

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4684/2017

ATAS/912/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 octobre 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame Sabine CHOLLET, domiciliée chemin de l'Egalité 3, GY,
comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Jean-Jacques MARTIN

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame Sabine CHOLLET (ci-après : l'assurée), née le 10 mai 1965, a obtenu un diplôme de secrétaire en 1982. Depuis le 1^{er} janvier 1987, elle a travaillé à temps complet pour le Domaine de la Louvière SA (ci-après : la société), société dirigée par sa mère, Madame Madeline CHOLLET, et exploitant une maison de repos. L'assurée y a exercé différentes activités, dont des tâches d'employée polyvalente de 1982 à 1983, de secrétariat de 1983 à 1986, de secrétariat et d'aide comptable de 1987 à 1993 et d'adjointe administrative de 1994 à 2003. Dès 2003, elle a assumé la fonction de directrice de la société et a obtenu, le 15 avril 2006, un certificat de directrice d'établissements médico-sociaux (ci-après : EMS) pour personnes âgées.
2. L'assurée a subi plusieurs interventions chirurgicales au niveau lombaire. Elle a ainsi été opérée en urgence au mois de mai 2000 pour une hernie discale L4-L5 gauche complètement luxée et en octobre 2010 pour une récurrence. Le 7 février 2011, elle a été opérée pour une hernie discale L3-L4 et le 12 février 2011 pour une reprise de ladite hernie. Une intervention pour spondylodèse lombaire de L3 à S1 a été réalisée le 11 novembre 2011, dont l'évolution a été compliquée par une pseudarthrose au niveau de la greffe. Une nouvelle intervention a été réalisée le 8 mars 2012 ayant consisté en une reprise après une spondylodèse L3 à S1, une pseudarthrose L4-L5 et L5-S1 et une nouvelle spondylodèse avec un avivement de tous les massifs articulaires (cf. rapports et protocoles opératoires du docteur Aymen RAMADAN, spécialiste FMH en neurochirurgie, des 8 mars et 7 octobre 2011, 8 mars 2012 et 10 octobre 2016).
3. L'assurée a été en incapacité de travail de 100% du 24 janvier au 20 mars 2011, de 70% du 21 mars au 17 mai 2011, de 50% du 18 mai au 13 juin 2011, de 0% du 13 juin au 21 août 2011, de 50% du 22 août au 9 novembre 2011 et de 100% depuis le 10 novembre 2011 (cf. décomptes de prestations d'Allianz Suisse, assurance-maladie collective).
4. Le 21 juin 2012, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
5. Par rapport du 30 juillet 2012, le Dr RAMADAN a diagnostiqué une instabilité lombaire et une spondylodèse L3 à S1. Le traitement consistait en la prise quotidienne de médicaments et le port d'un corset à la demande, et les limitations fonctionnelles en une raideur lombaire. L'incapacité de travail était totale depuis le 10 novembre 2011 en raison des lombalgies.
6. À partir du 2 août 2012, l'assurée a repris son travail à 50%.
7. Lors d'un entretien du 15 août 2012, l'assurée a déclaré au collaborateur de l'OAI en charge de son dossier qu'elle avait des difficultés à rester assise et à piétiner sur place. Elle avait des douleurs presque en permanence, portait un corset et prenait du Tramal et du Lexotanil. En sa qualité de directrice, elle pouvait se mouvoir à sa guise au cours d'une journée de travail. Elle effectuait des tâches de direction et entretenait des contacts avec les résidents et le personnel.

