

GE_GERICHTE A/4540/2019 vom 12. Mai 2020

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4540_2019

FR: GE_GERICHTE A/4540/2019 du 12 mai 2020

IT: GE_GERICHTE A/4540/2019 del 12 maggio 2020

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée _____, CHÊNE-BOUGERIES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marco ROSSI recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née le _____ 1962 en Colombie, de nationalité colombienne, mère de jumeaux nés en 1990 (en plus d'un aîné né en 1975, resté en Colombie), a épousé le 11 avril 1996 Monsieur B_____, dont elle a divorcé le 27 janvier 2009. Elle s'est mariée à nouveau, le 6 juin 2009, avec Monsieur C_____. Elle est installée en Suisse, dans le canton de Genève, depuis 1996. 2. En Suisse, l'assurée a travaillé d'abord comme serveuse, puis aide-cuisinière, avant d'accéder, en 2001, à un poste d'aide-soignante dans un établissement médico-social (ci-après : EMS) et, à compter du 1 er janvier 2002, dans un autre EMS, AC_____, au taux de 80 %. En plus de son activité d'aide-soignante, elle s'est occupée - de fait avec l'aide de son mari et de ses fils - de la conciergerie de l'immeuble dans lequel vivait la famille, au bénéfice d'un contrat de travail du 15 avril 1998 permettant à celle-ci d'occuper un logement au loyer bon marché. 3. Depuis le 23 juin 2008, l'assurée a été en incapacité totale de travailler, après l'avoir été, dès le printemps 2008, d'abord pour un mois puis pour une dizaine de jours, en raison de douleurs dorsales et d'une dépression après la perte, au printemps 2008, d'un enfant au 3 ème mois de grossesse. Elle a repris le travail à 50 % du 22 septembre au 5 novembre 2008, puis s'est à nouveau trouvée en totale incapacité de travail dès le 6 novembre 2008. Elle a été licenciée de son poste d'aide-soignante à l'EMS AC_____ pour le 31 janvier 2009. Elle s'est, dès le 1 er février 2009, inscrite à l'assurance-chômage. 4. Dans l'intervalle, le 14 octobre 2008, à la suite d'une procédure de détection précoce entamée par l'assureur perte de gain maladie selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1), l'assurée a présenté à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande de mesures de réadaptation professionnelle. Elle indiquait souffrir de douleurs dorsales depuis longtemps mais de plus en plus fortes (traitées et faisant l'objet de physiothérapie), d'un blocage de la jambe droite et de douleurs à un pied, depuis des années, ainsi que de dépression à la suite du décès de son enfant au 3 ème mois de grossesse. Ses médecins traitants étaient le docteur D_____, médecin praticien, et la doctoresse E_____, psychiatre à la Fondation Phénix. 5. Dans le cadre de mesures d'intervention précoce puis de réadaptation, du 13 janvier 2009 au 30 avril 2010, l'intéressée a bénéficié, de la part de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), d'un cours de français à l'IFAGE, d'une mesure d'orientation professionnelle à l'OAI en vue de l'exercice d'une activité lucrative adaptée, d'un stage d'évaluation et d'orientation aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) interrompu après deux mois, enfin d'un nouveau cours de français (assumé par l'assurance-chômage). L'assurée a en outre été inscrite par l'OAI

auprès d'Intégration pour tous (ci-après : IPT) en vue d'observation pour la mise en place d'un stage comme auxiliaire de santé en psychiatrie, sans suite du fait que, le 1^{er} mai 2010, elle avait fait une chute ayant provoqué une atteinte méniscale, pour les suites de laquelle la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA) a alloué les prestations d'assurance obligatoires. 6. Postérieurement notamment à un questionnaire rempli le 5 janvier 2009 par la Dresse E _____ ainsi qu'à des rapports du Dr D _____, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), sous la signature du docteur F _____, a, dans un avis du 6 avril 2009, retenu, comme atteinte principale à la santé, un épisode dépressif de gravité moyenne avec syndrome somatique et, comme pathologies associées du ressort de l'AI, des dorsolombalgies sur hernie discale lombaire avec scoliose et arthrose ainsi qu'une rétrolisthésis L3-L4. Une incapacité de travail durable avait commencé le 1^{er} juin 2008, dans un premier temps à 100 %. À partir du 21 mars 2009, la capacité de travail exigible était de 70 % puis, dès le 1^{er} juin 2009, de 80 % dans l'activité habituelle (auxiliaire de santé), mais de 100 % dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 15 kg ni de travail à genoux, et possibilité de se lever une fois par heure à son gré. 7. D'après un avis du 12 juin 2009, consécutif à une aggravation de l'état de santé survenue en mars 2009 et attestée par le Dr D _____ le 29 avril 2009, le SMR a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle d'aide-soignante, mais de 80 %, puis de 100 % à l'échéance de trois mois, dans une activité adaptée, tenant compte de ses limitations fonctionnelles, soit pas de port de charges de plus de 5 kg, ni de position prolongée en porte-à-faux du tronc, ni de position asymétrique ou accroupie. 