

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/89/2014

ATAS/743/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 juin 2014

5ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître David METZGER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FULLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ née en 1951, a travaillé en tant que gérante d'un magasin de bijouterie à plein temps pour B_____ Sàrl, du 1^{er} septembre 2001 au 31 août 2009, date de la fermeture définitive de la succursale.
2. Elle s'est inscrite auprès de l'assurance-chômage et un délai-cadre a été ouvert du 20 octobre 2009 au 19 octobre 2011.
3. Dès le 8 février 2010, elle a été en incapacité de travail totale.
4. Du 20 au 28 juin 2010, elle a été hospitalisée auprès du service de chirurgie viscérale des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour une résection antérieure basse en électif en raison d'un polype cancérisé de la charnière rectosigmoïdienne.
5. Dès le 1^{er} avril 2011, une capacité de travail entière a été attestée par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant (certificat du 29 mars 2011).
6. Dès le 24 mai 2011, l'assurée a participé à une mesure « coaching employabilité des cadres » mise en œuvre par l'Office cantonal de l'emploi (l'OCE).
7. A compter du 7 octobre 2011, l'assurée a été en incapacité de travail totale pour une durée indéterminée (certificat du 11 octobre 2011 du Dr C_____).
8. Le 12 décembre 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI).
9. Par courrier du 16 décembre 2011, l'OCE a indiqué que l'assurée avait bénéficié d'un cours de coaching employabilité des cadres du 24 mai au 7 octobre 2011.
10. Par rapport du 21 décembre 2011, le Dr C_____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un status post-adénocarcinome de la charnière recto-sigmoïdienne opéré en 2010 ; des dorsolombalgies et cervicalgies sur dégénérescence discale, de l'arthrose métatarso-phalangienne et arthrose scaphocunéenne dorsale des deux côtés ; une hépatite C chronique depuis longtemps. Les suites de la résection de l'adénocarcinome avaient été difficiles, les douleurs du bas-ventre avaient persisté longtemps. L'assurée présentait de nombreux épisodes dorso-lombaires aboutissant à de véritables blocages et les traitements anti-inflammatoires et la physiothérapie avaient un effet transitoire. Le pronostic était bon en ce qui concernait le cancer, il était réservé en ce qui concernait les douleurs dorsales. L'assurée ne pouvait pas rester debout ou assise longtemps et les douleurs augmentaient en cas de marche rapide. L'incapacité de travail avait été totale du 8 février 2010 au 31 mars 2011, puis dès le 7 novembre 2011.
11. Le 24 janvier 2012, le Dr C_____ a précisé que l'incapacité de travail n'avait pas débuté le 7 novembre 2011, mais le 7 octobre 2011.