8. Le 2 janvier 2013, l'assurée a repris son emploi à temps complet.
9. En date du 28 février 2013, le contrat de travail de l'assurée a été résilié pour le 31 mai 2013 suite à la vente de la société, soumise à la condition de libérer le poste de directeur.
10. Par rapport du 21 mai 2013, la doctoresse Sylvie MUNSCH, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a considéré que les incapacités de travail dans l'activité habituelle étaient « justifiées » et qu'il convenait de déterminer l'exigibilité dans une activité adaptée si l'activité habituelle n'était « pas complètement adaptée ». Un descriptif du poste de travail devait être demandé.
11. Le 5 juin 2013, l'assurée s'est inscrite à l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE) et a bénéficié des prestations cantonales en cas de maladie.
12. Le 27 juin 2013, la société a transmis à l'OAI le compte salaire de l'assurée pour les années 2010 à 2013 et l'a renseigné sur la description des tâches qui incombaient à l'assurée. Cette dernière assumait des activités administratives et relationnelles pour lesquelles elle devait souvent être assise (34-66% de son temps de travail, soit jusqu'à 5 heures et demi) souvent marcher (34-66% de son temps de travail, soit jusqu'à 5 heures et demi) et parfois rester debout (6-33% de son temps de travail, soit jusqu'à environ 3 heures et demi). Elle ne devait que rarement (1-5% de son temps de travail, soit jusqu'à environ 30 minutes) soulever ou porter des charges, ce qui lui était interdit. Les exigences intellectuelles étaient grandes.
13. En date du 19 septembre 2013, l'assurée a informé l'OAI que son état de santé s'était récemment aggravé.
14. Dans un avis non daté, numérisé par l'OAI le 2 octobre 2013, la Dresse MUNSCH a considéré que le descriptif du poste de travail était parfaitement adapté à l'état de santé de l'assurée. Toutefois, elle n'avait pas encore reçu le dernier rapport du médecin traitant.
15. Par rapport du 6 novembre 2013, le Dr RAMADAN a signalé à l'OAI une aggravation de l'état de santé de sa patiente, laquelle présentait une pseudarthrose L5-S1 après une spondylodèse. La marche était impossible et l'incapacité de travail totale dans l'activité de directrice d'EMS, une nouvelle intervention devant être organisée.
16. Le 20 novembre 2013, l'assurée a été opérée pour une nouvelle complication avec une pseudarthrose (cf. rapport du Dr RAMADAN du 10 octobre 2016).
17. Le 3 mars 2014, le Dr RAMADAN a indiqué que l'assurée avait eu des complications post-opératoires et que son état de santé était stationnaire depuis la dernière opération. Une reprise du travail n'était en l'état pas envisageable.
18. Par avis du 6 mars 2015, le Dr RAMADAN a retenu que l'évolution avait été marquée par la persistance d'un syndrome vertébral lombaire chronique. Il a fait

état d'un liséré au niveau de la spondylodèse L5-S1 autour de la vis S1 gauche et d'une suspicion de pseudarthrose. L'assurée avait de grandes difficultés à rester en position assise ou debout longtemps. En fonction des douleurs, elle portait un corset et prenait du Dafalgan à la demande.

19. Par avis du 24 octobre 2015, la doctoresse Sladjana FRTUNIC-DESPOTOVIC, médecin auprès du SMR, a indiqué que les atteintes à la santé consistaient en de nombreuses interventions chirurgicales au niveau du rachis et que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Les limitations fonctionnelles comprenaient les positions assise et debout prolongées, la marche en terrain irrégulier, les montées et descentes d'escaliers, la position en porte-à-faux, les mouvements nécessitant la rotation du rachis, le port de charge de plus de 2 kg de manière régulière. Un mandat de réadaptation était préconisé afin d'évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée.
20. Le 12 novembre 2015, le collaborateur de l'OAI chargé de la réadaptation de l'assurée a relevé que le SMR n'avait pas pu déterminer précisément la capacité de travail médico-théorique, de sorte qu'une mesure individuelle et personnalisée de type COPAI était organisée auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), afin, d'évaluer les aptitudes, les compétences et les capacités de performance de l'assurée par rapport à une activité professionnelle.
21. Par communication du 25 février 2016, l'OAI a pris en charge les frais d'une observation professionnelle aux EPI du 23 mai au 19 juin 2016 et a versé à l'assurée des indemnités journalières.
22. Le 19 mai 2016, l'assurée a été opérée en urgence pour une volumineuse hernie discale C5-C6 complètement luxée ayant entraîné un syndrome vertébral cervical important avec une flexion, une extension et une rotation amenant immédiatement une douleur et une parésie dans le membre supérieur gauche. Une prothèse mobile disco-cervicale a été mise en place (cf. résumé opératoire du 19 mai 2016 et rapport du 10 octobre 2016 du Dr RAMADAN).
23. Le 27 mai 2016, l'OAI a annulé et remplacé sa précédente communication et dit que l'évaluation aux EPI serait effectuée ultérieurement.
24. Du 12 septembre au 9 octobre 2016, soit durant 20 jours à temps complet, la recourante a suivi une mesure d'observation aux EPI.