8. Le 18 novembre 2010, l'OAI a évoqué la possibilité de mettre un terme à son mandat de réadaptation, une instruction médicale complémentaire semblant nécessaire et le degré d'invalidité calculé étant, sur la base d'une comparaison des revenus de l'assurée avec et sans invalidité, de 42 %. 9. Dans des certificats établis en 2010 et le 23 avril 2012, le docteur G _____, FMH en médecine interne générale et autre médecin traitant de l'intéressée, a attesté une capacité de travail nulle pour cause d'accident dès le 4 mai 2010. Parallèlement, par décisions du 25 octobre 2011 et du 1^{er} mars 2012 non frappées d'oppositions, se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, la SUVA a mis fin, pour l'accident précité du 1^{er} mai 2010, à ses prestations au 31 octobre 2011 au soir, respectivement, pour les suites d'un nouvel accident, au pied gauche, du 7 mars 2011, au 31 mars 2012 au soir, considérant chaque fois que lesdits accidents ne jouaient plus de rôle dans les troubles de l'assurée. 10. Le 2 avril 2012, l'assurée s'est réinscrite à l'assurance-chômage, mais, par décision du 17 juillet 2012 (à laquelle elle ne s'est pas opposée), l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) l'a déclarée inapte au placement dès le premier jour contrôlé, soit dès le 2 avril 2012. 11. Selon un rapport du 19 septembre 2012 du docteur H _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'assurée présentait les signes d'une chondropathie débutante du compartiment fémoro-tibial interne de son genou gauche, dont l'évolution était longue. Il n'y avait pas de place pour une ostéotomie de valgisation permettant de soulager le compartiment interne ; il convenait de poursuivre le traitement conservateur aussi longtemps que possible, avec prise en charge rhumatologique ; une perte pondérale était impérative ; une méniscectomie interne devait être évitée. 12. D'après un rapport médical du 9 janvier 2013 du docteur I _____, rhumatologue et médecin interne FMH, l'assurée avait deux problèmes principaux : d'une part une spondylarthrose lombaire L1 à L5, scoliose à convexité gauche, hernie discale L2-L3 droite discrète, et d'autre part une gonalgie gauche. 13. Dans un avis du 8 février 2013, le SMR, par le docteur J _____ du

SMR a estimé que l'assurée avait une capacité de travail dans une activité adaptée dès le 21 mars 2008, de 80 % du 21 mars au 20 juin 2008 et de 100 % dès le 20 juin 2008. 14. Le 8 mai 2013, lors d'un entretien à l'OAI, les conclusions du SMR ont été expliquées à l'assurée, qui s'est déclarée d'accord avec elles, a indiqué aller mieux, marcher plus facilement ; monter et descendre des escaliers restait difficile, comme le port de charges trop lourdes, même si elle pouvait porter occasionnellement jusqu'à 15 kg ; à la maison, elle réalisait elle-même les activités ménagères, mais c'était son mari qui s'occupait principalement de la conciergerie ; elle souhaitait retrouver une activité professionnelle. 15. Par communication du 29 mai 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée, à titre d'aide au placement, le droit de participer à un atelier Club Emploi du 11 juin au 12 juillet 2013, consacré aux méthodes de recherche d'emploi. L'assurée n'a pu prendre part qu'à dix demi-journées de cet atelier, à la suite d'une chute lui ayant causé des douleurs à sa main dominante, la droite. 16. Le 31 juillet 2013, l'assurée a déposé à l'OAI une demande de prestations de l'AI (mesures professionnelles / rente), en invoquant, comme atteintes à la santé depuis 2010, en particulier des lombalgies chroniques, une gonarthrose bilatérale, une surcharge pondérale et un état dépressif. Elle exerçait l'activité de concierge à 30 %, correspondant à douze heures de travail hebdomadaire, pour un revenu annuel brut de CHF 21'502.-, au bénéfice d'un contrat de travail du 9 avril 2013 passé avec la fondation K_____ - son employeur pour la conciergerie depuis le 1^{er} octobre 2001 -, propriétaire de l'immeuble dans lequel elle-même et sa famille habitaient. 17. Par communication du 6 décembre 2013, l'OAI a accordé à l'assurée - qui était assistée d'un avocat depuis l'automne 2013 - une mesure d'aide au placement auprès d'IPT, dès le 19 décembre 2013 pour une durée de six mois, qui a toutefois été interrompue le 29 avril 2014 pour des raisons d'ordre médical invoquées par la bénéficiaire. Le mandat de réadaptation professionnelle a été clôturé, du fait que l'état de santé de l'intéressée n'était pas stabilisé. 