12. A la demande de l'OAI, le Dr C_____ a expliqué, par courrier du 16 février 2012, que le diagnostic incapacitant qu'il retenait était une lombosciatalgie gauche importante survenant à certains mouvements et aggravée depuis l'opération pour le polype cancérisé, ainsi que la maladie de Hashimoto (hypothyroïdie). Un suivi spécialisé avait été fait par le docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Dans son activité habituelle, la capacité de travail l'assurée était actuellement nulle. Dans une activité permettant de ménager son dos, l'assurée serait probablement capable de travailler au moins à temps partiel et elle était réadaptable dans les semaines qui suivaient. Enfin, depuis février 2011, l'assurée avait présenté une tendinite du moyen fessier assez invalidante nécessitant des infiltrations locales. Elle avait souffert à plusieurs reprises de raideurs lombaires et de sciatalgies intenses nécessitant des anti-inflammatoires intra-musculaires et per os, de même que de la physiothérapie.
13. Par rapport du 16 avril 2012, le Dr D_____ a diagnostiqué, sans effet sur la capacité de travail, une tendinite du moyen fessier gauche et droit depuis février 2011. Il avait vu l'assurée les 4, 14 février et 21 décembre 2011 ainsi que le 1^{er} février 2012, toujours pour le même problème. Elle avait présenté une excellente évolution après les infiltrations et il ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée. Le Dr D_____ a joint un rapport qu'il avait adressé au médecin traitant en date du 15 février 2011 : l'assurée se plaignait de lombosciatalgies gauches, l'examen clinique avait permis d'écarter une atteinte neurologique et une tendinite du moyen fessier gauche avait été mise en évidence. Il avait procédé à deux reprises à des infiltrations avec un résultat positif dès lors que l'assurée avait constaté une diminution de 90% de ses douleurs.
14. Par avis du 26 octobre 2012, la Dresse E_____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après le SMR) a indiqué que l'assurée avait souffert d'un cancer de la charnière recto-sigmoïdienne qui avait entraîné une incapacité de travail dès le 8 février 2010, avec une reprise de la capacité de travail dès le 31 mars 2011 selon le médecin traitant. Il convenait de solliciter le dossier PCM à ce sujet. S'agissant des lombosciatalgies gauches, le médecin traitant indiquait des limitations fonctionnelles et une capacité de travail possible dans une activité adaptée.
15. A la demande de l'OAI, le Dr D_____ a effectué un examen rhumatologique de l'assurée le 13 décembre 2012. Par rapport du 28 décembre 2012, ce spécialiste a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des dorso-lombalgies chroniques sur des troubles de la posture et une discarthrose depuis 2009, ainsi qu'une tendinite des moyens fessiers gauche et droit. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait notamment de l'obésité, une HTA, un diabète de type II et un status après un adénocarcinome du haut rectum (2010). Elle se plaignait de dorso-lombalgies depuis au moins 2009. Le Dr D_____ l'avait prise en charge le 4 février 2011 pour investiguer ses douleurs. Elle était alors en

incapacité de travail totale depuis mars 2010 pour un cancer colo-rectal. Il avait mis en évidence des troubles de la posture sur une obésité et des séquelles d'une maladie de Scheuermann. Il avait également trouvé une tendinite du moyen fessier gauche qui la handicapait beaucoup. Il avait procédé à une infiltration et l'avait revue le 14 février 2011 et avait effectué une seconde infiltration. Le 21 décembre 2011, l'assurée l'avait revu pour une récurrence de la tendinite; il avait alors effectué une infiltration, puis une deuxième le 1^{er} février 2012. Il n'avait pas attesté d'incapacité de travail pendant cette période. Le 29 novembre 2012, l'assurée était revenue le voir, déclarant que les douleurs avaient augmenté et qu'elles irradiaient dans les deux membres inférieurs. L'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) du 6 décembre 2012 avait révélé des problèmes d'arthrose et une amyotrophie (d'au moins 50%) de la musculature para-lombaire. Il estimait que la situation clinique s'était péjorée à partir de novembre 2012 avec une augmentation des douleurs au niveau du rachis et une récurrence de la tendinite du moyen fessier gauche accompagnée de l'apparition d'une tendinite du côté droit. En conclusion, l'assurée souffrait de lombosciatalgies chroniques sur des troubles posturaux et une discarthrose L2-S1 et d'une tendinite des deux moyens fessiers. Il l'avait suivie depuis février 2011 et il avait pu améliorer à chaque fois la situation clinique grâce à des infiltrations. Il avait constaté que la situation clinique s'était péjorée à partir de novembre 2012 entraînant une incapacité de travail totale dans son métier de vendeuse en bijouterie dès novembre 2012. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était totale et sans diminution de rendement. Les limitations fonctionnelles étaient pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de mouvements répétés du rachis et un changement de position toutes les 45 minutes.

