Dans son rapport du 19 juin 2015, le Dr J_____ a relevé que la recourante n'exprimait aucune plainte à visée cardiaque. L'électrocardiogramme de repos était normal et superposable à celui effectué en 2012. Aucune évolution défavorable de la fuite aortique et de la fuite mitrale n'était constatée. Il existait la possibilité d'une légère augmentation du diamètre de l'aorte ascendante mais qui restait discrète en termes de dilatation. Un nouveau contrôle était proposé au plus tard d'ici trois ans. La recourante devait prendre contact avec lui pour un test fonctionnel dans le dépistage d'une maladie coronarienne.

Dans son rapport du 7 novembre 2015, la Dresse D_____ a rappelé que la recourante présentait un diabète non insulino-requérant s'inscrivant dans le contexte d'une maladie rhumatologique, d'une anamnèse familiale positive et d'un excès pondéral, avec comme complication une neuropathie sensitive débutante. Le diabète était actuellement insuffisamment contrôlé et pouvait engendrer une fatigue ainsi qu'une surcharge psychologique.

Dans son rapport du 9 novembre 2015, le Dr F_____ a relevé avoir expliqué à la recourante quelques années auparavant qu'elle devrait un jour cesser toute activité et être mise au bénéfice d'une rente d'invalidité, afin de pouvoir se concentrer sur ses traitements longs et difficiles, afin de ralentir l'évolution de sa pathologie rhumatismale. Depuis le début de l'année 2013, son état s'était péjoré, ce qui avait conduit à un arrêt total de travail. Malgré les essais d'une reprise ponctuelle du travail à 50%, il n'avait pas été possible de poursuivre dans cette voie. Le Dr F_____ estimait qu'il fallait envisager une prise en charge totale par l'assurance-invalidité. Actuellement et depuis plusieurs mois, les douleurs provoquaient à l'assurée des insomnies et des limitations des performances malgré une médication importante. La situation était devenue difficilement gérable avec une activité professionnelle. L'aggravation de son état de santé avait fait apparaître un état dépressif s'approfondissant malgré le suivi psychiatrique mis en place et diminuant encore la capacité de travail. Le pronostic d'amélioration était fortement réservé. Il était évident que l'activité habituelle de la recourante ne pouvait pas être exercée actuellement et il était peu probable qu'elle puisse reprendre une activité complète les mois suivants.

33. Dans ses observations du 17 décembre 2015, l'intimé a intégralement persisté dans ses conclusions, renvoyant pour le surplus à l'avis du 14 décembre 2015 émis par la docteure K_____ du SMR. Cette dernière reconnaissait une erreur du SMR par rapport à la date de juillet 2014 à partir de laquelle la recourante présentait une capacité de travail de 75%. En effet, le Dr G_____ avait retenu que la capacité de travail était de 50% au moment de l'évaluation d'expertise et ce depuis février 2014. Il anticipait que cette capacité de travail pourrait être augmentée à 75% dès la fin septembre 2014, à la faveur d'une intensification du traitement. Dans son rapport du 15 décembre 2014, le Dr E_____ avait confirmé une légère amélioration de la maladie. Les rapports produits par la recourante le 27 novembre 2015 n'apportaient aucun élément allant dans le sens d'une aggravation de l'état de santé depuis le rapport du SMR du 21 avril 2015. Au contraire, la perte pondérale de neuf kg suite au changement de traitement du diabète allait plutôt dans le sens d'une amélioration, même si la glycémie n'était pas encore totalement contrôlée. En conclusion, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50% de février à septembre 2014 et de 75% dès le mois d'octobre 2014.
34. Par courrier du 13 mars 2016, la recourante a produit un rapport du Dr F_____ du 29 janvier 2016, un rapport du Dr E_____ du 9 février 2016 et une attestation du 4 mars 2016 de la Dresse D_____.