18. Selon un rapport établi le 13 février 2014 par le docteur L_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et médecin adjoint agrégé, et le docteur M_____, spécialiste FMH notamment en rhumatologie et médecine interne, au département de médecine, service de rhumatologie, des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), à la suite d'une consultation de rhumatologie du 10 février précédent, les diagnostics consistaient en des lomboradiculalgies mécaniques chroniques, non irritatives (syndrome lombo-vertébral dans un contexte de lombalgies chroniques depuis plus de quatre ans, accompagné par une hypoesthésie latérale de la cuisse droite sans signe irritatif radiculaire actuellement), en une probable tendinopathie de surcharge des moyens fessiers droits et en un déconditionnement global nécessitant une reprise d'activités physiques. Il y avait une douleur plus forte au rachis (EVA à 8/10) qu'au membre inférieur droit (EVA à 7/10), pas de faiblesse ou d'incontinence, ni de franc réveil nocturne, mais une gêne parfois à la mobilisation la nuit et pouvant parfois aussi limiter toutes activités, et la marche était peu limitée lors de la prise de médicaments antalgiques. Outre un désir important de reprise professionnelle limitée toutefois par sa situation médicale actuelle selon les dires de la patiente, était noté un probable risque de chronicité majeure avec une composante psychologique importante et une kinésiophobie. 19. Le 19 mai 2014, l'OAI a évalué le préjudice économique de l'assurée, en se fondant sur l'avis précité du 8 février 2013 du Dr J_____ du SMR, qui avait retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La comparaison des revenus de l'assurée avec et sans invalidité aboutissait à un degré d'invalidité de 16,2 %. 20. Selon un courrier du 22 mai 2014 du Dr G_____ à l'OAI, l'assurée avait les problèmes de santé suivants : douleur résiduelle de la main droite suite à une opération du pouce et de l'index avec impotence

fonctionnelle ; gonalgies bilatérales sur arthrose fémoro-patellaire l'empêchant de marcher plus de 200 m, avec une ancienne rupture du ligament croisé antérieur ; douleur de l'épaule gauche avec impotence fonctionnelle sur arthrose acromio-claviculaire « end stage », perforation transfixiante du tendon du muscle sus-épineux et arthrose glénohumérale ; status après deux fractures de fatigue des métatarsiens gauches ; douleurs lombaires chroniques sur hernie discale L2-L3 droite, infiltrées deux fois sans succès et sans indication opératoire selon les neurochirurgiens ; obésité avec indice de masse corporelle (ci-après : BMI) à 37 kg/m² ; maladie dépressive chronique et fluctuante avec crises de panique nécessitant un traitement par des psychotropes ; suspicion de maladie de Morton au pied droit. Une expertise serait souhaitable pour l'évaluation des plaintes physiques et psychologiques de l'assurée et son aptitude à reprendre le travail. Un reclassement professionnel apparaissait impossible, et une rente AI à 100 % nécessaire. 21. Selon un questionnaire rempli le 19 août 2014 de la Dresse E_____, l'intéressée souffrait d'un trouble dépressif récurrent en épisode alors moyen avec des syndromes somatiques (F33.11 CIM-10) ainsi que de dorsalgie et gonalgie (M54), de même que - mais sans répercussion sur la capacité de travail - d'antécédent personnel de traumatismes psychologiques non classés ailleurs (Z91.4) et de dislocation de la famille par séparation (Z63.5). Son incapacité de travail était de 100 % depuis environ cinq ans. 22. À teneur d'une lettre du Dr G_____ du 23 mars 2015, la situation de la patiente se dégradait actuellement, au plan psychiatrique avec un état dépressif important, malgré les traitements de sa psychiatre, de même qu'au plan locomoteur. 23. À la demande du Dr J_____ et de la doctoresse N_____ du SMR, l'assurée, assistée par un interprète en langue espagnole, a fait l'objet le 27 avril 2015 d'un examen clinique bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique au SMR à Vevey, par les docteurs O_____, rhumatologue FMH, et P_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui ont rendu leur rapport d'expertise le 5 mai suivant. Ceux-ci ont posé les diagnostics suivants : avec répercussion durable sur la capacité de travail, lombalgies chroniques sur troubles statiques (scoliose dorsolombaire, rotatoire au niveau lombaire) et troubles dégénératifs (discopathies étagées D12-L1 à L5-S1, rétrolisthésis L3-L4, protrusions discales et arthrose facettaire étagée) (M54.5), cervicalgies sur troubles dégénératifs (discopathie C6-C7) (M54.2) et gonarthrose tricompartmentale bilatérale (lésions méniscales internes, chondropathie fémororotulienne et fémorotibiale) (M17.0) ; sans répercussion sur la capacité de travail, pouce gauche et majeur droit à ressaut (M65.3), difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat (Z61.5), épisodes récurrents de dépression réactionnelle, en rémission (F33.4), status après fractures de fatigue des métatarses 2 à 4 gauche, de la