

GE_GERICHTE ATAS/363/2020 vom 12. Mai 2020

GE Cour de justice, 2020-05-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_363_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/363/2020 du 12 mai 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/363/2020 del 12 maggio 2020

Erwägungen

E. 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), 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.

E. 2

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 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).

E. 3

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé est fondé à allouer à la recourante un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1er janvier 2019, alors que, par la même décision querellée, elle s'est vue octroyer une rente entière pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2018. À cet égard, il est incontesté et incontestable que depuis le prononcé le 1er novembre 2016 de l'ATAS/876/2016 précité, suivi, pour les seules questions d'application de celui-ci qu'étaient le dies a quo et le montant du quart de rente AI, du prononcé le 5 mai 2017 de la décision de l'intimé lui reconnaissant le droit à un quart de rente fondé sur un taux d'invalidité de 47 %, et au 2 janvier 2018 à tout le moins, date du dépôt de la demande de révision, l'invalidité de l'assurée s'est modifiée de manière à influencer ses droits, au sens de l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201). N'est pas non plus litigieuse la reconnaissance du droit à une rente entière pour toute l'année 2018 sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %.

A/4540/2019 - 19/30 - Concrètement, le litige concerne l'existence d'une amélioration subséquente de l'état de santé de la recourante, avec une incapacité de travail de 50 % - au lieu de 100 % - dans une activité adaptée depuis le 21 septembre 2018 et un degré d'invalidité de 62 %, avec effet au 1er janvier 2019.

E. 4

Lorsque, dans le cadre de l'application de l'art. 87 al. 2 RAI, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, qui repose sur un examen matériel du

droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_754/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.1). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 ; 117 V 198 consid. 4b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références).

E. 5

a. Aux termes des 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, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Conformément à 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur dès le 1er janvier 2008). À teneur de l'art. 6 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.

A/4540/2019 - 20/30 - b. 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). c. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'AI, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b ; 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

E. 6

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'al. 2 de cette disposition légale prescrit que 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. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

E. 7

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 ; 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).

A/4540/2019 - 21/30 - b. 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 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). c. 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). d. 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, 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. Étant 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

A/4540/2019 - 22/30 - l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Cette jurisprudence applicable aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social vaut notamment pour les rapports d'examen clinique – ou expertises – au sens de l'art. 49 al. 2 RAI établis par le SMR (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2017 du 19 avril 2018 et les arrêts cités), les médecins du SMR étant indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce (art. 59 al. 2bis in fine LAI) et devant en outre disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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 ; 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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou

plusieurs

A/4540/2019 - 23/30 - 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). e. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). En revanche, 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 b ; 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 de l'ancienne Constitution fédérale étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

E. 8

a. En l'espèce, une affection psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante n'est ni invoquée par celle-ci, ni retenue par un médecin, et ne ressort pas non plus du dossier. Un état dépressif et une aggravation de celui-ci dans le cadre de la demande de révision ne sont mentionnés que dans le rapport du Dr G_____ du 26 février 2018, voire dans l'écriture de l'assurée du 2 juillet 2018, mais ne sont pas repris par la suite en tant qu'éventuelle cause d'incapacité de

A/4540/2019 - 24/30 - travail, y compris par ce médecin, ce même si une fragilité psychique décompensée par les douleurs et le handicap est évoquée par le Dr L_____. Partant, seules entrent en ligne de compte les atteintes à la santé de nature somatique. b. Le rapport d'examen clinique rhumatologique établi par le Dr Y_____ contient une étude fouillée concernant les points litigieux importants, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées, a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), décrit les interférences médicales de manière claire et enfin énonce des