Le Dr F_____ a retenu les diagnostics d'algies diverses, plus particulièrement dorso-lombalgiques chroniques et invalidantes pour une rentabilité pleine au travail, de polyarthrite rhumatoïde évoluant négativement, de diabète de type II difficile à stabiliser et d'insuffisance mitrale et aortique. Il a partiellement repris les termes de son rapport du 9 novembre 2015, précisant pour le surplus que la recourante devait être mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, au minimum, afin de lui

permettre de se concentrer sur les traitements nécessaires au ralentissement de l'évolution de sa pathologie. Elle s'était toujours montrée courageuse et avait poursuivi ses activités aussi longtemps que possible, malgré les douleurs et la fatigue toujours plus présentes. Les difficultés administratives rencontrées ne faisaient qu'aggraver ses pathologies par un ajout d'insomnies et d'angoisses débouchant sur un état dépressif délétère.

Le Dr E_____ a diagnostiqué une polyarthrite rhumatoïde séronégative et non érosive, un abaissement du seuil de la douleur compatible avec un syndrome fibromyalgique, un diabète insulino-requérant, une dépression réactionnelle et une anémie ferriprive. Le Dr G_____ avait estimé que la capacité de travail était de 50%, tout en espérant qu'elle pourrait être augmentée par la suite à 75%. Malheureusement, la situation médicale était restée stationnaire, voire même s'était péjorée au niveau des douleurs. Par conséquent, la capacité de travail de la recourante s'élevait au mieux à 50% dans une activité adaptée, et pour une durée indéterminée.

La Dresse D_____ a relevé que le contrôle glycémique restait insuffisant dans le contexte de la polyarthrite rhumatoïde et de l'état dépressif réactionnel ayant fait suite à son licenciement. La situation clinique imposait la reprise d'une insulinothérapie en combinaison avec le traitement déjà suivi. Le diabète de la patiente ne présentait pas de complication micro ou macro vasculaire.

35. 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 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).

4. Le litige porte sur le rejet par l'intimé de la demande de prestations de la recourante.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
6. 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).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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.

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).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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).

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. A 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).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

8. 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. a) En l'espèce, l'intimé considère que la recourante dispose d'une capacité de travail de 75% dans son activité habituelle ou une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 25%, insuffisant pour lui donner le droit à une rente d'invalidité. Il fonde ses conclusions sur l'expertise du Dr G_____ et les avis du SMR y relatifs.

Quant à la recourante, elle ne conteste pas formellement l'expertise du Dr G_____, mais soutient que l'interprétation qu'en fait l'intimé est erronée et que la capacité de travail de 75% espérée par l'expert n'a jamais pu être retrouvée.

b) La chambre de céans relève en premier lieu qu'elle dispose d'un dossier contenant tous les éléments nécessaires pour trancher le litige, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner d'actes d'instruction complémentaires. En effet, la recourante a pu exposer ses arguments et faire valoir ses griefs dans le cadre de ses écritures, ce qui rend la tenue d'une comparution personnelle des parties inutile. Cela est d'autant plus vrai que, compte tenu de son objet, le recours doit être tranché principalement à la lumière des documents médicaux figurant au dossier. En ce qui concerne l'audition requise des médecins traitants et de l'expert, leurs conclusions respectives figurent dans les rapports versés au dossier et sont donc connues de la chambre de céans. Enfin, s'agissant de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, elle ne se justifie pas, compte tenu de ce qui suit.

c) S'agissant de l'expertise du Dr G_____, il apparaît que ce dernier s'est fondé sur un examen clinique conduit par ses soins, sur la consultation des Drs F_____, E_____ et D_____ et sur une étude approfondie du dossier. L'expertise contient l'anamnèse de la recourante et prend en considération ses plaintes et les conclusions des médecins traitants. Les diagnostics retenus sont clairs et discutés en détails, et les conclusions motivées à satisfaction de droit. L'appréciation de l'expert permet de comprendre les troubles affectant la recourante et leurs effets sur sa capacité de travail.

