



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3174/2018

ATAS/645/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 août 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques ROULET

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Yda ARCE et Jean-Pierre WAVRE, juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1963, mère de quatre enfants nés en 1990, 1992 et 1996 (jumeaux), divorcée en 2009, a été placée en 2006, par l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE), dans un emploi à 100 % à B_____, puis a été engagée comme opératrice de saisie info3 (classe 8) à B_____ à un taux de 50 % dès le 1^{er} août 2007, de 70 % dès le 1^{er} septembre 2011, de 90 % dès le 1^{er} janvier 2012, de 70 % dès le 1^{er} septembre 2012 et de 50 % dès le 1^{er} octobre 2014.
2. Selon le jugement de divorce du 24 septembre 2009, l'ex-époux de l'assurée a été condamné à verser des pensions alimentaires pour les trois enfants dont l'assurée avait la garde, ainsi qu'une contribution d'entretien à celle-ci jusqu'au 20 décembre 2012, date à laquelle les cadets auraient 16 ans. Il est relevé que l'on ne pouvait exiger de l'assurée qu'elle augmente son taux de travail avant cette date, compte tenu de la durée du mariage (19 ans) durant laquelle l'assurée n'avait pas travaillé et de la reprise d'une activité que depuis janvier 2008.
3. L'assurée a été en incapacité de travail totale attestée par les docteurs C_____, neurochirurgien à la Clinique Genolier et D_____, médecine interne FMH, du 30 octobre 2012 au 10 mars 2013 et ensuite capable de travailler à 50 % (de son taux de 70 %), puis à nouveau totalement incapable de travailler dès le 1^{er} juin 2013.
4. L'assurée a été opérée d'une hernie discale le 4 décembre 2012 (discopathie dégénérative avec instabilité L2-L3).
5. Le 11 janvier 2013, le docteur E_____, FMH médecine interne, cardiologie, médecin conseil de l'Etat de Genève, a rendu un rapport suite à l'examen de l'assurée ; l'incapacité de travail faisait suite à une intervention chirurgicale lourde sur la colonne lombaire. Comme cela était souvent le cas dans ce genre d'intervention, les suites opératoires étaient longues et la réhabilitation très progressive. Il fallait donc compter sur encore quelques mois d'incapacités de travail. De surcroît, un état dépressif semblait apparaître et il avait recommandé à l'assurée de prendre contact avec un médecin traitant afin de déterminer dans quelle mesure elle pourrait bénéficier d'un traitement de soutien, voire d'une psychothérapie.
6. Le 4 mars 2013, le secrétariat général du département des finances a informé l'assurée qu'il lui incombait d'entreprendre des démarches auprès de l'assurance-invalidité.
7. Un résumé de séjour du service des urgences de l'Hôpital Universitaire de Genève (ci-après : HUG) mentionne un séjour de l'assurée le 6 juin 2013 pour une affection neuromusculaire sans précision.
8. Le 17 juin 2013, le docteur F_____, FMH neurologie, a indiqué au Dr D_____ qu'une IRM cérébrale était normale.

9. Le 17 juin 2013, le Dr C_____ a écrit au Dr D_____ que l'assurée était très gênée sur le plan fonctionnel mais avec assez peu de lombalgie ; un scanner lombaire du jour ne montrait aucun problème sur le foyer opératoire ; les douleurs actuelles étaient à rapporter à la sténose canalaire constitutionnelle relativement sévère en L4-L5, L5-S1 ; une IRM lombaire du 11 février 2013 montrait des signes inflammatoires au niveau des articulations postérieures ; si elle avait bien évolué de cette arthrodèse, elle restait gênée par le canal lombaire étroit ; il proposait des infiltrations.
10. L'assurée a déposé le 8 juillet 2013 une demande de prestations d'invalidité en raison de problèmes de dos.
11. Le 20 juillet 2013, le Dr C_____ a attesté de lombocruralgies évolutives, surtout début 2011. Il suivait l'assurée depuis le 30 juin 2011 ; une hernie avait été opérée le 4 décembre 2012 (discopathie dégénérative avec instabilité L2-L3). L'incapacité de travail était totale du 3 décembre 2012 au 1^{er} mars 2013 ; l'ancienne activité était exigible à 50 % (résistance limitée) et on pouvait s'attendre à une reprise à 70 % fin 2013.
12. Le 9 août 2013, le Dr D_____ a attesté d'un syndrome du canal étroit ; l'opération n'avait pas donné les résultats souhaités, ni des infiltrations (22 juillet 2013). La capacité de travail était de 50 % et le travail était adéquat.
13. Le 3 octobre 2013, le Dr C_____ a écrit au Dr D_____ que l'assurée continuait de souffrir (lombalgies, sensation d'engourdissement, lourdeur des deux jambes) et était extrêmement gênée ; les infiltrations n'avaient donné aucun résultat (22 juillet 2013 et 9 septembre 2013). Il proposait une nouvelle intervention chirurgicale (sur le canal lombaire étroit).
14. Le 3 octobre 2013, l'OAI a proposé à l'assurée la mise en place d'un accompagnement de la reprise du travail, mandat clôt le 3 février 2014, des mesures d'interventions précoces ne pouvant pas être mis en place.
15. Le 3 décembre 2013, le docteur G_____, FMH neurochirurgie, a écrit au Dr D_____ qu'il était plus favorable à un traitement global plutôt que l'approche proposée par le Dr C_____. Il complétait le bilan radiologique.
16. Le 20 décembre 2013, le docteur H_____, FMH chirurgie orthopédique, a écrit au Dr D_____ qu'il ne comprenait pas la cause des douleurs neurologiques dans les membres inférieurs ; on manquait d'argument pour une nouvelle intervention chirurgicale.
17. Le 14 février 2014, le Dr D_____ a attesté d'un état de santé stationnaire.
18. Le 11 mars 2014, le Dr C_____ a opéré l'assurée (laminectomie lombaire postérieure en conditions microchirurgicales avec mise en place d'un amortisseur inter-épineux).