conclusions bien motivées. En outre, ce médecin, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, dispose des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas. Enfin, quand bien même il est, en tant qu'appartenant au SMR, un employé d'un organe de l'AI, aucun élément ne permet de douter de son objectivité (dans ce sens aussi ATAS/876/2016 précité consid. 6). Ledit rapport satisfait dès lors aux exigences jurisprudentielles permettant de reconnaître valeur probante à un rapport médical et en particulier à un rapport d'expertise. La recourante ne le conteste du reste pas. c. Ledit expert pose les diagnostics suivants, avec répercussion durable sur la capacité de travail : douleurs et limitations fonctionnelles de la hanche gauche dans le cadre d'un status après mise en place d'une PTH et d'un status après luxation de la prothèse, remise en place (M16 ; diagnostic principal), rachialgies diffuses avec surtout des lombocruralgies dans le cadre de troubles statiques très importants du rachis lombaire et de troubles dégénératifs importants du rachis cervical et lombaire (M54), de même que gonarthrose bilatérale à prédominance fémoro-tibiale, avec status après ostéotomie de valgisation (M17 ; diagnostics associés). À ces diagnostics correspondent en substance ceux posés par les médecins qui ont suivi l'assurée, notamment le Pr V_____ et les Drs L_____, H_____, D_____ et G_____. Ainsi, de façon incontestée, sont importants et incapacitants les douleurs et troubles de nature orthopédique et / ou rhumatologique et portant sur la hanche gauche (status après luxation de la PTH, ce en lien avec un foyer d'ostéonécrose dans la tête du fémur gauche selon le rapport du Dr D_____ du 21 février 2018), le rachis (cruralgies et scoliose) et les deux genoux (arthrose). En revanche, aucun caractère invalidant n'est énoncé concernant la présence diffuse des douleurs à la mobilité de la hanche droite mentionnée dans le rapport du Dr H_____ du 3 avril 2019. Selon l'expert Y_____, les limitations fonctionnelles de l'assurée sont, notamment pour 2019, les suivantes : pour le rachis, nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, ainsi qu'évitement de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, de travail en porte-à-faux

A/4540/2019 - 25/30 - statique prolongé du tronc, d'exposition à des vibrations, de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, de rotation rapide de la tête, de position prolongée en flexion ou extension, des activités avec les bras au-dessus de l'horizontale ; pour les membres inférieurs, évitement de genuflexion répétée, de franchissement d'escabeau ou échelle, de franchissement régulier d'escaliers, de marche en terrain irrégulier, de position debout ou de marche de plus de quinze minutes, de travail en hauteur. D'autres limitations fonctionnelles ne sont pas indiquées par des médecins qui ont suivi l'assurée. L'impossibilité de faire des flexions des membres inférieurs mentionnée par le Dr D_____ dans le questionnaire complété le 2 mai 2018 ne constitue pas une réelle différence par rapport à l'évitement de genuflexion répétée, de franchissement d'escabeau ou échelle, ainsi que de franchissement régulier d'escaliers, étant en outre relevé que cet avis date du premier semestre 2018, année pour laquelle une incapacité totale de travail est retenue par l'expert. En définitive, les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenus par le Dr Y_____ sont incontestés et incontestables. d. En grande partie à l'instar de ce qui a déjà été constaté dans le cadre de la précédente procédure de recours (ATAS/876/2016 précité consid. 6c), les médecins traitants de la recourante, à savoir les Drs D_____ et G_____, de l'avis desquels elle se prévaut, ont pour l'essentiel émis une appréciation divergente de celle de l'expert quant à la répercussion des atteintes à la santé diagnostiquées sur la capacité de travail dans une activité adaptée et fait état d'une incapacité totale de travail, sans motiver leur avis de manière suffisamment circonstanciée et précise. Le Dr

H_____ ne s'est quant à lui pas prononcé au sujet d'une incapacité de travail. Contrairement à ce qu'a indiqué le Dr D_____ dans son rapport du 28 mars 2019, le Dr L_____ n'a, dans son rapport du 13 septembre 2018, pas attesté une impossibilité de reprise de travail, mais a tout au plus évoqué des limitations fonctionnelles, lesquelles ne vont pas au-delà de celles retenues par l'expert. Concrètement, les divergences entre, d'une part, les appréciations des Drs D_____ et G_____ relatives à l'incapacité de travail dès le 1er janvier 2019, de 100 % selon eux, et, d'autre part, l'appréciation de l'expert Y_____, retenant 50%, se rapportent pour l'essentiel à l'état – ou status – du genou droit après l'ostéotomie de valgisation ainsi qu'à l'état de la hanche gauche et sa PTH. En effet, d'une part, la recourante a, le 1er février 2017, bénéficié d'une ostéotomie de valgisation de son genou droit. D'après le rapport du Dr H_____ du 3 avril 2019, cette opération a amplifié le valgus déjà préexistant, modifié la pente tibiale et rendu la situation depuis plus d'une année « quasi impossible », ce par quoi il entend concrètement d'importantes douleurs, un épanchement intra-articulaire et une forte limitation à la marche. D'autre part, l'assurée a, le 21 mars 2018, reçu la pose d'une PTH à la hanche gauche, qui a fait ensuite l'objet d'une luxation, opérée le 1er septembre 2018 en urgence par le Dr AA_____. Néanmoins, à teneur du