Contrairement à ce que soutient l'intéressée, le recouvrement d'une capacité de travail de 75% dans les trois mois suivant l'expertise ne constitue pas une

hypothèse du Dr G_____. En effet, l'expert a considéré que dans la mesure où les signes d'activité de la polyarthrite rhumatoïde étaient faibles à modérés, l'augmentation du traitement associé à un contrôle du diabète permettrait d'augmenter la capacité de travail de 50% à 75% dans le délai précité.

En l'occurrence, dans son rapport du 24 avril 2014, la Dresse D_____, qui traite la recourante pour son diabète, a retenu le diagnostic de diabète de type II insulino-requérant, mais n'a pas considéré qu'il affectait la capacité de travail et n'a retenu aucune limitation fonctionnelle y relative. Dans son rapport du 12 novembre 2014, ce médecin a précisé que les limitations fonctionnelles de la recourante étaient surtout dépendantes des comorbidités, soit la polyarthrite rhumatoïde et l'état dépressif. Le 16 juin 2015, elle a relevé qu'un changement de traitement du diabète avait permis une perte de poids, le contrôle de la glycémie restant insuffisant. Ainsi, il convient de constater que le diabète de la recourante ne pouvait l'entraver dans le recouvrement d'une capacité de travail de 75%, telle que retenue par le Dr G_____.

En ce qui concerne la polyarthrite rhumatoïde, le Dr E_____ a considéré le 27 juin 2014 qu'une amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail pouvait être espérée grâce à une adaptation du traitement antirhumatismal. Le 15 décembre 2014, soit postérieurement à l'expertise du Dr G_____ et à la période de trois mois dans laquelle la capacité de travail de la recourante devait augmenter, le Dr E_____ a fait état d'une légère amélioration de l'état de santé de l'intéressée. Enfin, le 5 février 2015, ce médecin a indiqué partager sur le long terme l'appréciation du Dr G_____ relative à une capacité de travail de 75%. Ainsi, conformément à l'analyse de l'expert, il apparaît que l'état de santé de la recourante s'est amélioré à la suite de l'expertise, ce qui est compatible et cohérent avec l'augmentation de la capacité de travail de cette dernière de 50% à 75%.

On relèvera encore que dans son rapport du 13 novembre 2014, le Dr F_____ a considéré que la recourante présentait une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée, étant précisé que dans le cas de la recourante et compte tenu des éléments figurant au dossier, l'activité habituelle de l'intéressé est également adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Les craintes du Dr G_____ quant à la possibilité que la recourante présente un état dépressif ont par ailleurs été écartées par l'expertise du Dr H_____. En l'espèce, la recourante ne conteste pas formellement ladite expertise, se contentant de relever que ses médecins traitants considéraient tous qu'elle souffrait d'un état dépressif, voire anxio-dépressif, à l'inverse du Dr H_____ qui n'avait retenu aucun diagnostic psychiatrique. En réalité, la recourante se contente de substituer sa propre appréciation et celle de ses médecins à celle du Dr H_____. Or, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient,

d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). En l'occurrence, l'expertise du Dr H_____ répond aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante et ne saurait être remise en question par les conclusions sur le plan psychiatrique des Drs D_____, F_____ et E_____, en l'absence de toute motivation de la part de ces médecins, ou d'éléments objectifs ayant été ignorés par l'expert.

Compte tenu de ces éléments, l'expertise du Dr G_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte que c'est à bon droit que l'intimé s'est rallié à ses conclusions. Sur ce point, il convient de préciser que le fait que le SMR ait commis des erreurs en considérant que la recourante était incapable de travailler à 20% d'octobre 2013 à février 2014, que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et qu'elle était capable de travailler à 75% dès le 5 juillet 2014, ne saurait en aucun cas remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr G_____. En effet, même si l'intimé a indiqué se fonder sur les avis du SMR pour rendre sa décision, lesdits avis trouvent leur origine dans l'expertise du Dr G_____.

d) Concernant les rapports du Dr F_____, outre le fait qu'ils émanent du médecin traitant de la recourante, ce dont il convient de tenir compte conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, force est de constater qu'ils présentent tous un défaut de motivation, les conclusions du Dr F_____ n'étant jamais expliquées ni justifiées. De plus, le médecin traitant n'apporte aucun élément objectif n'ayant pas été pris en compte par les Drs G_____ et H_____. Par conséquent, les conclusions des experts ne sauraient être remises en cause par le Dr F_____.