19. Le 16 juin 2014, le Dr C_____ a attesté d'une amélioration de l'état de santé, avec une reprise de travail à 50 % début juin et à 100 % début juillet 2014.
20. Le 3 juillet 2014, le Dr C_____ a écrit au Dr D_____ que l'évolution était toujours positive mais que la colonne restait assez douloureuse.
21. Le 11 juillet 2014, le Dr C_____ a derechef attesté d'une évolution positive au niveau neurologique mais un problème de lombalgies importantes, d'origine séquellaire.
22. Le 17 octobre 2014, le Dr D_____ a attesté d'un état de santé stationnaire avec une capacité de travail maximum de seize heures par semaine.
23. Le 27 octobre 2014, le Dr C_____ a attesté d'une capacité de travail de 50 % en raison de lombalgies mécaniques.
24. Le 29 juin 2015, le Dr C_____ a attesté de la persistance de lombalgies chroniques invalidantes et d'une capacité de travail de 50 %.
25. Le 30 juin 2015, l'Office du personnel de l'état (ci-après : l'OPE) a précisé que l'assuré travaillait à un taux de 50 %, soit vingt heures par semaine depuis le 27 septembre 2014.
26. Le 28 août 2015, la doctoresse I_____, du SMR, a estimé qu'il était difficile de justifier une capacité de travail limitée à 50 % et requis une instruction complémentaire ; il fallait notamment demander à l'assurée à quel taux elle travaillerait si elle était en bonne santé.
27. L'Office du personnel de l'Etat (ci-après : l'OPE) a indiqué le 15 septembre 2015 que l'assurée ne portait pas de charge, pouvait se lever et bénéficiait d'une chaise ergonomique.
28. Le 17 septembre 2015, une note de statut de l'OAI mentionne que l'assurée a un statut mixte, soit 70 % active et 30 % ménagère ; elle travaillait à 70 % depuis 2007.
29. Le 14 décembre 2015, le Dr C_____ a rendu un rapport médical. Il relève ce qui suit : « Je viens de revoir en consultation Madame A_____ que vous connaissez bien. Je ne l'avais pas revue depuis six mois, et l'évolution me semble un peu plus positive. Tout d'abord il n'y a plus aucune douleur au niveau des deux jambes, aucune atteinte radiculaire, pas de paresthésie, pas de fourmillement, pas de trouble moteur, et le soulagement est très net à ce niveau. Elle reste par contre très lombalgique, surtout en position assise prolongée et l'examen clinique confirme cette impression car s'il n'y a pas de problème sur le plan neurologique, on retrouve une colonne lombaire qui est très raide, contractée avec une distance mains sol à 30 cm. Les radiographies et le scanner de contrôle qui ont été réalisés sont favorables, la cage intersomatique est en place en L2-L3, la stabilité est bonne, il n'y a plus de contrainte radiculaire, pas de protrusion herniaire, et par ailleurs l'amortisseur inter épineux L4-L5 décharge bien le disque et a permis une bonne ouverture du canal. A

l'heure actuelle, il n'y a pas d'indication en ce qui me concerne, aucune arrièrepensée chirurgicale, il faut par contre absolument qu'elle poursuive son activité professionnelle dans un poste aménagé à savoir 50 % au maximum, soit 4 heures par jour, car son état lombaire ne lui permet pas de faire plus. Vous aurez l'occasion de la revoir, je n'ai pas prévu de nouveau contrôle et je reste bien sûr à votre disposition le cas échéant ».

30. Le 15 janvier 2016, l'assurée a été examinée par le docteur K_____, du SMR, lequel a rendu un rapport le 1^{er} février 2016. L'assurée se plaignait de douleurs qui la réveillaient la nuit, de limitation de la marche, de la position debout et assise, du port de charge à 5 – 6 kg. Il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques dans le cadre d'une discopathie modérée à sévère de L1 à L5, avec mise en place d'une cage intersomatique en L2-L3 et d'un dispositif inter-épineux en L4-L5, arthrose modérée des articulations postérieures prédominant aux niveaux inférieurs (M54.5). Lors de l'examen, il constatait qu'avec un taux d'activité de 50 % l'assurée n'était pas à la limite de ses capacités. Parallèlement à son travail, l'assurée tenait son ménage, promenait quotidiennement son chien, conduisait sa voiture, effectuait chaque année des voyages au sud de la France, allait voir jouer son fils au football. Ces différents éléments montraient que l'assurée disposait encore de bonnes ressources. Bien que l'examen clinique ait eu lieu sans la couverture antalgique, il était rassurant. Malgré les douleurs et l'enraidissement de la colonne vertébrale, l'assurée se déplaçait aisément, maintenait sans difficulté la position assise. Elle ne présentait pas de radiculopathie irritative ni déficitaire. Dans ce contexte, il n'y avait pas lieu de maintenir une incapacité de travail de 50%. La tolérance diminuée de la colonne lombaire pour les contraintes mécaniques justifiait toutefois des pauses supplémentaires, également dans l'activité habituelle de l'assurée, même si cette activité était adaptée aux limitations fonctionnelles. Afin de permettre des pauses supplémentaires, la capacité de travail était diminuée de 25%. Après la deuxième intervention chirurgicale, le Dr C_____ mentionnait dans ses rapports une évolution positive (rapports du 10 avril 2014, du 3 juillet 2014, et du 10 septembre 2014) suivi d'une phase de stabilité (rapport du 4 mai 2015) puis d'une nouvelle amélioration, (rapport du 14 décembre 2015). A partir de cette nouvelle amélioration, l'assurée avait donc retrouvé une capacité de travail de 75% dans son activité habituelle.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : Colonne lombaire position assise au-delà d'une heure trente, position debout au-delà de trente minutes, marche au-delà d'une heure quinze, port de charges au-delà de 5kg, posture en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de flexion ou extension lombaire.

L'incapacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle, qui était une activité adaptée, à partir du 11 mars 2013, de 100% depuis le 1^{er} juin 2013, de 50% depuis septembre 2014 ; elle était de 25 % à partir du 14 décembre 2015 dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée.

31. Le 9 février 2016, la Dresse I _____, du SMR, a estimé que selon l'expertise du 1^{er} février 2016, elle confirmait une capacité de travail de l'assurée de 75 % dès le 14 décembre 2015, dans l'activité habituelle ou toute autre activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, soit : pas de position assise au-delà d'une heure trente, pas de position debout au-delà de trente minutes, pas de marche au-delà d'une heure quinze, pas de port de charges au-delà de 5 kg, pas de posture en porte-à-faux lombaire, pas de mouvements répétitifs de flexion ou extension lombaire, nécessité de pauses supplémentaires.

Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 27 septembre 2014. L'incapacité de travail avait évolué comme suit : 100 % du 23 octobre 2012 au 10 mars 2013, 50 % du 11 mars au 31 mai 2013, 100 % du 1^{er} juin 2013 au 26 septembre 2014, 50 % du 27 septembre 2014 au 13 décembre 2015, 25 % dès le 14 décembre 2015.

32. Une note de travail de l'OAI, du 26 mai 2016, relève qu'au vu de la description de la vie quotidienne par l'expert, des limitations fonctionnelles retenues et de l'exigibilité des membres de la famille, il n'y avait pas lieu de retenir d'empêchements dans la sphère ménagère.

33. Par projet d'acceptation de rente du 22 juin 2016, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 septembre 2014. Son statut était de 70 % active et 30 % ménagère. Aucun empêchement n'était admis pour les travaux habituels. Elle présentait un degré d'invalidité de 70 % (incapacité de travail totale) dès le 1^{er} octobre 2013 mais son droit débutait le 1^{er} janvier 2014 en raison de sa demande tardive. Dès le 27 septembre 2014, le degré d'invalidité était de 20 % (capacité de travail de 50 %), lequel n'ouvrait plus droit à une rente. Dès le 14 décembre 2015, la capacité de travail était de 75 %, de sorte qu'il n'existait plus aucune perte de gain.