diaphyse proximale interne et externe du tibia, et aspect cunéiforme de D12, L1 et L2. Les limitations fonctionnelles au plan rhumatologique étaient les suivantes : concernant le rachis cervical, éviter les activités avec les bras au-dessus de l'horizontale, les activités avec mobilisation répétée en rotation ou flexion-extension et le port de charges supérieures à 5 kg près et loin du corps ; concernant le rachis lombaire, éviter les positions en porte-à-faux, le port de charges supérieures à 5 kg, les plateformes vibrantes ainsi que la marche sur terrain irrégulier, mais avoir une activité essentiellement assise avec changement de position deux fois par heure ou librement ; concernant les genoux, éviter les activités accroupies ou à genoux, l'utilisation d'escaliers, échelles ou escabeaux, et la marche sur terrain irrégulier. Sur le plan rhumatologique, une totale incapacité de travail avait existé dès le 31 août 2008. Elle était devenue définitive pour les activités habituelles d'aide-soignante et de concierge dès mars 2009, mais, dans une activité adaptée, l'assurée

avait retrouvé une capacité de travail de 80 % dès mars 2009 également et de 100 % dès juin 2009. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas eu d'incapacité de travail durable. 24. D'après un rapport du 11 juin 2015 du docteur Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique auprès de l'Hôpital de La Tour, l'assurée présentait des dorso-lombalgies chroniques sur une déformation scoliothique probablement idiopathique déjà présente à l'adolescence mais ayant progressé et s'étant décompensée avec l'apparition des troubles dégénératifs. Les symptômes étaient extrêmement invalidants et la déformation vraiment majeure, en particulier dans le plan sagittal. Une chirurgie majeure incluant possiblement une ostéotomie de la région thoraco-lombaire deviendrait à terme nécessaire, mais, auparavant, le BMI de la patiente étant trop élevé, un programme nutritionnel de perte de poids devait être mis en place. 25. Le 6 juillet 2015, le Dr D_____ a rempli un questionnaire à l'intention de l'OAI, à teneur duquel aucune activité professionnelle ne pouvait être envisagée pour elle au vu de son état physique, même après d'éventuelles mesures médicales ou de réadaptation professionnelle. 26. Par avis du 16 juillet 2015, la docteure R_____ du SMR a proposé à l'OAI de suivre les conclusions des Drs O_____ et P_____. 27. Le 7 septembre 2015, l'OAI a considéré qu'une reprise de la mesure de réadaptation interrompue en avril 2014 n'était pas opportune. 28. Dans une note de travail du 6 janvier 2016, l'OAI a, après une comparaison du revenu avec et sans invalidité, retenu un degré d'invalidité de l'assurée de 23,76 %. Le revenu annuel sans invalidité se montait à CHF 79'631.- résultant, pour 2009, de l'addition du revenu de concierge de CHF 25'036.- et du salaire actualisé d'aide-soignante de CHF 54'595.- pour le 80 % à l'EMS AC_____. Il existait sur le marché de l'emploi un éventail d'activités légères simples non qualifiées et ne nécessitant pas de formation particulière (par ex. dans l'industrie légère) qui permettraient à l'assurée de récupérer approximativement sa capacité de gain. 29. Le 15 janvier 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Le revenu annuel sans invalidité se montait à CHF 79'631.-. S'agissant du revenu avec invalidité, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de 2008, pour une femme dans une activité de niveau 4 (activités simples et répétitives) du tableau TA1, actualisée pour 2009 - selon l'indice suisse des salaires (ci-après : ISS) -, l'intéressée pouvait espérer réaliser un salaire annuel de CHF 51'368.- au taux de 100 %, CHF 41'966.- au taux de 80 %, duquel il fallait déduire une réduction supplémentaire - ou abattement - de 15 % en raison des limitations fonctionnelles et auquel il fallait ajouter le salaire de concierge toujours d'actualité de CHF 25'036.-, ce qui donnait CHF 60'707.-. La différence (ou perte de gain) étant de CHF 18'924.-, le degré d'invalidité s'élevait dès lors à 24 %, inférieur au 40 % requis. 30. Par courrier de son avocat du 18 février 2016, l'assurée a contesté ce projet de décision. 31. Par décision du 23 février 2016, l'OAI a persisté dans les termes de son projet de décision précité. 32. Par acte du 7 avril 2016, complété le 9 mai suivant et enregistré sous le no de cause A/1056/2016, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales), en concluant, au fond, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. 33. Après la réponse du 7 juin 2016 de l'intimé, la chambre des assurances sociales a rendu un arrêt le 1^{er} novembre 2016 (ATAS/876/2016), qui n'a pas fait l'objet d'un recours au Tribunal fédéral. Selon ladite chambre, le rapport d'expertise des Drs O_____ et P_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante et leurs conclusions étaient suivies, une appréciation anticipée des preuves conduisant au refus des mesures d'instructions sollicitées, à titre préalable, par la recourante. Le calcul effectué par