S'agissant des appréciations de la Dresse D_____ au sujet du diabète, comme relevé précédemment, elles ne contredisent pas les conclusions du Dr G_____, au contraire. Quant aux autres conclusions de la Dresse D_____ sur la polyarthrite rhumatoïde et l'état dépressif, elles ne permettent pas à la chambre de céans de revoir les positions des experts, faute d'une motivation suffisante et d'une réelle prise de position sur ces questions, lesquelles sont étrangères aux spécialisations de ce médecin.

Les rapports du Dr E_____ confirment en partie les conclusions du Dr G_____, comme cela a été exposé précédemment. Bien que les conclusions de ce médecin contredisent parfois celles de l'expert, cela ne suffit encore pas à les remettre en question. En effet, outre le fait que le Dr G_____ ait pris en compte la position du Dr E_____, ce dernier n'a relevé aucun élément objectif qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise. De plus, le Dr E_____ a souvent renoncé à se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, les arrêts de travail n'étant pas de son fait.

Quant au rapport du 19 juin 2015 du Dr J_____, s'il constate une fuite aortique et une fuite mitrale, il ne relève aucune plainte cardiaque, ni ne retient aucun diagnostic incapacitant sur ce plan. En tout état de cause, les troubles cardiaques de la recourante étaient connus des médecins traitants et du Dr G_____, sans que ces derniers ne retiennent de limitations fonctionnelles ou d'incapacité de travail y relative.

On relèvera encore que les rapports des Drs F_____, D_____ et E_____ produits par la recourante les 27 novembre 2015 et 13 mars 2016 ont été établis plusieurs mois après la décision entreprise. De plus, ils font état d'aggravations de l'état de santé de la recourante apparues postérieurement à la décision et qui excèdent par conséquent l'objet du litige. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ainsi et pour autant que l'on puisse considérer que l'état de santé de la recourante se soit aggravé depuis septembre 2015, les éléments relevés par les médecins précités ne permettent pas de remettre en question la décision entreprise ou les conclusions des experts sur lesquelles l'intimé s'est fondé.

e) Compte tenu de ce qui précède et conformément aux conclusions du Dr G_____, il apparaît que la recourante présentait une capacité de travail de 50% depuis janvier 2014, puis de 75% dans les trois mois qui ont suivi l'expertise réalisée début juillet 2014.

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

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

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

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 des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. 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).

Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

11. En l'occurrence et conformément aux conclusions du Dr G_____, l'assurée présentait une capacité de travail de 75% dans son activité habituelle lorsque la décision entreprise a été rendue. Compte tenu du fait que la capacité résiduelle de travail de la recourante est exploitable dans son activité habituelle, le degré d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail, soit en l'espèce 25%.

Ce degré d'invalidité est inférieur au seuil de 40% permettant l'octroi d'une rente d'invalidité, à teneur de l'art. 28 al. 2 LAI.

Dans la mesure où la recourante est toujours en mesure d'exercer son activité habituelle à 75%, aucune mesure professionnelle ne se justifie en l'occurrence, étant précisé que la recourante a pu bénéficier de plusieurs cours et d'une remise à niveau pris en charge par l'intimé dans le cadre des mesures d'interventions précoces.

Compte tenu de ces éléments, la décision querellée doit être confirmée sur ces points également et les griefs de la recourante écartés.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irene PONCET

Catherine TAPPONNIER

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