34. Le 24 août 2016, l'assurée a contesté son statut mixte, en relevant qu'elle avait écrit à son employeur pour augmenter son taux d'activité et avait concrètement augmenté son taux dès qu'une possibilité s'était offerte. Par ailleurs, elle était toujours empêchée de travailler à 50 % et non pas seulement à 25 %. Elle a communiqué :

- Un courrier du 9 juin 2010 adressé à son employeur et faisant part de son souhait d'augmenter son taux d'activité de 50 % à 70 %, en raison de sa situation familiale.
- Un courrier du 8 juin 2011 adressé à son employeur lui faisant part de son désir d'augmenter son taux d'activité de 50 % à 70 %.
- Deux courriers du secrétaire général du département des finances des 17 juin et 4 octobre 2011 confirmant à l'assurée que son taux d'activité passerait de 50 % à 70 % du 1^{er} septembre 2011 au 31 août 2012 et de 70 % à 90 % du 1^{er} janvier au 31 août 2012.

-
35. Par décision du 9 août 2018, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 septembre 2014 ; les documents fournis par l'assurée ne faisaient pas état d'une volonté d'augmenter son taux d'activité à 100 % ; seule une période de 8 mois ayant été effectuée à un taux de 90 % ; par ailleurs, l'assurée n'avait pas fait de recherche d'emploi à 100 % depuis 2009, année de son divorce.
36. Le 14 septembre 2018, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 9 août 2018, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100 % du 1^{er} janvier au 30 septembre 2014 et d'une demi-rente d'invalidité fondé sur un degré d'invalidité de 50 % dès le 1^{er} octobre 2014 ; préalablement, une expertise était requise ; elle contestait son statut mixte. Elle avait, en effet, fait part à son employeur de sa volonté d'assumer un poste à 100 %, ce qui n'avait pas été possible. Ensuite, ses problèmes de santé l'avaient empêchée d'augmenter son taux de travail.

Le 1^{er} décembre 2014, son employeur avait exigé qu'elle réduise son taux d'activité de 70 % à 50 % depuis le 1^{er} octobre 2014. Elle avait débuté une activité à 50 % car elle avait à cette époque quatre enfants à charge ; elle avait demandé à augmenter son taux d'activité à 80 % en août 2008 déjà, puis à 100 % en 2009 ; dès octobre 2013, ses problèmes de santé l'empêchaient d'augmenter son taux de travail ; elle travaillerait, pour des raisons de nécessité financière, à 100 % sans atteinte à la santé, les pensions de son ex-mari n'étant plus versées dès août 2018 et ses enfants faisant toujours ménage commun avec elle et nécessitant moins de présence au quotidien. Par ailleurs, elle contestait être capable de travailler à 75 % ; l'avis du Dr K_____ était remis en cause par ceux des Drs D_____ et C_____. Elle a produit :

- Un courrier de son employeur du 16 janvier 2009 se référant à la demande d'augmentation de son taux d'activité à 80 % et la rejetant, en l'absence d'une telle possibilité dans le service.
- Un courrier de sa part du 28 septembre 2009 adressé à son employeur par lequel elle sollicitait une augmentation de son taux d'activité de 50 % à 100 %, n'ayant plus de contrainte liée à la scolarité de ses enfants, autonomes.
- Un courriel de sa part du 6 juin 2011 à son employeur, par lequel elle sollicitait un taux d'activité supplémentaire de 20 % qui se libérait, pour une durée déterminée.
- Un courrier de sa part du 22 juillet 2012 à son employeur, confirmant, suite à un entretien, que son taux d'activité diminuerait de 90 % à 70 % dès le 1^{er} septembre 2012.
- Un courrier de sa part du 10 décembre 2014, déclarant avoir besoin de réduire son taux d'activité de 70 à 50 % dès le 1^{er} octobre 2014.

-
- Un courrier de son employeur du 12 décembre 2014 acceptant la réduction de son taux d'activité à 50 % dès le 1^{er} octobre 2014.
37. Le 12 novembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, en confirmant, d'une part, la valeur probante du rapport d'examen du 1^{er} février 2016, d'autre part, le statut mixte de l'assurée ; la demande du 28 septembre 2009 de celle-ci d'augmenter son taux d'activité à 100 % n'était pas suffisante pour modifier son appréciation, les demandes subséquentes d'augmentation du temps de travail n'ayant concerné que des taux partiels et aucune recherche d'emploi auprès d'un autre employeur n'étant produite.
38. Le 14 janvier 2019, l'assurée a répliqué, en contestant que sa capacité de travail soit supérieure à 50 %. Elle a produit :
- Un rapport du Dr D_____ du 7 décembre 2018, attestant d'une dégradation de l'état physique de l'assurée, soumise à un traitement médicamenteux contraignant ; elle était collaborante et les symptômes douloureux ainsi que les limitations fonctionnelles correspondaient aux plaintes ; la capacité de travail était d'au maximum 50 % en raison d'un épuisement ; l'incapacité de travail de 25 % selon les bilans AI de 2016 n'était plus actuelle.
 - Un rapport du Dr C_____, du 10 décembre 2018, attestant d'une atteinte lombaire chronique invalidante avec un retentissement sur le plan neurologique et persistance d'une gêne motrice, ainsi que de douleurs relativement importantes. L'assurée avait été opérée à deux reprises de sa colonne lombaire et cette pathologie ainsi que les interventions, laissaient persister des séquelles importantes ne lui permettant pas de mener une vie normale. Pour toutes ces raisons, à la fois rachidiennes et neurologiques, son état de santé nécessitait la poursuite d'une activité professionnelle aménagée, avec une reprise à 100 % qui était absolument impossible, même en cas d'aménagement du poste. Elle devait continuer à 50 %, comme cela était le cas à l'heure actuelle, avec un maximum de quatre heures par jour, et cela de manière définitive.

Par ailleurs, l'assurée soulignait qu'elle avait toujours souhaité travailler à 100 % et avait saisi les augmentations du taux de travail qui étaient disponibles ; elle sollicitait à cet égard l'audition de Mme L_____, sa supérieure hiérarchique ; elle avait en outre besoin, pour des raisons financières, d'augmenter son activité ; elle n'avait pas de raison de changer d'employeur car elle pensait pouvoir, à terme, augmenter son taux de travail.

39. Le 11 février 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « Mon quotidien est très compliqué, j'ai beaucoup de douleurs, de la fatigue et des problèmes de sommeil. Je dois prendre des antidouleurs tous les jours. Je travaille toujours à B_____ à 50 % tous les matins. Mon chirurgien m'a dit qu'on ne pouvait plus faire grand-chose. La deuxième opération a amélioré la situation dans le sens que les irradiations dans les deux

jambes ont diminué. En revanche, les douleurs lombaires sont restées les mêmes. J'ai des douleurs dans le bas du dos en permanence. J'avais consulté trois chirurgiens avant la deuxième opération, l'un d'eux avait envisagé de bloquer toute la colonne mais j'ai finalement suivi l'avis du chirurgien qui avait pratiqué la première opération. J'arrive à travailler 4h de suite mais sous médicaments. A la fin de ma matinée de travail, je ressens une très grosse fatigue et je dois me reposer l'après-midi. Je vis avec trois de mes enfants de 26 ans et deux fois 22 ans. L'un d'eux fait son service civil et les deux autres sont en apprentissage.