Il ressort du rapport du 2 novembre 2016 y relatif que l'assurée s'était montrée engagée, sérieuse et assidue. Elle n'avait pas été absente et une bonne collaboration avait pu être instaurée afin d'évaluer de façon réaliste ses capacités physiques, cognitives et d'intégration sociale. L'intéressée se déclarait fortement diminuée sur le plan physique après ses neuf interventions neurochirurgicales et fatiguée sur le plan psychologique après une carrière professionnelle exigeante, pendant laquelle elle n'avait jamais eu le temps de penser à elle. Actuellement, sa priorité absolue était de prendre soin d'elle. En décembre 2014, elle avait provisoirement quitté la Suisse pour aller vivre au Canada où sa famille possédait une maison. Sa mère

prenait en charge ses frais et assumait toutes les dépenses liées aux voyages. L'assurée indiquait vouloir travailler, mais redoutait fortement que la reprise d'une activité professionnelle détériore son état de santé. En outre, elle ne voulait pas s'engager et considérait qu'il ne serait pas honnête, vis-à-vis d'un éventuel employeur, de se mettre en arrêt de travail. Elle estimait que sa capacité de travail était nulle car elle devait rester allongée durant 30 à 40 minutes pour récupérer après tout effort, comme se laver les cheveux ou se déplacer au-delà de 100 mètres.

À la suite de l'évaluation, il a été retenu que l'assurée pouvait assumer un emploi dans le secteur tertiaire à 50%, avec une baisse de rendement de 20% dans le circuit économique normal. Au cours des divers entretiens individuels, une amélioration quant au maintien de la position assise avait été observée. En effet, au début de la mesure, l'assurée se levait régulièrement, puis, au fil des quatre semaines, elle avait pu rester assise de manière prolongée et terminer les entretiens sans alterner les positions, grâce à une augmentation de la médication. La position debout ne lui convenait pas du tout et elle cherchait à être toujours en mouvement. Les déplacements au sein de l'atelier étaient rapides avec une légère boiterie, le haut du corps étant raide et figé. L'intéressée pouvait se déplacer de manière répétée. Le fait d'alterner les positions avait démontré qu'elle pouvait travailler sur une matinée entière sans devoir effectuer des pauses antalgiques, hormis la pause matinale de 20 minutes. La position assise statique convenait pour des travaux d'une durée d'une heure sans interruption, mais l'assurée avait tendance à vouloir terminer l'activité en cours et à oublier de ménager son dos. Il lui avait été conseillé à plusieurs reprises d'effectuer des pauses brèves et plus rapprochées. Elle ne pouvait pas travailler assise et penchée en avant et l'inclinaison et la rotation du torse étaient très limitées. La mobilité de la tête était restreinte à des mouvements de peu d'amplitude et celle des bras réduite, l'intéressée ne pouvant pas les maintenir en élévation au-dessus de l'horizontale. Seule une position de travail avec les bras proches du corps, voire avec les avant-bras reposant sur une table, était possible et maintenue durablement. La mobilité des mains était correcte et l'assurée possédait une bonne coordination manuelle pour les activités de motricité fine, ainsi que pour la saisie informatique. Ses capacités physiques étaient ainsi partiellement compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal, puisqu'elle pouvait travailler en position assise durant 4 heures, le matin. Ses capacités d'adaptation et d'apprentissage étaient compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal, mais uniquement à temps partiel car une nette baisse de rythme avait été observée au fur et à mesure de la journée, et le rendement diminuait clairement l'après-midi. L'assurée était dotée d'un esprit logique et structuré, d'une bonne capacité d'analyse et saisissait sans difficulté les consignes. De plus, elle maîtrisait très bien le français, tant à l'oral qu'à l'écrit. Ses capacités d'intégration sociale étaient compatibles avec un emploi dans le circuit économique normal, étant relevé qu'elle respectait parfaitement le cadre et les personnes avec lesquelles elle était amenée à collaborer. Elle disposait d'excellentes compétences interpersonnelles. Les activités de type bureaucratique avaient été réalisées avec un rythme soutenu,