A/4540/2019 - 26/30 - rapport du Dr G_____ du 28 mars 2019, la situation de la hanche gauche n'était à cette date pas consolidée et, depuis la luxation de cette dernière, il persistait des douleurs et une « impotence fractionnelle » qui restreignait considérablement son activité, et, selon le rapport du Dr D_____ du 8 avril 2019, la patiente se plaignait toujours de coxalgies gauches malgré la pose de la PTH. Dans son rapport d'expertise, le Dr Y_____ a tenu compte des complications faisant suite aux deux opérations, du 1er février 2017 (ostéotomie au genou droit) et du 21 mars 2018 (pose de PTH de la hanche gauche), et engendrant des douleurs et problèmes handicapants supplémentaires par rapport à une situation sans ces interventions, pour retenir une incapacité de travail de 100 % entre mars 2017 et le 21 septembre 2018 (six mois après la pose de la PTH le 21 mars 2018). À la lecture de son rapport, il semble que l'expert n'avait pas connaissance de l'opération à ladite PTH le 1er septembre 2018, le rapport du 25 octobre 2018 du Dr AA_____ n'ayant été produit par l'assurée qu'au printemps 2019 ; cela ne porte toutefois pas à conséquence, dans la mesure où cette opération apparaît avoir mis fin à la luxation et aux douleurs et troubles médicaux résultant uniquement de cette dernière. C'est en considérant, à tout le moins implicitement, que le status après l'ostéotomie au genou droit et surtout après la pose de la PTH à la hanche gauche s'était dans une certaine mesure stabilisé et amélioré à partir du 21 septembre 2018 que l'expert Y_____ a retenu dès cette date une incapacité de travail réduite à 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées. Aucun élément probant ne permet de remettre en cause cette appréciation, qui repose sur un examen clinique et sur des fondements cohérents et n'est du reste pas infirmée par les avis du Dr G_____ du 28 mars 2019 et du Dr D_____ du 8 avril 2019 étant donné qu'une incapacité de travail de 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles est retenue par l'expert. Au demeurant, s'il est vrai que la réduction de moitié de l'incapacité de travail à compter du 1er janvier 2019 n'est pas négligeable, il n'en demeure pas moins que celle-ci est accompagnée de nombreuses et importantes limitations fonctionnelles. Celles relatives à l'évitement de la gène flexion répétée, du franchissement d'escabeau ou échelle, du franchissement régulier d'escaliers, de la marche en terrain irrégulier, de la position debout ou de marche de plus de quinze minutes ainsi que du travail en hauteur, ajoutées au taux de 50 % d'incapacité de travail, tiennent compte, en particulier, des restrictions considérables

d'activité dues au problème à la hanche et énoncées par le Pr V _____ et les Drs G _____ et D _____, de même que des sévères douleurs et troubles aux deux genoux, tels que notamment relevés par le Dr H _____. Du reste, de l'avis de ce dernier, l'état général de l'intéressée est conservé. Ne ressortent pour le reste pas du dossier, notamment des avis médicaux, des constatations contredisant l'appréciation contestée de l'expert Y _____. À tout le moins en 2018 et 2019, même si elle avait besoin de l'aide de son mari, voire de ses enfants, pour les tâches ménagères, la recourante était, en mesure, malgré ses limitations, de préparer les repas et de