Lors de l'examen par le Dr K_____ en 2016 j'avais beaucoup d'espoir de guérir, mais les douleurs se sont accentuées depuis. Je suis suivie par mon médecin traitant, le Dr D_____, ainsi que par mon chirurgien, le Dr C_____. J'avais consulté le Dr M_____ en raison de mes douleurs. Il m'a fait des infiltrations qui n'ont pas amélioré la situation. Je ne peux pas augmenter mon taux d'activité en raison des douleurs et de la fatigue.

J'ai été placée par le chômage à B_____ en 2006 avec un contrat d'un an à 100 %. J'étais inscrite au chômage en 2005, en recherche d'emploi à 100 %, mais j'ai accepté l'emploi qu'on me proposait à 50 %. Idéalement je recherchais une activité à 100 %. Avant mon inscription au chômage je m'étais arrêtée de travailler durant au moins 15 ans pour m'occuper de mes enfants. Avant cela j'étais employée dans une banque pendant 10 ans à 100 %.

Je me suis séparée de mon mari en 2005 au moment où je me suis inscrite au chômage. B_____ m'a ensuite engagée à 50 % à l'issue de mon contrat d'une année. J'ai toujours voulu travailler plus et j'ai toujours dit à mes chefs que j'étais intéressée à augmenter mon taux d'activité. J'ai ensuite été engagée à 70 % en septembre 2011. Une collègue avait libéré un 20 % pendant une année, que j'ai assumé, puis elle a souhaité le reprendre et j'ai dû diminuer mon taux à 70 %. Ensuite, on m'a obligé à signer un nouveau contrat à 50 % en raison de ma longue absence. Pendant une petite période après la seconde opération j'ai travaillé le 50 % de mon 70 % (soit un 35 %). Ensuite j'ai retravaillé à 50 %.

Mon état de santé s'est péjoré ces deux dernières années, je suis plus limitée dans mon temps de marche, pour conduire la voiture. Je ne peux pas faire de course seule, je dois être aidée.

Je n'ai pas cherché de travail ailleurs. J'espérais augmenter mon taux de travail dans ce même emploi. Il y avait des mouvements de taux d'activité, en particulier lors de départ à la retraite et je pouvais espérer augmenter mon taux de cette manière-là. Après ma séparation je devais travailler à 100 % malgré les pensions versées par mon ex-mari. Mme L_____ était ma collègue de l'époque et elle est devenue ma supérieure hiérarchique il y a environ trois ans. Je lui ai toujours parlé de mon désir d'augmenter mon taux d'activité, ce dont elle pourrait témoigner.

Je relève qu'il est compliqué de faire valoir cette maladie qui ne se voit pas, mais qui implique néanmoins d'importantes douleurs avec lesquelles je resterais toute ma vie ».

40. Le 19 février 2019, l'OAI a précisé que la rente entière d'invalidité avait été supprimée au 30 septembre 2014 car la situation de la recourante était stable, de sorte que l'amélioration intervenue le 27 septembre 2014, soit une capacité de travail recouvrée de 50 % avec une reprise effective du travail, pouvait être considérée comme se maintenant durant une assez longue période. S'agissant du statut de la recourante, il ne suffisait pas d'affirmer vouloir travailler plus, mais il fallait tenter de le rendre vraisemblable, notamment par l'apport de pièces. Or, il convenait de relever le fait que la recourante n'avait pas cherché de travail auprès d'un autre employeur, restant depuis son engagement auprès de B_____, dans l'espoir qu'un poste à 100 % se libérerait un jour. Elle s'était ainsi contentée de sa situation. Au final, compte tenu de la situation concrète du cas particulier, il apparaissait, au degré de la vraisemblance requis par la jurisprudence, que la recourante n'aurait pas exercé une activité à temps plein sans atteinte à la santé, mais à temps partiel.
41. A la demande de la chambre de céans, l'OCE a indiqué que le dossier de l'assurée avait été annulé en 2007.
42. Le 19 mars 2019, la recourante a observé que son droit à la rente ne devait pas s'éteindre au 30 septembre 2014 mais qu'elle devait bénéficier d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2014.
43. Le 29 avril 2019, la chambre de céans a entendu Mme L_____ comme témoin, laquelle a déclaré : « Je suis cheffe de service à B_____ depuis 2016. Je suis entrée à B_____ en 2003 comme opératrice de saisie. J'ai travaillé avec Mme A_____ qui avait la même fonction que moi. Mme A_____ a toujours voulu augmenter son taux de travail, en raison de sa situation familiale, elle était à l'époque en instance de divorce, avec quatre enfants à charge, c'était difficile à vivre. Elle travaillait à 50 %. Je me rappelle qu'elle avait réussi à obtenir un 70 % et ensuite même un 90 %, taux qu'elle aurait voulu maintenir. Je ne sais pas si cela aurait été possible de maintenir ce taux car à l'époque je n'étais pas responsable. Elle m'a fait part de son souhait d'augmenter son taux d'activité à plusieurs reprises. Il est arrivé, qu'après un départ à la retraite, un poste soit scindé entre plusieurs taux d'activité de 10 à 20 % lesquels étaient répartis au sein de différents services. Mme A_____ a pu profiter de ces augmentations, tout comme elle a également profité d'un taux de 20 % que j'avais moi-même réduit durant une année. Il y a eu en tout cas un départ à la retraite, qui a permis à Mme A_____ d'augmenter son taux d'activité. Peut-être d'autres mais je ne peux pas le dire. Elle se sentait bien dans son emploi de sorte qu'elle voulait le maintenir et ne m'a pas fait part d'un souhait de rechercher une activité à l'extérieur. Mme A_____ souhaitait augmenter son taux d'activité à 100 %. S'agissant de son état de santé, j'ai constaté qu'après son

opération la situation était plus difficile car elle devait souvent se lever de son siège et bouger. Je ne suis pas au courant des pensions alimentaires qu'elle recevait ».