mais en-deçà des critères du premier marché de l'emploi, avec un rendement de l'ordre de 80%. Dans toutes les activités qui avaient été proposées à l'assurée, le temps de réaction et de démarrage avait été correct. La qualité de l'attention avait diminué dès le début de l'après-midi et les pauses étaient alors plus fréquentes en raison des douleurs, ce qui perturbait le travail. Le manque de continuité avait engendré des erreurs dans des exercices qui étaient largement à sa portée.

Suite à la mesure COPAI, l'OAI avait proposé à l'assurée de suivre un stage dans le domaine ciblé, à savoir dans le tertiaire (bureaucratique, administration,...) afin d'évaluer si une augmentation de ses rendements était envisageable. Cependant, ce projet ne l'avait pas motivée car elle craignait que sa santé ne se détériore en entreprenant une reprise du travail. Elle était persuadée qu'elle ne réussirait pas à gérer son effort, irait jusqu'au bout de ses forces et passerait ensuite la deuxième partie de journée allongée pour récupérer. De plus, elle avait dû augmenter la prise de médicaments durant la mesure, alors qu'auparavant le fait de s'allonger de suite après un effort lui avait permis d'éviter la prise d'antidouleurs.

25. Dans un rapport du 10 octobre 2016, le Dr RAMADAN a indiqué avoir revu le jour même l'assurée, qu'il connaissait depuis le mois de mai 2000. Elle mentionnait encore quelques plaintes au niveau cervical, mais l'évolution était plutôt favorable. Le problème lombaire demeurait assez important puisqu'on s'acheminait maintenant depuis des années vers un syndrome vertébral lombaire chronique, ce qui impliquait que l'assurée ne pouvait pas garder une position longtemps, qu'elle soit assise, debout ou même couchée. Suivant les positions, elle était réveillée la nuit. Durant son stage aux EPI, elle avait dû reprendre des anti-inflammatoires et des antalgiques de type Tramal pour « tenir le coup ». Au status clinique, il y avait des raideurs segmentaires au niveau de la colonne lombaire assez importantes avec néanmoins une absence de déficit neurologique. L'instabilité lombaire persistait. En l'état, il ne pensait pas que l'assurée soit susceptible de pouvoir assumer un travail à 50%.
26. Par rapport du 22 octobre 2016, le docteur Jacques LEDERREY, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-consultant aux EPI, a retenu que les résultats de la dernière intervention étaient favorables sur le plan fonctionnel, mais que l'assurée, polyalgique, était incapable de se déplacer ou de travailler régulièrement sans la prise de nombreux médicaments antalgiques qu'elle n'appréciait pas et qu'elle rendait responsable de sa grande fatigabilité et de ses difficultés de concentration. La situation clinique était actuellement tout juste équilibrée, mais l'assurée demeurait très fragile et toute activité un peu trop exigeante physiquement était susceptible de provoquer des douleurs ou des symptômes neurologiques qu'elle anticipait et redoutait. Le stage avait démontré qu'elle possédait de nombreuses qualités relationnelles et des possibilités de travail dans le secteur bureaucratique. Toutefois, elle n'avait plus la résistance suffisante pour avoir des rendements complets, même à temps partiel. Ses nombreuses difficultés physiques, sa fatigue et sa baisse d'énergie lui faisaient craindre toute reprise d'activité dont elle était sûre