16. Par rapport du 12 avril 2014, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire depuis février 2012; un diabète était apparu en mars 2012. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle.
17. Le Dr C_____ a rappelé, par courrier du 10 mai 2013, les diagnostics présentés par l'assurée. La capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée paraissait nulle. Elle ne pouvait pas se tenir longtemps debout ni soulever de charges. La mobilité antérieure et latérale gauche de la colonne lombaire, lors de son examen du 12 avril 2013 était quasi nulle.
18. Par avis du 2 juillet 2013, la Dresse F_____, médecin auprès du SMR, a estimé qu'il y avait lieu de suivre les conclusions du Dr D_____.
19. Le 5 juillet 2013, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de la recourante à 16%.
20. Par projet de décision du 19 juillet 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. L'incapacité de travail avait débuté le 8 février 2010, de sorte que le 8 février 2011, le droit à une rente entière était ouvert. Cela étant, vu le dépôt de la demande de prestations en décembre 2011, le versement de la rente ne pouvait débuter qu'à partir du 1^{er} juin 2012. Or, à ce moment-là l'assurée avait recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Le degré

d'invalidité était de 16%, insuffisant pour l'octroi d'une rente et pour l'octroi de mesures professionnelles.

21. Par courrier du 10 août 2013, l'assurée a contesté le refus d'octroi de rente.
22. Le 28 août 2013, l'assurée a expliqué que le projet de décision ne tenait pas compte de l'ensemble de ses troubles qui étaient incapacitants depuis 2009 et que l'instruction médicale du dossier avait été lacunaire. Son état de santé s'était d'ailleurs péjoré après l'examen effectué par le Dr D_____. Même dans une activité adaptée, elle n'était pas capable de travailler à 100%.
23. Par décision du 20 novembre 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision.
24. Par acte du 13 janvier 2014, l'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2012. La recourante a notamment reproché à l'intimé avoir procédé à une instruction lacunaire, n'ayant pas jugé utile d'effectuer une expertise pluridisciplinaire. Par ailleurs, son médecin traitant avait certes attesté une incapacité de travail du 8 février 2010 au 31 mars 2011, et de nouveau dès le 7 octobre 2011. Or, l'intimé aurait dû investiguer la raison de cette période de capacité de travail en 2011. En outre, dans son avis du 2 juillet 2013, le SMR n'avait pas fait état de son incapacité de travail attestée dès le 7 octobre 2011, ni du diabète de type II. Il avait retenu que seules les dorsolombalgies étaient déterminantes. Il aurait été judicieux d'obtenir le dossier PCM pour connaître éventuellement le diagnostic posé à l'époque. L'intimé avait ainsi rendu sa décision sans connaître l'ensemble des faits d'ordre médical. En outre, la recourante a contesté le début de l'incapacité de travail retenue par le Dr D_____ dans la mesure où il ne s'était prononcé que sur une seule des multiples atteintes invalidantes. Le Dr D_____, avant la demande d'examen sollicité par l'intimé, n'avait d'ailleurs jamais eu à se poser la question de la capacité de travail de la recourante. Selon celle-ci, le début de l'incapacité de travail déterminante remontait au 8 février 2010. Sa capacité de travail est nulle dans toute activité et l'évaluation effectuée par l'intimé était irréaliste. Enfin, même si une capacité de travail devait être retenue, au vu de son âge (62 ans), de l'absence de formation professionnelle, de ses nombreuses limitations fonctionnelles, de la durée prévisible des rapports de travail, aucun employeur potentiel ne consentirait objectivement à l'engager. Partant, son degré d'invalidité était de 100%, ce qui lui donnait droit à une rente entière dès le 1^{er} juin 2012, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations.
25. A l'appui de son recours, la recourante a produit notamment un rapport du Dr C_____ établi le 27 décembre 2013. S'agissant de l'expertise du Dr D_____, le Dr C_____ a en particulier souligné que ce médecin relevait lui-même l'incapacité de travailler dans l'activité habituelle. Compte tenu de l'ensemble des atteintes, soit

les troubles endocriniens, l'affection chronique du foie et la lourde charge psychologique, le Dr C_____ ne voyait pas quelles mesures de réadaptation pourraient être proposées avec de bonnes chances de succès, ce d'autant plus que la recourante avait dépassé la soixantaine.