44. Le 31 mai 2019, la chambre de céans a indiqué aux parties qu'elle avait l'intention de confier une expertise au docteur N_____, FMH rhumatologie, et leur a imparté un délai pour faire valoir leurs observations.
45. Le 11 juin 2019, l'OAI s'est opposé à la mise sur pied d'une expertise tout en indiquant qu'il n'avait pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert, ni de questions complémentaires à poser.
46. La recourante n'a pas fait d'observations.
47. Par ordonnance du 25 juin 2019, la chambre de céans a confié une expertise rhumatologique au Dr N_____, en relevant ce qui suit : En l'occurrence, l'expertise du Dr K_____ du 1er février 2016 n'emporte pas la conviction, en particulier sur la question de la capacité de travail de la recourante évaluée à 75 % depuis le 14 décembre 2015. En effet, le Dr K_____ estime que l'assurée, avec un taux d'activité de 50 %, n'est pas à la limite de ses capacités car, parallèlement à son travail, elle tient son ménage, promène son chien, conduit sa voiture, voyage dans le sud de la France et va voir jouer son fils au football, ce qui démontrerait la présence de bonnes ressources ; il cite également les rapports du Dr C_____, lequel mentionnait une évolution positive, avec une phase de stabilité, puis une nouvelle amélioration dès le 14 décembre 2015. Or, entendue au audience de comparution personnelle le 11 février 2019, la recourante a précisé que son quotidien était très compliqué, avec beaucoup de douleurs en permanence dans le bas du dos, de la fatigue et des problèmes de sommeil, qu'elle arrivait à travailler quatre heures de suite sans médicament mais qu'elle devait ensuite se reposer l'après-midi, que son état de santé se péjorait depuis deux ans, avec des limitations à la marche, à la conduite de sa voiture et qu'elle devait être aidée pour faire des courses. Ces déclarations ont été confirmées par les médecins traitants de la recourante, lesquels ont fait état d'une dégradation lente et progressive de l'état de santé de la recourante, avec un traitement médicamenteux nécessaire et contraignant, d'un épuisement bien visible empêchant toute augmentation du taux d'activité à plus de 50 %, du fait que l'incapacité de 25 % établie selon le bilan AI de 2016 n'était plus actuelle (rapport du Dr D_____ du 7 décembre 2018), de séquelles importantes dues à la pathologie et aux interventions empêchant la recourante de mener une vie normale, avec une reprise de travail à 100 % absolument impossible, et d'un maximum de quatre heures de travail exigible par jour, de manière définitive (rapport du Dr C_____ du 10 décembre 2018).
48. Le 26 mars 2020, le Dr N_____ a rendu son rapport d'expertise. L'assurée se plaignait de lombalgies, d'un sommeil non réparateur sur douleurs posturales nocturnes, de parésies, avec sensation bilatérale d'étau dans les deux mollets, limitant le périmètre de marche, de raideurs douloureuses au réveil, de douleurs cervico-scapulaires bilatérales, de fatigue et d'une vie sociale restreinte. Elle était

gênée dans les activités du quotidien (ménages, habillage, conduite d'un véhicule, activité sexuelle).

Les deux interventions chirurgicales étaient un échec, étant restées impuissantes devant la lombalgie inaugurale et ayant été suivies de modifications structurelles fixées et définitives au niveaux opérés.

L'expert a analysé les résultats de plusieurs questionnaires psychométriques remplis par l'assurée, concluant essentiellement à la nécessité d'un traitement complexe multidisciplinaire, avec reconditionnement physique intensif multimodal et éventuelle consultation psychiatrique.

Il a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail de troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec probable micro-instabilité segmentaire lombaire, de lombo-cruralgies persistantes après deux interventions chirurgicales avec stabilisation intersomatique L2 - L3 par cage TLIF (4 décembre 2012) pour instabilité L2-L3 et laminectomie lombaire postérieure avec mise en place d'un amortisseur inter-épineux L4-L5 (11 mars 2014) pour canal lombaire étroit dégénératif, de Failed Back Surgery Syndrome (FBSS) avec spondylodiscite infectieuse non exclue (*propionibacterium acnes* ?) [10] et syndrome de déconditionnement physique global et focal (dysbalances musculaire étagées lombo-pelvo-bicrurale, troubles proprioceptifs de la musculature stabilisatrice du tronc, kinésiophobie et état anxieux et probable composante dépressive encore compensée), syndrome de sensibilisation centrale de la douleur, d'intensité modérée, de troubles du sommeil à explorer et de possible antécédent de traumatisme psychique infantile à explorer.

L'état de santé de l'assurée ne s'était pas amélioré le 14 décembre 2015 mais progressivement aggravé, avec le développement des phénomènes secondaires de sensibilisation centrale et de syndrome de déconditionnement, observable actuellement et selon toute vraisemblance physiopathologique déjà en 2015, contrairement à l'examen du SMR du 15 janvier 2016 et en accord avec les observations des médecins traitants de l'assurée.

L'assurée présentait, comme limitation fonctionnelles, des blocages douloureux lors de certains mouvements de la colonne conduisant à une limitation d'activité et de la participation, à hauteur de 50 % de l'activité, une diminution de la résistance physique à l'effort, tout particulièrement en endurance, des rétractions / affaiblissements musculaires entraînant des déséquilibres posturaux et des troubles globaux de la coordination, des douleurs posturales statiques et dynamiques, une atteinte psychologique secondaire (syndrome de déconditionnement) et un syndrome de sensibilisation centrale de la douleur.

L'expert se disait en désaccord avec les conclusions du Dr K_____ quant à la capacité de travail de l'assurée et estimait que celle-ci était plutôt de 30 à 50 %. En l'absence d'évaluation psychométrique, les chiffres avancés de capacité de travail étaient arbitraires et sans support scientifique ; on pouvait s'attendre, de la part d'un

médecin d'assurance, et vu la complexité du cas, à une proposition d'évaluation de la capacité fonctionnelle (ECF), qui aurait au moins une valeur indicatrice comme le préconisait d'ailleurs une jurisprudence du Tribunal fédéral (8C 620/2009 du 26 octobre 2009). Elle n'était pas demandée dans la présente expertise, compte tenu des données disponibles à travers les documents existants et l'examen actuel, ainsi que des limites de la méthode ECF qui ne représentait jamais la vie réelle et ne pouvait donner qu'une idée approximative de la situation dans une économie de marché. Par contre, l'ECF était irremplaçable dans le suivi d'un traitement complexe au long cours.

L'assurée pouvait exercer une activité de commise administrative à 50 % au maximum, en y incluant une certaine part de travail au-dessus de ses forces (la capacité étant probablement entre 30 et 50 %). La limitation de la capacité de travail était due essentiellement à la persistance des douleurs découlant des atteintes structurelles objectivement démontrées ; au déconditionnement et à des phénomènes de sensibilisation centrale. Elle subissait aussi les effets secondaires du traitement antalgique. La capacité de travail était réduite en tous les cas depuis le 4 décembre 2012 (première intervention chirurgicale).

Compte tenu de la complexité et de la situation physiopathologique vertébrales de l'assurée, il était déjà étonnant de la voir travailler à 50 %. Elle était à la limite de ses possibilités. Une prise en charge multidisciplinaire était indiquée ; une stimulation médullaire pouvait aussi être envisagée. Compte tenu de la composante dépressive possible, une évaluation psychiatrique était encore nécessaire pour cibler correctement les choix pharmacologiques.

49. Le 4 mai 2020, la Dresse O_____, du SMR, a rendu un avis médical.

L'expert avait posé le diagnostic de spondylodiscite infectieuse non exclue, mais cette atteinte s'accompagnait en général de sévères douleurs lombaires et de signes infectieux (sudation, fièvre, frissons), visibles à une prise de sang, laquelle n'avait pas été effectuée. L'expert n'avait pas à se prononcer sur un éventuel trouble dépressif ou anxieux, ni sur un éventuel traumatisme psychologique dans l'enfance. Les autres diagnostics ostéoarticulaires étaient connus du SMR, le syndrome de déconditionnement physique et de dysbalance musculaire n'étaient pas étonnants après quelques années d'évolution de lombalgies chroniques, en l'absence de prise en charge spécifique pluridisciplinaire du rachis.