qu'elle serait néfaste pour sa santé et entraînerait de nouvelles complications. Cet aspect psychologique, ajouté à un handicap objectif, rendait toute reprise d'activité très irréaliste, même s'il existait sans doute une capacité résiduelle partielle, comme l'avait montré le passage au COPAI. Dans ce contexte, le pronostic professionnel paraissait pauvre, d'autant plus qu'il n'y avait pas de moyen de faire disparaître le handicap résiduel actuel.

27. Dans un avis du 23 novembre 2016, le docteur Antoni JUAN-TORRES, médecin au SMR, a indiqué que les limitations fonctionnelles comprenaient la position assise et debout prolongée, la marche sur terrain irrégulier, la montée et descente des escaliers, la position en porte-à-faux et le port de chargé limité à 2 kg, conformément aux indications contenues dans le rapport du Dr RAMADAN du « 19.09.2013 ». Il a conclu que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50% dans le milieu tertiaire, soit dans une activité de type administratif, avec une baisse de rendement en phase initiale, mais qui pourrait être éliminée dès que l'assurée aurait repris un rythme, une confiance en elle et un sens dans son activité professionnelle, ce qui consistait en des éléments subjectifs n'attestant pas une baisse de rendement concrète.
28. Le 7 décembre 2016, le Dr JUAN-TORRES a complété son rapport final du 23 novembre 2016 et précisé que l'activité habituelle de l'assurée était adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.
29. Dans leur rapport final COPAI enregistré par l'OAI le 23 janvier 2017, le responsable de groupe réadaptation et le conseiller en réadaptation professionnelle ont relevé que l'activité adaptée identifiée correspondait en tout point à l'activité habituelle. Une capacité de travail de 50% était retenue dans le milieu tertiaire, comprenant une baisse de rendement en phase initiale, laquelle pourrait toutefois être éliminée comme exposé par le Dr JUAN-TORRES. Ainsi, l'octroi d'une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 50% était proposé, étant relevé que la perte de gain se confondait avec l'incapacité de travail.
30. Par décision du 25 octobre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 30 janvier 2017 et accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} au 31 décembre 2012 et dès le 1^{er} septembre 2013. Il a rappelé que l'assurée avait été en incapacité de travail à 50% du 2 août au 31 décembre 2012 et qu'elle avait pu reprendre son activité habituelle à plein temps dès le 1^{er} janvier 2013. Le versement des prestations prenait naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, de sorte que l'assurée avait droit à une demi-rente à partir du 1^{er} décembre 2012, compte tenu de son degré d'invalidité de 50%. Dès le mois de septembre 2013, son état de santé s'était aggravé, entraînant une nouvelle période d'incapacité de travail en raison de la même atteinte. Suite à l'évaluation aux EPI, une capacité de travail de 50% était retenue dans toute activité et ouvrait donc le droit à une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2013, sans nouveau délai d'attente. Enfin, des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées.