A/4540/2019 - 27/30 - promener son chien en le mettant sur un chariot pendant vingt minutes deux fois par jour en présence de son époux. Il est au surplus relevé que l'appréciation du Dr D _____ énoncée les 5 mai 2017, 21 février 2018 et 8 avril 2019 quant à une incapacité totale de travail y compris après le 1er janvier 2019 repose en partie sur le fait que non seulement les nombreuses pathologies orthopédiques dont sa patiente souffrait ont impliqué des interventions chirurgicales lourdes, mais aussi et surtout qu'elles allaient en impliquer de multiples autres « avec leur cortège de périodes de convalescence pour chacune », sans certitude d'amélioration de son état de santé, de sorte qu'elle aurait un droit légitime à une rente complète. Or, si, comme exposé ci-dessus, les opérations chirurgicales au genou droit et à la hanche gauche ont bien justifié une incapacité de travail de 100 % en 2018, d'éventuelles futures autres opérations ne sauraient entrer en considération. En effet, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1), les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Cette considération vaut aussi pour une éventuelle aggravation future d'atteintes à la santé déjà considérées comme incapacitantes et pour l'éventuelle apparition à l'avenir d'un caractère invalidant d'autres pathologies, des problèmes pneumologiques ou respiratoires et une périarthrite scapulo-humérale ayant notamment été évoqués par des médecins mais sans indication quant à des effets éventuellement invalidants. À cet égard, l'expert a pris en compte une telle hypothèse, en proposant une révision de la situation dans cinq ans. e. Vu ce qui précède, au plan médical, l'appréciation de l'expert Y _____, du SMR et de l'OAI selon laquelle la recourante a, depuis le 1er janvier 2019, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est conforme au droit.

E. 9

Chez les assurés actifs, et conformément aux art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI, 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. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 ; 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF

A/4540/2019 - 28/30 - 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2).

E. 10

Dans le cas présent, la recourante ne conteste pas les calculs effectués par l'intimé concernant les revenus avec et sans invalidité ainsi que leur comparaison donnant le degré d'invalidité. Néanmoins, dans son document « détermination du degré d'invalidité » du 17 janvier 2019, dans ses projets d'acceptation de rente puis dans sa décision querellée, l'OAI a procédé à la comparaison des revenus sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF 54'595.- (2009) en indiquant qu'il aurait été retenu par la chambre des assurances sociales dans l'ATAS/876/2016 précité, réactualisé selon ISS pour 2017 et se montant dès lors à CHF 58'168.-. Or, ce revenu correspond en réalité au seul salaire de l'assurée en tant qu'aide-soignante pour le taux de 80 % à l'EMS Le Prieuré, sans inclure le salaire perçu en tant que concierge, pourtant pris en compte dans la note de travail du 6 janvier 2016, le projet de décision de refus de rente du 15 janvier 2016 et la décision de l'intimé du 23 février 2016, de même que l'ATAS/876/2016 précité. Il s'agit d'une inadvertance manifeste. Il ressort en effet clairement de cet arrêt comme du reste également de la « note statut » de l'OAI du 19 février 2019, et sans qu'un éventuel changement de circonstances ne justifie une modification, qu'il faut ajouter le revenu de conciergerie de CHF 25'036.- correspondant à un 20 %, ce qui donnait un revenu annuel total de CHF 79'631.- en 2009. Pour le reste, l'année de référence 2017 prise en compte par l'intimé n'est pas contraire au droit (à ce sujet ATF 129 V 222 ; 128 V 174), et le calcul par l'OAI du revenu avec invalidité, de CHF 21'913.- (au sujet des bases de calculs selon l'ESS, notamment ATF 142 V 178 consid. 2.5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1), ne prête pas flanc à la critique. Ainsi, de la comparaison entre le revenu sans invalidité de CHF 79'631.- et celui avec invalidité de CHF 21'913.- résulte une différence (ou perte de gain) de CHF 57'718.- et donc un degré d'invalidité de 72,48 %, arrondi à 72 %. Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, ce taux d'invalidité est suffisant pour donner à la recourante, dès le 1er janvier 2019, le droit à une rente entière. Il n'est donc pas nécessaire d'indexer le salaire sans invalidité de CHF 79'631.- depuis 2009, pour atteindre un montant supérieur, ni d'examiner la possibilité d'un éventuel abattement – déduction dépendant de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (à ce sujet ATF 132 V 393 consid. 3.3 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc) – de 25 % au lieu de 20 %.

A/4540/2019 - 29/30 -

E. 11

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, et la décision du 7 novembre 2019 sera annulée et réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière également dès le 1er janvier 2019.

E. 12

La recourante obtenant gain de cause et étant assistée d'un conseil, elle a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA). Un émolument de CHF 400.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI). *****

A/4540/2019 - 30/30 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.