Les tests psychométriques effectués correspondaient à une approche subjective et qui ne permettaient pas de fonder une exigibilité médicale.

Il était contradictoire de reprocher au Dr K_____ l'absence d'ECF, tout en disant que celle-ci ne pouvait donner qu'une idée approximative de la situation dans une économie de marché. L'examen du Dr K_____ était clairement effectué et il n'y avait pas lieu de le remettre en question.

Les limites de mobilisation n'étaient pas indiquées par l'expert (en position assise ou debout).

Il était difficile de séparer l'anamnèse de l'assurée des impressions de l'expert, tout comme les éléments du status avec les interprétations que l'expert en faisait.

L'expert invoquait l'influence négative de la médication sur le fonctionnement cérébral alors que l'assurée ne se plaignait pas de troubles de la concentration ou de la mémoire et l'expert ne décrivait pas de ralentissement psychomoteur ou de troubles cognitifs.

L'évaluation psychiatrique, en l'absence de signes d'appels anxiodépressif, n'était pas nécessaire.

Au demeurant, l'expertise n'était pas convaincante et aucun argument ne permettait de remettre en question l'évaluation du Dr K_____.

50. Le 4 mai 2020, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR précité et a considéré que l'expertise judiciaire ne constituait pas un moyen de preuve adéquat pour établir la capacité de travail de la recourante.
51. Le 18 mai 2020, la recourante s'est déterminée en se ralliant aux conclusions de l'expertise judiciaire ; la remise en question de celle-ci par l'OAI ne portait que sur des éléments tout à fait secondaires et ne remettait pas valablement en cause la limitation de sa capacité de travail à 50 %, voire même entre 30 et 50 %. L'OAI admettait les limitations fonctionnelles constatées par l'expert.

La spondylodiscite infectieuse était un diagnostic seulement « non exclu », à explorer dans le volet thérapeutique. Il était logique que l'expert mentionne les troubles psychiques qu'il constatait. La capacité de travail ne se fondait pas uniquement sur les tests psychométriques mais aussi sur les examens psychique et l'anamnèse, l'expert ayant constaté des atteintes objectivement démontrées entraînant la persistance de douleurs.

Le questionnaire d'évaluation de la capacité fonctionnelle attestait de limitations claires (notamment pas de position assise de plus d'une demi-heure ou de position debout de plus d'une heure). L'expert avait expliqué les motifs qui limitaient également une activité purement intellectuelle et qui rendaient nécessaire une évaluation psychiatrique.

52. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2014.
5. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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).

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).

6. Selon 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres

spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C 442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. 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 LPG), 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).

c. 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).

d. Le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de

l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

e. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

f. Un rapport du SMR 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 LPGa) 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). Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a 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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C 581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C 341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

g. 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. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la

violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C 973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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 n° 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).

8. a. 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). 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).

b. 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 (Cst, RS 101; 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).

c. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs

pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical ou lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

9. a. 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).

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).

b. 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 (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C 312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu

d'invalide (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C 692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

c. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

10. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPG), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V

15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

11. En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon la jurisprudence, le sens et le but de l'art. 88a al. 1 RAI est notamment de donner au bénéficiaire de la rente une certaine assurance en ce qui concerne le versement régulier de ses prestations. Des modifications temporaires des facteurs qui fondent le droit à la rente ne doivent pas conduire à une adaptation par la voie de la révision; au regard de la sécurité du droit, l'octroi d'une rente entrée en force se doit d'avoir une certaine stabilité (arrêt 9C_1022/2012 du 16 mai 2013 consid. 3.2). En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt 9C_1022/2012 cité, consid. 3.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 32/2015 du 10 septembre 2015).

12. a. En l'occurrence, la chambre de céans a ordonné une expertise judiciaire rhumatologique.

Le rapport du Dr N_____, du 26 mars 2020, fondé sur toutes les pièces du dossier, un examen clinique de la recourante, ainsi que des questionnaires psychométriques, comprenant une anamnèse familiale, socio-professionnelle, par système et actuelle, les plaintes de la recourante, la description d'une journée type et du status, posant des diagnostics rhumatologique clairs et effectuant une évaluation motivée de la capacité de travail de la recourante, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

L'expert conclut à l'absence d'amélioration de l'état de santé de la recourante dès le 14 décembre 2015 et au maintien, au-delà de cette date, d'une capacité de travail d'au maximum 50 % dans l'activité habituelle, considérée comme étant adaptée aux limitations fonctionnelles.

La capacité de travail retenue par l'intimé pour la période antérieure, n'est pas contestée par la recourante, soit une capacité de travail nulle du 23 octobre 2012

au 10 mars 2013, de 50 % du 11 mars au 31 mai 2013, nulle du 1^{er} juin 2013 au 26 septembre 2014 et de 50 % du 27 septembre 2014 au 13 décembre 2015. Cette capacité peut être confirmée.

b. Les griefs du SMR du 4 mai 2020 émis à l'encontre du rapport d'expertise judiciaire et intégralement repris par l'intimé, ne sont pas à même de mettre en doute la valeur probante de celui-ci.

b/aa. Le diagnostic de spondylodiscite infectieuse a été mentionné par l'expert comme étant non pas avéré mais seulement « non exclu » ; l'absence, à cet égard, d'investigation médicale supplémentaire ne saurait, dans ce contexte, être reproché à l'expert. Par ailleurs, aucune limitation fonctionnelle incapacitante n'a été retenue par l'expert comme découlant de ce diagnostic, de sorte que l'hypothèse qu'il a émise n'a pas d'incidence sur l'évaluation de la capacité de travail de la recourante. L'expert s'est en effet borné à mentionner que celle-ci relève du volet thérapeutique, dans le sens qu'un traitement pourrait, cas échéant, être prodigué.

b/bb. S'agissant des diagnostics psychiatriques évoqués par l'expert, soit un état anxieux et une probable composante dépressive encore compensée, des troubles du sommeil et un possible antécédent de traumatisme psychique infantile, à explorer, s'ils sortent en effet du champ de compétence de l'expert rhumatologue, non psychiatre, il est à relever que celui-ci a seulement évoqué la possibilité de l'existence de tels diagnostics. Par ailleurs, l'expert a considéré que l'état anxieux et la probable composante dépressive étaient encore compensés (expertise p. 23), et que les troubles du sommeil et un possible traumatisme psychique infantile étaient à explorer (expertise judiciaire p. 24).

Aucune limitation fonctionnelle découlant d'un diagnostic psychiatrique n'a été prise en compte par l'expert dans l'évaluation de la capacité de travail de la recourante. Celle-ci est en effet restreinte en raison de blocage douloureux, limitant les activités, une lombo-cruralgie, une diminution de la résistance physique à l'effort et de l'endurance, des douleurs mécaniques posturales statiques et dynamiques et une sensibilisation centrale de la douleur (expertise judiciaire p. 23). Or, les diagnostics somatiques et les limitations fonctionnelles retenus par l'expert sont admis par le SMR (avis du 4 mai 2020).