l'OAI dans son projet de décision et sa décision était repris, avec cependant les différences suivantes : au vu de l'appréciation desdits experts, il ne fallait pas retenir le salaire de concierge pour l'intéressée de CHF 25'036.-, étant précisé que, pour cette activité, les tâches incompatibles ou peu compatibles avec ses limitations fonctionnelles avaient été et étaient assumées en réalité par son mari et ses fils ; devait donc être pris en considération, comme revenu avec invalidité, le salaire annuel de CHF 51'368.- (dans une activité adaptée) au taux de 100 %, mais actualisé pour 2009, conformément à l'ISS, à CHF 52'457.50 ; les importantes limitations fonctionnelles justifiaient un abattement de 20 %. La comparaison du revenu avec invalidité de CHF 41'966.- (CHF 52'457.50 - 20 %) avec le revenu sans invalidité de CHF 79'631.- donnait un degré d'invalidité de 47.30 %, à arrondir à 47 %. Le recours était donc admis partiellement (en tant que la recourante avait prétendu avoir droit à une rente AI entière) et la décision attaquée annulée. Il incombait à l'intimé de déterminer le jour à partir duquel l'assurée avait droit à son quart de rente AI et d'en faire calculer le montant, la question subsidiaire d'un droit à des mesures de réadaptation étant quant à elle sans objet. 34. Par projet d'acceptation de rente et refus de mesures professionnelles du 12 janvier 2017 puis par décision du 5 mai 2017, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente (pour le degré d'invalidité de 47 %) dès le 1^{er} avril 2009. 35. Dans un rapport du 5 mai 2017 également, le Dr D_____ a recommandé une révision du droit de la patiente à une rente d'invalidité justifiée non seulement en raison de la symptomatologie actuelle importante, caractérisée par une dégradation de son état de santé au niveau des douleurs et sa mobilité fonctionnelle de plus en plus altérée, mais aussi à cause de nombreuses interventions chirurgicales à prévoir à court et moyen terme. D'après ce médecin traitant, la patiente présentait en effet de sévères lombosciatalgies chroniques et invalidantes dans un contexte de scoliose lombaire à convexité gauche avec des lésions radiologiques dégénératives importantes sous la forme de remaniements discodégénératifs. Ces lésions évolutives provoquaient des rétrécissements et des sténoses foraminales, notamment au niveau L4-L5, avec pour conséquences des douleurs lombaires marquées ainsi que des troubles sensitifs du membre inférieur gauche. Il était sur ce point renvoyé à un rapport établi le 28 avril 2017 par le docteur S_____, radiologue FMH auprès de la Clinique générale Beaulieu, à la suite d'une IRM lombaire effectuée deux jours auparavant. Ce spécialiste concluait à une scoliose à convexité gauche avec des remaniements dégénératifs prédominant sous forme d'ostéophytose au niveau de la concavité de la scoliose, à quoi s'ajoutaient des remaniements à composante inflammatoire des plateaux vertébraux adjacents aux espaces intersomatiques L1-L2 et L2-L3. Il n'y avait pas de tassement vertébral significatif ou de lésion osseuse suspecte identifiable. Selon le Dr D_____, ces douleurs importantes et cette déformation scoliotique majeure associée aux lésions dégénératives consécutives entraînaient une gêne fonctionnelle majeure dont le traitement chirurgical devrait être une ostéotomie thoraco-lombaire difficile à réaliser dans le contexte actuel, référence étant faite ici au rapport du Dr Q_____ du 11 juin 2015. En effet, toujours d'après le Dr D_____, l'assurée souffrait également de gonalgies bilatérales importantes dans le cadre d'une gonarthrose tri-compartmentale sévère qui nécessiterait par la suite la pose de prothèses de genou. En attendant, elle avait subi le 1^{er} février 2017 une intervention chirurgicale du genou droit avec arthroscopie et ostéotomie de valgisation - effectuée par le docteur T_____, chirurgien orthopédiste FMH - ; elle présentait une suspicion de lésion ostéocondrale du compartiment interne du genou associé à un varum ; elle était encore actuellement en phase de récupération fonctionnelle avec décharge partielle - étant précisé que le genou droit a fait l'objet d'un rapport de radiographies établi le 10 mars