31. Par acte du 24 novembre 2017, l'assurée, par l'intermédiaire d'un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce qu'une rente d'invalidité correspondant à une incapacité de travail de 100% lui soit attribuée. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire. La recourante a contesté les conclusions du COPAI selon lesquelles elle présenterait une capacité de travail de 50% dans le milieu tertiaire, à savoir dans des activités de type bureaucratique, administratif ou de secrétariat, avec un rendement escompté de 80%. Elle a relevé que ses limitations fonctionnelles, décrites de façon complète et précise dans le rapport du COPAI, étaient accablantes puisqu'elle ne pouvait ni rester debout de façon maintenue, ni effectuer une gestuelle ample avec les bras au-dessus de l'horizontale, ni pencher sa tête ou son buste trop en avant, ni faire de rotation du buste et de la tête. L'intimé aurait dû préciser quelle activité exactement était adaptée à ses problèmes de santé, et la simple référence d'un certain type de branche dans le milieu tertiaire était bien trop vague. Par ailleurs, tout métier de bureaucratique ou de secrétariat exigeait du travailleur qu'il se déplace à tout moment, notamment pour répondre au téléphone, déplacer des fichiers, chercher des documents à imprimer ou encore faire du rangement. Aucune profession ne requérait du travailleur qu'il reste simplement assis, le dos droit durant 4 heures d'affilée, se contentant de faire des mouvements de très peu d'amplitude avec ses mains. Si une telle profession existait, il appartenait à l'intimé d'indiquer concrètement les possibilités de travail qui s'offraient à elle. En réalité, il apparaissait qu'aucune activité professionnelle ne soit réellement adaptée à ses nombreuses et restrictives limitations fonctionnelles. Il ressortait également du rapport du COPAI qu'elle était parvenue à suivre le rythme et à exécuter correctement les tâches confiées, principalement grâce à l'augmentation du traitement afin d'atténuer les douleurs persistantes durant le suivi du stage. Ainsi, mêmes les activités prétendument adaptées à ses limitations fonctionnelles lui avaient causé des douleurs telles que seule l'augmentation de sa médication lui permettait d'en supporter la charge. Or, l'intimé ne pouvait exiger d'elle qu'elle risque de péjorer davantage sa santé en exigeant qu'elle travaille dans une activité de toute évidence inadaptée. Faute de donner un exemple concret d'une profession adaptée et de démontrer qu'une telle profession existe réellement, l'instruction du dossier était lacunaire. S'agissant du taux d'invalidité, l'intimé ne pouvait pas procéder à une comparaison des revenus puisqu'aucun revenu avec invalidité n'avait été retenu. L'analyse économique de l'octroi de la rente d'invalidité faisait intégralement défaut. De plus, même en retenant que l'intimé avait démontré quelles étaient les activités adaptées aux limitations, il ne retenait pas de salaire afférant auxdites activités. Il ne se référait à aucune donnée statistique pour déterminer un éventuel nouveau salaire, ni même à une moyenne générale. Sans procéder à la moindre analyse du taux d'invalidité, l'intimé avait conclu à tort que la perte de gain se confondait avec l'incapacité de travail.

32. Dans sa réponse du 2 janvier 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a maintenu que la recourante présentait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, ainsi que dans toute activité adaptée dans le milieu tertiaire. Compte tenu de l'incapacité de travail de 50% dans toute activité lucrative, l'invalidité pouvait être fixée à 50%.
33. Par réplique du 2 février 2018, la recourante a intégralement persisté, maintenant que les conclusions du COPAI et de l'intimé ne tenaient manifestement pas compte de ses limitations fonctionnelles et des handicaps qui en découlaient, et que l'intimé aurait dû préciser le type de profession qu'elle pouvait encore pratiquer, à raison de 50% avec un rendement de 80%, et ce en dépit de ses nombreuses et restrictives limitations fonctionnelles. Elle a fait valoir qu'elle ne disposait désormais d'aucune capacité de travail résiduelle, au risque de péjorer sa santé déjà précaire. S'agissant du degré d'invalidité, l'intimé ne se référait ni au dernier salaire réalisé ni aux données statistiques, se contentant de fixer arbitrairement le montant de CHF 1'175.- pour une demi-rente ordinaire, sans procéder à un calcul de comparaison des revenus. L'intimé ne pouvait décemment conclure que le degré d'invalidité se confondait avec l'incapacité de travail, faute de les avoir déterminés.
34. Dans sa duplique du 27 février 2018, l'intimé a également maintenu ses conclusions. Il a rappelé que la recourante disposait d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, mais également dans toute activité du milieu tertiaire, de type administratif, de sorte qu'il n'était pas nécessaire de déterminer plus précisément quelles professions elle serait capable d'exercer. Dès lors qu'elle était en mesure de reprendre l'activité qui était la sienne avant l'atteinte à la santé, il n'y avait pas lieu de chiffrer avec exactitude les revenus avant et après l'invalidité, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail.
35. Copie de cette écriture a été communiquée à la recourante.
36. Sur ce, 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante à partir du 1^{er} septembre 2013, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique 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).
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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