26. Par réponse du 18 mars 2014, l'intimé a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès novembre 2013. En effet, compte tenu de la situation de la recourante, de son contexte personnel et professionnel, la recourante n'était plus en mesure de retrouver un emploi léger et adapté à son handicap sur un marché équilibré du travail. Par conséquent, seule était litigieuse le début du versement de la rente, étant précisé qu'au vu de la date du dépôt de la demande, la rente ne pouvait naître qu'au plus tôt en juin 2012, soit six mois après. Selon l'intimé, la recourante avait été en incapacité de travail de février 2010 à mars 2011, puis à compter de novembre 2012 au vu des conclusions du Dr D_____. Par conséquent, la recourante avait droit à une rente entière dès novembre 2013.
27. Par réplique du 10 avril 2014, la recourante a contesté que la seconde atteinte à la santé n'eût été invalidante qu'à partir du mois de novembre 2012. Elle présentait de nombreuses atteintes depuis 2009 qui étaient invalidantes depuis le mois de février 2010. Certes, une « capacité de travail » aurait existé entre le 31 mars et le 7 octobre 2011. Or, si l'intimé avait investigué les raisons de cette capacité de travail, il aurait su que la recourante, arrivant en fin de droit de ses indemnités journalières de l'assurance-chômage, avait demandé à son médecin l'autorisation de pouvoir suivre une mesure de réinsertion proposée par de l'OCE. Cependant, son état de santé physique ne lui avait pas permis de suivre la totalité de cette mesure. On ne pouvait donc lui reprocher de n'avoir pas tenté de se réinsérer sur le marché du travail. Cette mesure ayant échoué, il convenait de retenir que le délai de carence n'avait pas été interrompu entre le 31 mars et le 7 octobre 2011.
28. Sur ce, la chambre de céans a gardé la cause 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours interjeté le 13 janvier 2014 contre la décision du 20 novembre 2013, reçue le 29 novembre 2013 selon les allégations de la recourante et non contestées par l'intimé, est recevable compte tenu de la suspension des délais du 18 décembre au 2 janvier inclus (art. 38 al. 4 let. c et 56ss LPGA).

3. Dans le cadre de la présente procédure, l'intimé ne conteste plus le droit de la recourante à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Reste par conséquent seule litigieuse la question de savoir à partir de quelle date la recourante a droit au versement d'une rente d'invalidité.
4. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), 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.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Ce n'est pas l'apparition comme telle des troubles qui constitue l'événement assuré, mais bien plutôt la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.841/02 du 25 juin 2003, consid. 2.2). Aux fins du calcul de l'incapacité de travail moyenne, on considère que le délai d'attente d'un an commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail. Un taux d'incapacité de 20 % est déjà considéré comme pertinent en ce sens (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_1018/2010 du 12 mai 2011, consid. 3.2). 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).

Depuis l'entrée en vigueur de l'art. 29 al. 1 LAI au 1er janvier 2008, un assuré qui présente sa demande de rente postérieurement à cette date ne peut donc pas réclamer une rente d'invalidité pour la période de douze mois précédant le dépôt de sa demande (voire pour une période antérieure, en vertu de l'art. 48 al. 2 aLAI). La personne assurée n'a donc droit à l'intégralité des prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de travail. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_441/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3).

5. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance

d'autant plus grande dans ce contexte. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance. Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 125 V 351 consid. 3).

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).

6. 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).
7. Enfin, 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).

8. En l'occurrence, l'intimé est d'avis qu'il y a lieu de fixer le début de l'incapacité de travail durable en novembre 2012, ce que conteste la recourante qui estime que le début de l'incapacité de travail durable remonte au 8 février 2010.

La chambre de céans relèvera qu'il n'est pas contestable, ni contesté par les parties, que la recourante présente depuis plusieurs années plusieurs atteintes à la santé, soit une hépatite C depuis longtemps, des dorsolombalgies depuis 2009, un status après résection d'un adénocarcinome du haut rectum traité en juillet 2010, une maladie de Hashimoto (hypothyroïdie substituée) et un diabète de type II dès mars 2012 (courrier du Dr C_____ du 10 mai 2013).