2017 par le docteur U_____, radiologue FMH. Par ailleurs, la patiente était suivie aux HUG pour des douleurs marquées de la hanche gauche avec une coxarthrose très avancée. Sur ce point, à teneur d'un rapport du 11 octobre 2016 du professeur V_____, chirurgien orthopédique FMH et médecin-chef de service au département de chirurgie des HUG, faisant suite à une consultation de la veille, l'intéressée souffrait d'une douleur de hanche gauche essentiellement mécanique quotidienne, inguinale, parfois trochantérienne et irradiant à la face antérieure de la cuisse, conduisant à la prise de Tramal assez régulièrement ainsi qu'à une marche se faisant avec boiterie, sans canne et avec un rayon d'action limité à trente minutes environ, la montée et la descente des escaliers étant en outre devenues difficiles et pénibles. Les radiographies confirmaient la coxarthrose gauche très évoluée qui justifiait la mise en place d'une arthroplastie totale de hanche, l'intervention étant fixée à janvier 2017 à la demande de la patiente. Le Dr D_____ notait par ailleurs la présence d'un status après canal carpien opéré à deux reprises avec persistance d'épisodes neurologiques symptomatiques sensitivo-moteurs, enfin un contexte d'obésité morbide avec BMI à 40 ainsi qu'un syndrome respiratoire obstructif marqué pour lequel elle était en traitement régulier. 36. Par écrit de son conseil du 22 décembre 2017, reçu le 2 janvier 2018 par l'OAI, l'assurée, se référant au dernier rapport précité du Dr D_____, invoquant une dégradation sensible et durable de son état de santé depuis le 5 mai 2017 et indiquant continuer, avec peine, à exercer une activité professionnelle de 30 % dans le domaine de la conciergerie et donc subir une invalidité au degré de 70 % au minimum, a sollicité une réévaluation de son droit à une rente « avec effet à ce jour ». Les principaux médecins qui la suivaient étaient le Dr D_____ et le docteur X_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique - lequel apparaît néanmoins ne plus avoir vu l'intéressée depuis août 2017. 37. Selon un rapport du Pr V_____ du 31 janvier 2018 faisant suite à une consultation du 29 janvier précédent, par rapport à celle d'un peu plus d'une année auparavant, la douleur découlant du problème de la hanche gauche s'était intensifiée, devenant actuellement permanente, invalidante, et survenant au moindre pas. La patiente marchait sans canne avec un rayon d'action limité à environ trente minutes, la montée et descente des escaliers devenaient pénibles et difficiles, de même que l'accroupissement, la saisie d'objets au sol et le port de charges. Les radiographies montraient une nette dégradation par rapport aux clichés de 2016, justifiant une intervention. 38. Dans un rapport du 21 février 2018, le Dr D_____ a repris les termes de son rapport du 5 mai 2017 et ajouté que, sur la dernière IRM, du 5 janvier 2018, l'assurée présentait un foyer d'ostéonécrose dans la tête du fémur gauche qui motivait un traitement sous forme de médicaments anti-inflammatoires et de repos impératif avec absence de charge au niveau de sa hanche gauche. Une pose de prothèse totale de la hanche (ci-après : PTH) par le Pr V_____ était prévue le 21 mars 2018. La patiente était en arrêt de travail à 100 % depuis le 1^{er} septembre 2017 et pour une durée indéterminée, et une rente d'invalidité à 100 % semblait justifiée au vu des éléments médicaux présents et à venir, notamment les nombreuses pathologies impliquant de multiples interventions chirurgicales orthopédiques « avec leur cortège de périodes de convalescence pour chacune », et compte tenu aussi de la difficulté croissante de l'assurée à effectuer ses tâches habituelles en raison de ses multiples douleurs et des limitations fonctionnelles croissantes. 39. À teneur d'un écrit du Dr G_____ du 26 février 2018, son rapport du 22 mai 2014 était toujours d'actualité. Les gonalgies, les douleurs de l'épaule gauche, les douleurs lombaires, l'état dépressif et l'obésité mentionnés dans ce rapport s'étaient aggravés. Une nécrose de la hanche gauche, justifiant une intervention chirurgicale consistant en la pose d'une PTH et programmée le 21 mars 2018, était venue péjorer ce

tableau clinique. 40. Dans un avis du 22 mars 2018, le Dr J_____ du SMR a préconisé d'instruire les aspects somatiques et psychiatriques de l'état de santé de l'intéressée. 41. Par pli du lendemain, puis, faute de réponse, par un rappel du 17 mai 2018, l'OAI a posé des questions à l'assurée. 42. Le 2 mai 2018, le Dr D_____ a adressé un questionnaire complété à l'intention de l'OAI. À teneur de ce document, l'intéressée était en arrêt de travail depuis le 1^{er} août 2017, comme aide-soignante, activité professionnelle qu'elle ne pouvait plus exercer en raison de ses douleurs chroniques et de sa mobilité restreinte, avec des difficultés à l'effort physique avec port de charges, au travail dans des positions parfois difficiles et au déplacement avec sa boiterie. Ses limitations fonctionnelles, incompatibles avec son activité, consistaient en l'impossibilité de se pencher en avant et de faire des flexions des membres inférieurs et en des douleurs lombaires provoquées par le port de charges de poids modéré. Aucune heure de travail ne pouvait être raisonnablement attendue de la patiente dans son activité habituelle ou dans une activité tenant compte de son atteinte à la santé. Dans les tâches ménagères, elle était limitée et se faisait aider souvent par ses enfants ; elle était actuellement en convalescence. 