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

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

8. 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 U58/01 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).
9. 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).

10. En l'espèce, l'intimé a retenu, dans sa décision litigieuse du 25 octobre 2017, que la recourante disposait d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle depuis le mois de septembre 2013. Il s'est fondé sur la détermination du SMR, elle-même basée sur le rapport des EPI du 2 novembre 2016.

La recourante quant à elle conteste disposer d'une quelconque capacité de travail résiduelle en raison de ses nombreuses limitations fonctionnelles, et ce dans tout domaine d'activité.

11. a. La chambre de céans souligne en premier lieu que les conclusions du rapport des EPI reposent sur la mesure d'observation qui s'est déroulée du 12 septembre au 9 octobre 2016. Elles ne sauraient donc rétroagir au début de la période d'incapacité de travail de la recourante.

b. Si les pièces produites dans le cadre de la présente procédure ne permettent pas de se déterminer sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante entre le 19 septembre 2013, date à laquelle l'intéressée a signalé une aggravation de son état de santé, et le 12 septembre 2016, elles établissent en revanche clairement que la recourante a présenté plusieurs périodes d'incapacité totale de travail.

Ainsi, le Dr RAMADAN a indiqué le 6 novembre 2013 que la capacité de travail de sa patiente était nulle. La recourante a été opérée le 20 novembre 2013 et les suites opératoires ont été marquées par des complications. Le 3 mars 2014, le neurochirurgien a affirmé qu'une reprise du travail n'était en l'état pas possible et la recourante a derechef subi une intervention le 19 mai 2016.

c. Pour ce motif déjà, la décision entreprise doit être annulée.

12. a. La chambre de céans relève ensuite que, dans ses avis des 23 novembre et 7 décembre 2016, le Dr JUAN-TORRES s'est limité à reprendre les conclusions des EPI, sans faire la moindre référence aux rapports subséquents des Drs RAMADAN et LEDERREY.

Faute de prendre en considération tous les renseignements médicaux versés au dossier, l'appréciation du Dr JUAN-TORRES est dénuée de toute valeur probante.

En outre, il sied de constater que les limitations fonctionnelles énumérées dans le rapport du 23 novembre 2016 ne correspondent pas à celles retenues par les EPI, sans que l'on sache si le Dr JUAN-TORRES a entendu s'en écarter délibérément. De plus, le SMR a mentionné un certain nombre de restrictions dans cet avis, en se référant au rapport Dr RAMADAN du « 19.09.2013 ». Outre le fait que le dossier

ne comporte pas un tel document, il appert que le SMR n'a manifestement pas tenu compte de l'aggravation de l'état de santé de la recourante, laquelle a dû être opérée en novembre 2013 et en mai 2016.

b. Il est encore observé que les médecins du SMR ont émis des opinions divergentes quant à la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle. En effet, la Dresse MUNSCH a conclu en octobre 2013 que la fonction de directrice d'EMS était parfaitement adaptée à l'état de santé de la recourante. Par la suite, la Dresse FRTUNIC-DESPOTOVIC a mentionné en octobre 2015 que ladite capacité de travail était nulle, sans autre motivation, et le Dr JUAN-TORRES a complété son rapport final le 7 décembre 2016 en précisant simplement que l'activité exercée par la recourante était adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Or, comme exposé ci-dessus, les restrictions retenues par le Dr JUAN-TORRES sont critiquables et ne prennent pas en considération l'aggravation de l'état de santé de la recourante. Il en va évidemment de même des avis des Dresses MUNSCH et FRTUNIC-DESPOTOVIC puisque la recourante a été opérée en novembre 2013 et en mai 2016.