Il n'est pas non plus contestable, ni contesté par l'intimé que l'adénocarcinome du haut rectum a entraîné une incapacité de travail totale du 8 février 2010 au 31 mars 2011, attestée par le Dr C_____.

La recourante fait valoir que cette incapacité de travail a perduré au-delà du 31 mars 2011, en raison de toutes les atteintes à la santé dont elle souffre.

La chambre de céans constate que non seulement les certificats médicaux établis par le Dr C_____, mais également son rapport daté du 21 décembre 2011 adressé à l'intimé font état de manière claire d'une capacité de travail à 100% à compter du 1^{er} avril 2011. On relèvera également que ce médecin n'a, par la suite, pas apporté d'éléments susceptibles de nuancer l'existence de cette capacité de travail.

Selon la recourante, l'attestation d'une capacité de travail à 100% avait uniquement pour but de lui permettre de suivre une mesure du travail dans le cadre de son chômage. La chambre de céans relèvera que ce seul élément n'est, en l'occurrence, pas suffisant. Il convient plutôt de déterminer si la recourante a présenté, à compter du 1^{er} avril 2011, une atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail. A cet égard, il résulte des explications détaillées fournies par le Dr C_____ quant à l'évolution de l'état de santé de sa patiente après le traitement de l'adénocarcinome, que parmi toutes les atteintes diagnostiquées, c'est surtout en raison de son affection rhumatismale que la recourante a souffert (rapport du 27 décembre 2013, p. 2). On relèvera d'ailleurs que ce médecin, interrogé par l'intimé sur les diagnostics qu'il estimait incapacitants, a répondu la lombosciatalgie gauche et la maladie de Hashimoto. En outre, il y a lieu de constater que l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et les limitations fonctionnelles que le médecin traitant a retenues sont uniquement dues aux douleurs dorsales (courrier du 16 février 2012).

Il convient dès lors de déterminer à partir de quand les dorsolombalgies ont eu une répercussion sur la capacité de travail de la recourante.

A la demande de l'intimé, le Dr D_____ a effectué un examen rhumatologique de la recourante le 13 décembre 2012. Par rapport du 28 décembre 2012, ce spécialiste a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des dorso-lombalgies chroniques sur des troubles de la posture et une discarthrose depuis 2009, ainsi qu'une tendinite des moyens fessiers gauche et droit. Ce spécialiste a expliqué qu'il avait pris en charge la recourante notamment en février et décembre 2011 ainsi qu'en février 2012 pour investiguer ses douleurs et qu'une série d'infiltrations avait permis d'améliorer nettement la situation clinique. Le Dr D_____ a indiqué qu'il n'avait alors pas retenu d'incapacité de travail pour les problèmes de rachis. La recourante était revenue le voir en novembre 2012 et il avait constaté que la situation clinique s'était alors péjorée avec une augmentation des douleurs au niveau du rachis et une récurrence de la tendinite du moyen fessier gauche accompagnée de l'apparition d'une tendinite du côté droit. Selon ce médecin, l'incapacité de travail dans le métier de vendeuse en bijouterie avait débuté en novembre 2012 et elle était totale. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était totale et sans diminution de rendement. Les limitations fonctionnelles étaient l'absence de port de charges de plus de 5 kg, de mouvements répétés du rachis et la nécessité d'un changement de position toutes les 45 minutes.

La chambre de céans constate que le rapport du Dr D_____ repose sur un examen de la recourante et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. Son appréciation est en outre très bien motivée puisqu'il explique notamment l'évolution de l'état de santé de la recourante sur le plan rhumatologique, ainsi que les raisons pour lesquelles il estime que l'incapacité de travail a débuté en novembre 2012. Ses conclusions sont ainsi dûment motivées.

La recourante conteste les conclusions du Dr D_____, faisant valoir que c'est depuis 2009 qu'elle est suivie par le Dr C_____ pour ses lombociatalgies et qu'il a attesté d'une incapacité de travail totale à compter du 7 octobre 2011. Elle fait valoir également que le Dr D_____ n'avait jamais eu à se poser la question de sa capacité de travail lorsqu'elle était en traitement chez lui.