Enfin, il est reconnu qu'un spécialiste en rhumatologie peut s'exprimer sur la nécessité de recueillir un avis psychiatrique (arrêt du Tribunal fédéral 9C 422/2016 du 23 janvier 2017).

b/cc. S'agissant des tests psychométriques, l'expert n'a pas fondé les conclusions de son rapport sur ceux-ci. Comme relevé ci-dessus, les diagnostics et les limitations fonctionnelles qu'il a retenus ont été admis par l'intimé ; en particulier, l'expert s'est fondé, en plus des tests précités, sur les données radiologiques, le status clinique et l'anamnèse (expertise judiciaire p. 23). Il a considéré que les plaintes de la recourante étaient totalement expliquées par des modifications structurelles inévitables, secondaires aux interventions chirurgicales,

s'accompagnant de déséquilibres proprioceptive et de perturbations des schémas locomoteurs normaux et entraînant un syndrome de déconditionnement et de centralisation de la douleur (expertise judiciaire p. 24 - 25). La persistance des douleurs découlait ainsi des atteintes structurelles objectivement démontrées (expertise judiciaire p. 26).

b/dd. S'agissant de la critique de l'expertise du Dr K_____, l'expert considère que celle-ci repose sur une vision obsolète et réductive des pathologies rachidiennes et qu'une ECF aurait dû être ordonnée. Certes, cette dernière remarque de l'expert est peu compréhensible, compte tenu du fait qu'il considère que l'évaluation, jugée indispensable, est en réalité peu pertinente pour apprécier la situation de la recourante dans une économie de marché. Cependant, l'expert, en relevant que la conjonction des éléments anamnestiques, clinique, radiologiques, psychométriques et des données de la littérature, montre sans doute aucun que la recourante est à la limite de ses possibilités, critique avec pertinence l'appréciation faite par l'expert K_____ de la capacité de travail de la recourante à un taux de 75 % dès le 14 décembre 2015.

A cet égard, la chambre de céans constate que le Dr K_____ a relevé, lors de son examen du 15 janvier 2016, une limitation des contraintes mécaniques exercées sur la colonne vertébrale et une raideur lombaire associée à des douleurs. Il affirme qu'en travaillant à 50 %, la recourante n'est pas à la limite de ses capacités (expertise K_____ p. 9), en se référant aux activités quotidiennes de la recourante, ce qui n'est pas convaincant. En effet, la description d'une journée type de la recourante par l'expert judiciaire contredit la présence de bonnes ressources chez la recourante, étant relevé que l'expert judiciaire n'a pas évoqué d'aggravation de la situation par rapport à janvier 2016, date de l'examen effectué par le Dr K_____. En particulier, il est relevé que les nuits sont perturbées par des réveils posturaux toutes les deux heures. La recourante nécessite deux heures de « mise en route » chaque matin avant de pouvoir se déplacer au travail, que les activités de l'après-midi sont ponctuées de multiples pauses, que les achats importants sont fait avec les enfants et que sa vie sociale est restreinte. Dans les questionnaires « inventaire de sensibilisation centrale » et « auto questionnaire de Dallas », la recourante a indiqué qu'elle avait souvent besoin d'aide pour effectuer les activités quotidiennes, qu'elle se fatiguait facilement lorsqu'elle était active physiquement, qu'elle ne dormait jamais bien, qu'elle avait parfois des difficultés de concentration et qu'elle avait tout le temps besoin de traitement contre la douleur pour se sentir bien. Entendue en audience de comparution personnelle, la recourante a déclaré que son quotidien était très compliqué, avec des douleurs, de la fatigue et des problèmes de sommeil, ainsi que la nécessité de se reposer après le travail (procès-verbal du 11 février 2019). Cette description n'a pas été contestée par l'intimé et remet valablement en cause l'interprétation faite par le Dr K_____ des ressources de la recourante.

En outre, le Dr K_____ admet que, du 1^{er} septembre 2014 au 13 décembre 2015, la recourante présentait une capacité de travail limitée à 50 %. L'augmentation de la

capacité de travail à 75 % depuis le 14 décembre 2015 est motivée en référence au rapport médical du Dr C_____ du même jour. Or, à cette date, ce médecin a indiqué que la recourante ne pouvait travailler à un taux supérieur à 50 %, en soulignant qu'elle devait absolument maintenir un taux maximum de quatre heures par jour de travail, son état lombaire ne lui permettant pas de faire plus. S'il a mentionné une amélioration des douleurs au niveau des deux jambes suite à l'intervention chirurgicale, il a, dans le même temps, relevé que la recourante restait très lombalgique, surtout en position assise prolongée, ce qui était objectivé par une colonne lombaire très raide. Le Dr K_____ ne se prononce pas sur l'avis complet du Dr C_____. Il met l'accent sur la constatation faite par le Dr C_____ de l'amélioration des douleurs dans les membres inférieurs mais occulte complètement l'appréciation du Dr C_____ quant à la capacité de travail limitée à un taux de 50 % et aux séquelles persistantes présentées par la recourante.

Le rapport du Dr K_____ n'emporte ainsi pas la conviction et ne saurait, contrairement à l'avis de l'intimé, être considéré comme probant au détriment de l'expertise judiciaire.

b/ee. S'agissant des limitations fonctionnelles, si l'expert n'a pas précisément indiqué dans son rapport les limites de la recourante liées à la position assise et debout, celles-ci ressortent du questionnaire d'ECF (position assise pas plus d'une demi-heure et debout pas plus d'une heure), que l'expert a joint à son rapport.

b/ff. Quant aux interprétations diagnostiques qui sont reprochées à l'expert judiciaire, l'intimé n'indique pas en quoi elles diminueraient la valeur probante de l'expertise, les diagnostics somatiques posés par l'expert ayant été admis par l'intimé.

b/gg. L'expert a retenu un effet secondaire du traitement médicamenteux. Si cette plainte n'a pas été relevée par l'expert dans celles émises par la recourante, celle-ci a néanmoins déclaré qu'elle devait prendre des antidouleurs chaque jour et qu'elle ressentait, à l'issue de sa demi-journée de travail, une très grosse fatigue (procès-verbal du 11 février 2019). Elle a aussi déclaré avoir parfois des difficultés de concentration (cf. test psychométrique).

En toute hypothèse, un éventuel trouble de la concentration / mémoire n'a pas été mis en avant par l'expert pour justifier la capacité de travail réduite à 50 %, mais uniquement discuté, dans l'hypothèse de l'exercice d'une activité purement intellectuelle et en sus des limitations liées au seuil douloureux abaissé et à la souffrance chronique qui en découle (expertise judiciaire p. 26).

c. Au demeurant, il convient de retenir une capacité de travail de la recourante limitée à 50 % dans toute activité au-delà du 13 décembre 2015.

13. Il convient encore d'examiner le statut de la recourante, évalué comme mixte, 70 % active, 30 % ménagère par l'intimé, et qui est contesté par la recourante, laquelle prétend à un statut d'active à 100 %.