13. a. En ce qui concerne le stage d'observation, les évaluateurs des EPI ont considéré que la mesure avait permis de conclure à l'existence d'une capacité de travail résiduelle dans le secteur tertiaire à un taux d'activité de 50%, avec une baisse de rendement de 20%, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Ils ont ainsi estimé que la recourante était capable de travailler une matinée entière, durant 4 heures, en alternant les positions, avec un rendement escompté de 80%.

b. Le taux de la capacité de travail retenu par les EPI est clairement remis en cause par le Dr RAMADAN, consulté par la recourante à l'issue de la mesure d'observation, lequel a indiqué dans son rapport du 10 octobre 2016 qu'il ne pensait pas que sa patiente soit susceptible de pouvoir assumer un travail à 50%. Il a notamment relevé qu'en raison d'un syndrome vertébral lombaire chronique et d'une instabilité lombaire persistante, la recourante ne pouvait tenir aucune position de façon prolongée. Il a en outre confirmé que sa patiente avait dû reprendre des anti-inflammatoires et des antalgiques pour « tenir le coup » et achever le stage.

L'appréciation des EPI est également mise à mal par les conclusions du rapport du 22 octobre 2016 du Dr LEDERREY, duquel il ressort que toute reprise d'activité est très irréaliste et que le pronostic professionnel paraît pauvre, d'autant plus qu'il n'y a pas de moyen de faire disparaître le handicap résiduel actuel.

c. On relèvera à toutes fins utiles que les conclusions des EPI s'agissant de la baisse de rendement n'ont pas été suivies par le SMR, et partant par l'intimé, sans justification valable. En effet, il a été constaté que les activités de type bureaucratique avaient été réalisées avec un rythme soutenu, mais en-deçà des critères du premier marché de l'emploi, avec un rendement de l'ordre de 80%. Dans le même sens, le Dr LEDERREY a estimé que les rendements de la recourante étaient diminués en raison d'un manque de résistance suffisante. Or, dans son avis

du 23 novembre 2016, le Dr JUAN-TORRES a conclu que la diminution de rendement n'était que provisoire et pourrait être éliminée dès que la recourante aurait repris un rythme, une confiance en elle et un sens dans son activité professionnelle. Ces conclusions n'ont toutefois pas pu être confirmées à l'issue de la mesure COPAI, la recourante n'ayant pas donné suite à la proposition de l'intimé d'effectuer un stage destiné à évaluer si une augmentation des rendements pouvait être envisagée. Étant rappelé que le Dr RAMADAN a considéré que sa patiente n'était pas en mesure de travailler, même à temps partiel, on ne saurait en l'état reprocher à la recourante de ne pas avoir réalisé ledit stage. L'intimé ne pouvait donc pas non plus refuser de prendre en considération la baisse de rendement.

14. Force est donc de constater que le dossier de l'intimé ne contient aucun document probant permettant de se déterminer sur le taux de la capacité de travail de la recourante depuis qu'elle a annoncé une aggravation de son état de santé au mois de septembre 2013, ainsi que l'évolution de la capacité de travail, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée.

L'intimé s'est contenté de rapports succincts et parfois contradictoires du SMR, dépourvus de toute motivation et rendus sur la base d'un dossier incomplet. Ces documents ne disposent pas d'une valeur probante suffisante.

Il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimé afin qu'il ordonne une instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès d'un spécialiste en neurochirurgie.

15. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision motivée.
16. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPG).

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

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 25 octobre 2017.
4. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à titre de 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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