La chambre de céans constate toutefois que le Dr D_____ a dûment expliqué, ce de manière convaincante, que grâce aux infiltrations effectuées, il avait pu à chaque fois améliorer la situation clinique de la recourante, notamment en décembre 2011, et qu'il n'avait pas retenu d'incapacité de travail, celle-ci ne se justifiant qu'à compter de novembre 2012. Cette appréciation claire et circonstanciée, émise par un spécialiste FMH en rhumatologie, doit être préférée à celle du Dr C_____, dont la spécialité ne relève pas de la rhumatologie. Il ne fait par ailleurs pas de doute que si le Dr D_____ avait considéré que l'incapacité de travail durable avait débuté antérieurement au mois de novembre 2012, il l'aurait indiqué dans son rapport du 28 décembre 2012. Au demeurant, force est de constater aussi que le Dr C_____,

dans son rapport du 27 décembre 2013, n'a pas contesté le début de l'incapacité de travail tel que fixé par le Dr D_____.

Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière au rapport du Dr D_____. Au vu des explications détaillées et convaincantes de ce médecin, dont on rappellera au demeurant qu'il est le rhumatologue traitant, il convient de retenir que si la recourante souffre depuis 2009 de lombosciatalgies, ce n'est qu'à compter de novembre 2012 qu'elles ont eu une répercussion sur sa capacité de travail.

Reste encore à examiner si les autres atteintes diagnostiquées ont entraîné une incapacité de travail.

S'agissant de la maladie de Hashimoto (hypothyroïdie substituée), le Dr C_____ l'a également retenue comme étant une atteinte à la santé incapacitante (courrier du 16 février 2012). La chambre de céans relèvera toutefois que les limitations fonctionnelles et l'incapacité de travail que ce médecin mentionne dans ses rapports ne concernent pas cette atteinte, mais uniquement les troubles dorsaux dont souffre la recourante (rapport du 21 décembre 2011, courriers des 16 février 2012 et 10 mai 2013). Les pièces versées au dossier ne permettent ainsi pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la maladie de Hashimoto ait entraîné une incapacité de travail significative et durable.

Enfin, s'agissant des autres diagnostics constatés par le médecin traitant, la chambre de céans constate que de l'avis même de ce dernier, ils ne sont pas incapacitants (courrier du Dr C_____ du 16 février 2012).

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que les pièces versées à la procédure ne permettent pas de retenir que l'incapacité de travail débutée le 8 février 2010 a perduré au-delà du 31 mars 2011, comme le fait valoir la recourante. Il est par contre établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'en raison des lombosciatalgies, une deuxième période d'incapacité de travail totale durable a débuté en novembre 2012.

Ainsi, la mise en œuvre d'une expertise médicale complémentaire, demandée par la recourante, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la demande de la recourante doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a; ATF 122 III 223 consid. 3c; ATF 120 Ib 229 consid. 2; ATF 119 V 344 consid. 3c et la référence).

Par ailleurs, il n'y a pas lieu d'examiner si la participation de la recourante à la mesure proposée par l'OCE - du 24 mai au 7 octobre 2011 - a éventuellement interrompu un délai de carence, puisque cette mesure a eu lieu alors qu'aucun délai de carence n'était en cours. En effet, le premier délai de carence a pris fin le 7 février 2011 et le second délai de carence a débuté en novembre 2012.

La recourante ayant déposé sa demande de prestations en décembre 2011 et l'incapacité de travail durable ayant débuté en novembre 2012, il s'ensuit que la recourante a droit au versement d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2013.

Par conséquent, c'est à tort que l'intimé, dans sa décision litigieuse, a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

9. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la recourante mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} novembre 2013.
10. Représentée par un mandataire, la recourante, qui obtient largement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens [(art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE – E 5 10)].
11. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 20 novembre 2013.
4. Octroie à la recourante une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2013.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 2'000.- à titre de participation à ses dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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