En l'occurrence, eu égard à la situation financière et familiale de la recourante, il apparait, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante aurait, en bonne santé, exercé une activité lucrative à temps complet, ce qu'elle allègue et qui est confirmé par la présence d'indices extérieurs et d'éléments objectifs ressortant du dossier.

Tout d'abord, le fait que la recourante travaillait à un taux partiel au moment de la décision d'octroi de la rente n'est pas déterminant (arrêt du Tribunal fédéral 9C 734/2015 du 20 mai 2016).

S'agissant de son parcours professionnel, la recourante a travaillé de 1981 à 1990 comme employée de banque pour la P _____ à un taux de 100 % (extrait des CI du 26 juillet 2013 et expertise du Dr K _____ du 1^{er} février 2016 p. 3). Mariée le 6 juillet 1990, la recourante a eu quatre enfants, nés les _____ 1990, _____ 1992 et _____ 1996 (jumeaux). Elle s'est consacrée à sa famille de 1990 à 2005. Depuis sa séparation, le 1^{er} juin 2005, elle a manifesté son intention de retravailler à un taux de 100 %, en s'inscrivant à l'OCE pour un taux d'activité à 100 % et en acceptant un placement, en 2006, comme commise administrative à un taux de 100 % à B _____, pour une durée d'une année (expertise du Dr K _____ p. 3 et extrait des CI du 26 juillet 2013). Elle a expliqué de façon plausible qu'elle devait, après sa séparation, pour des raisons financières, exercer un emploi à 100 % (procès-verbal d'audience du 11 février 2019).

Inscrite à l'OCE, elle a d'ailleurs effectué des recherches d'emploi pour une activité à 100 % (procès-verbal d'audience du 11 février 2019), ce qui n'est pas contesté par l'intimé. Elle a été engagée à B _____ à un taux de 50 % le 1^{er} août 2007, taux qui lui avait été proposé par cet office. Cependant la recourante a expliqué qu'elle avait d'emblée exprimé son désir d'augmenter son taux d'activité et qu'elle espérait pouvoir obtenir cette augmentation dès lors qu'il y avait des mouvements de poste dans le service, notamment en raison de départs à la retraite (procès-verbal d'audience du 11 février 2019).

A cet égard, la recourante a produit des pièces attestant de son souhait d'augmenter son activité à 100 %, n'ayant plus de contraintes liées à la scolarité des enfants (courrier du 28 septembre 2009), puis de 50 % à 70 % en lien avec un taux de 20 % qui se libérait ; elle a à cette occasion mis en avant sa situation familiale, divorcée avec quatre enfants à charge, nécessitant une augmentation de ses revenus (courrier des 9 juin 2010 et 8 juin 2011 à l'employeur).

De fait, aussitôt qu'une possibilité s'est présentée, la recourante a augmenté son taux d'activité, soit de 50 à 70 % dès le 1^{er} septembre 2011, avec même une période de huit mois, en 2012, où elle a travaillé à un taux de 90 %. La recourante a ensuite été atteinte dans sa santé, avec une incapacité de travail totale dès le 23 octobre 2012 et une intervention chirurgicale pratiquée le 4 décembre 2012, de sorte que l'absence de recherche d'un autre emploi ou d'augmentation du taux d'activité, à 100 %, postérieurement à octobre 2012, s'explique objectivement, tout comme la

réduction du taux d'activité de la recourante à 50 % dès le 1^{er} octobre 2014, pour des raisons médicales.

L'audition de Mme L_____, cheffe de service de B_____ depuis 2016 et ancienne collègue de la recourante a confirmé l'intention initiale de celle-ci d'augmenter son taux de travail jusqu'à un 100 %, étant à l'époque en instance de divorce, avec quatre enfants à charge ; en particulier, elle a relevé que la recourante souhaitait maintenir le taux de 90 % qu'elle avait pu exercer un certain temps. Elle a également confirmé le fait que des possibilités d'augmentation du taux d'activité existaient dans le service lorsqu'un poste était scindé en plusieurs taux d'activité (procès-verbal d'enquête du 29 avril 2019).

Contrairement à l'avis de l'intimé (réponse au recours du 12 novembre 2018 et écriture du 18 février 2019 de l'intimé), ces éléments permettent de retenir que la recourante avait la volonté d'augmenter son taux d'activité à un plein temps, nonobstant le fait qu'elle n'a pas cherché un autre emploi à 100 %. En effet, la recourante a pu espérer obtenir, entre 2007 et 2012, une augmentation de son taux d'activité auprès de son employeur, tel ayant d'ailleurs été le cas à hauteur d'un 90 % de janvier à août 2012, soit peu avant la dégradation de son état de santé.

En toute hypothèse, il convient de constater que le jugement de divorce du 24 septembre 2009 a alloué à la recourante une contribution d'entretien à charge de l'ex-époux jusqu'au 20 décembre 2012 (date à laquelle les cadets de la recourante ont eu 16 ans), considérant que c'était seulement dès cette date qu'il était exigible de cette dernière qu'elle augmente son taux d'activité (jugement du Tribunal de première instance précité p. 9). En conséquence, il paraît en tous les cas établis, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'à tout le moins dès janvier 2013, la recourante, dont la contribution d'entretien a été supprimée, aurait eu l'intention de travailler à 100%. Or, à cette date, comme exposé ci-avant, il n'était plus exigible de la recourante qu'elle recherche un emploi à 100 %.

Au vu de ce qui précède, il est établi qu'au moins dès janvier 2013, le statut de la recourante était celui d'une personne active à 100 %.

14. Il convient encore de calculer le degré d'invalidité de la recourante.

Le droit à la rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2014 au 30 septembre 2014 n'est pas litigieux. Dès le 1^{er} octobre 2014, la recourante présente une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle. Dans cette situation et compte tenu du statut d'active de la recourante, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail. Il est ainsi de 50 % et donne droit à une demi-rente d'invalidité.

S'agissant du départ de ce droit, l'intimé estime que le droit à la rente entière devait être supprimé le 1^{er} octobre 2014, et non pas trois mois plus tard (art. 88 a al. 1 RAI). Il invoque une situation stable justifiant la prise en compte immédiate d'une capacité de travail de 50 % de la recourante.

Interpellée sur la question de la date de suppression de la rente entière d'invalidité, la recourante a considéré qu'elle devait pouvoir bénéficier, depuis le 1^{er} octobre 2014, d'une demi-rente d'invalidité (écriture de la recourante du 19 mars 2019), de sorte qu'il convient d'admettre que la recourante ne conteste pas la stabilité de son état de santé au 1^{er} octobre 2014 permettant de considérer qu'à cette date, sa capacité de travail de 50 % était acquise pour une assez longue période, entraînant la suppression de sa rente entière d'invalidité dès cette même date.

Au vu de ce qui précède, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 septembre 2014 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2014.

15. Partant, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée. Il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 septembre 2014 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2014.

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 9 août 2018.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 septembre 2014 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1er octobre 2014.
5. Alloue une indemnité de CHF 4'000.- à la recourante, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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