43. Le 4 juillet 2018, le Dr G_____ a fait de même, indiquant notamment que l'intéressée ne pouvait effectuer aucune heure de travail dans son activité habituelle ou une activité adaptée et qu'elle avait une capacité de 50 % pour l'accomplissement des tâches ménagères. 44. Par lettre de son avocat du 2 juillet 2018, l'assurée a répondu aux questions de l'OAI. Elle n'était pas suivie par un psychiatre, mais gérait par elle-même et avec le soutien de son époux ses importantes douleurs et son état psychique qui était au plus bas. Son état de santé ne lui permettait pas de reprendre son activité professionnelle de concierge à temps partiel et elle se trouvait en incapacité de travail à 100 %. Son revenu était son salaire versé par la Fondation K_____ - payé à 80 % à la suite de son arrêt maladie à 100 % commencé le 1^{er} février 2017 (questionnaire rempli le 8 août 2018 par la régie représentant ladite fondation) -, complété par la rente que son mari percevait du service des prestations complémentaires (ci-après : SPC). 45. À teneur d'un rapport établi le 13 septembre 2018 par le Dr L_____, à la suite d'une consultation spécialisée du rachis effectuée la veille, l'« examen clinique dirigé » montrait : « Position assise très inconfortable. Mise en route difficile. Mobilité rachidienne très limitée dans toutes les directions. Important trouble statique caractérisé par une scoliose lombaire à convexité gauche, limitant fortement les mouvements dans toutes les directions. Genoux secs, douloureux à la palpation et à la mobilisation. DTF 24 cm ddc. Pas de déficit moteur ou sensitif ». Selon ce spécialiste, l'assurée souffrait de rachialgies chroniques sévères et invalidantes dans un contexte de troubles statiques complexes et sévères. Il existait par ailleurs une participation des genoux secondaire à une gonarthrose du compartiment interne (diagnostic de gonarthrose bilatérale symptomatique), mais il manquait des clichés dédiés pour en évaluer l'importance. Très récemment, la patiente avait malheureusement fait une luxation de la hanche gauche où une PTH avait été posée en janvier 2018, ce qui contre-indiquait une prise en charge physiothérapeutique intensive nécessaire pour son problème de rachis. Cette consultation avait enfin mis en évidence une fragilité psychologique décompensée par les douleurs et le handicap actuel, de sorte qu'une prise en charge psychiatrique de soutien proche du domicile était proposée, avec introduction d'un traitement de Duloxetine. 46. Le 14 novembre 2018, l'assurée a fait l'objet à Vevey d'un examen clinique rhumatologique par le SMR, plus précisément par le docteur Y_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, qui a rendu son rapport d'expertise le 15 janvier 2019. Ledit rapport mentionnait tout d'abord le motif de l'examen, résumait plusieurs rapports médicaux, contenait une anamnèse (familiale, scolaire et

professionnelle ; avec les antécédents personnels ; actuelle avec les plaintes ostéoarticulaires ; par système ; vie quotidienne ; contexte psychosocial), décrivait le status (général, neurologique, ostéoarticulaire, plus « dépistage des signes comportementaux chez les lombalgies »), répertoriait le dossier radiologique. Le diagnostic principal, avec répercussion durable sur la capacité de travail, consistait en des 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 auquel étaient associés des 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 qu'une gonarthrose bilatérale à prédominance fémoro-tibiale, avec status après ostéotomie de valgisation (M17). Étaient par ailleurs diagnostiqués, sans répercussion sur la capacité de travail, un hallux valgus bilatéral, une suspicion clinique de récurrence d'un syndrome du tunnel carpien gauche après opération, un status après opération d'un syndrome du tunnel carpien droit, un status après opération pour l'index droit à ressaut, une obésité avec BMI à 38, ainsi qu'un discret status variqueux des membres inférieurs. Dans le cadre de l'« appréciation du cas », il était relevé que, depuis son examen en 2015 par le SMR, les douleurs de l'expertisée avaient bien augmenté. Par ailleurs, les gonalgies étaient permanentes et existaient même au repos ; depuis l'opération du genou droit, le genou gauche faisait plus mal que le droit. L'assurée avait de la difficulté à pratiquer les escaliers, surtout en montée, et devait se faire aider par son mari pour les monter, celui-ci la prenant par le bras. Elle signalait des lâchages, des blocages et des épanchements des deux genoux, ainsi que des blocages de la hanche gauche. Il existait chez l'expertisée certaines incohérences, entre des douleurs qu'elle cotait très haut, soit 10/10 le soir, 9/10 le matin et 8/10 à midi de l'EVA de la douleur, et le fait qu'en même temps elle pouvait promener son chien en le mettant sur un chariot (sur lequel elle se tenait pendant vingt minutes deux fois par jour en présence de son mari atteint d'hyperactivité, ne travaillant pas et recevant des prestations complémentaires), confectionnait les repas en position assise et pouvait prendre les transports publics bien qu'elle craignait les secousses des bus. Elle gardait par ailleurs une bonne intégration sociale (mari, enfants, petit-fils, quelques amis) et était bien soutenue par son entourage, notamment son mari, lequel faisait le ménage, passait en général l'aspirateur et faisait la lessive. Il n'y avait toutefois pas de motifs d'exclusion (tels qu'une importante exagération des symptômes ou une importante démonstrativité), même si, notamment, elle se montrait un peu démonstrative au cours de l'examen du rachis et poussait un cri à la flexion cervicale. Bien qu'elle avait une bonne aptitude à la communication en français malgré un important accent espagnol, l'assurée ne semblait pas motivée par la reprise d'une activité professionnelle adaptée. Étaient notés de très importants troubles statiques du rachis, sous forme d'une scoliose gauche, de type rotatoire en lombaire, étant en outre relevée l'adhésion de l'intéressée à la thérapie mais regrettée l'absence d'un traitement physiothérapeutique actif, qui aurait peut-être permis une bonne amélioration au niveau des douleurs rachidiennes. La mobilité lombaire était très diminuée. La mobilité cervicale était également diminuée mais de manière plus modérée. La mobilité des articulations périphériques était bien conservée, exceptées la mobilité des deux hanches, surtout à gauche, ainsi que celle des deux genoux, limités en flexion. À cela s'ajoutaient un syndrome rotulien bilatéral et un hallus valgus bilatéral. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pour le rachis, nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, ainsi que l'évitement de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, de travail en porte-à-faux 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. La capacité de travail exigible était déterminée sur le plan rhumatologique par les divers problèmes ostéoarticulaires présentés par l'assurée, mais essentiellement par le status après PTH gauche et le status après luxation de ladite PTH, remise en place, ainsi que par les troubles statiques et dégénératifs du rachis et par la gonarthrose. Dans les activités habituelles, soit aide-soignante et concierge, la capacité de travail de l'expertisée était nulle. Dans une activité adaptée, il y avait une incapacité totale de travail depuis mars 2017, en raison de l'opération du genou droit et de la coxarthrose gauche, avec ostéonécrose aseptique. Six mois après l'opération de PTH gauche le 21 mars 2018, donc le 21 septembre 2018, date du début de l'aptitude à suivre une mesure de réadaptation, l'incapacité de travail baissait pour atteindre 50 % dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles qui étaient requises par la pathologie ostéoarticulaire, qui étaient nombreuses et se surajoutaient et qui conduisaient ainsi à une baisse de rendement. L'incapacité de travail ne dépassait pas 50 %, faute de raison biomécanique pour cela et étant d'ailleurs relevé que la tolérance à la position assise avait été moyenne en cours d'entretien. L'activité adaptée était « à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation ». Pour ce qui était du pronostic, il était possible que la PTH se reluxe au vu d'un antécédent d'une précédente luxation de prothèse et au vu d'une antéversion excessive de la cupule. Par ailleurs, les troubles dégénératifs et statique du rachis risquaient de s'aggraver à long terme. En cas d'octroi d'une rente, il y aurait lieu de réviser la situation dans cinq ans. À la fin du rapport d'expertise, sous « observation », était indiqué que l'expertisée présentait un asthme bronchique avec, selon elle, une importante dyspnée. Dans cette situation, le soin était laissé à l'OAI de juger de la nécessité de poursuivre l'instruction, du point de vue pneumologique. 47. À teneur d'un rapport de l'OAI « détermination du degré d'invalidité » du 17 janvier 2019, le revenu avec invalidité était calculé ainsi : sur la base d'un statut actif et du tableau TA1, tous secteurs confondus, tâches physiques et manuelles simples (niveau 1) de l'ESS 2016, à un taux de 100 %, ce revenu (brut) s'élevait mensuellement à CHF 4'363.-, soit CHF 4'548.- selon la durée normale hebdomadaire de travail (41,7 heures), multiplié par 12 pour obtenir le salaire annuel, actualisé pour 2017 puis indexé selon l'ISS, ce qui donnait CHF 54'783.-, dont il ne fallait retenir que le 50 % pour le temps de travail raisonnablement exigible ; puis, sur la base du résultat ainsi obtenu, il fallait opérer la réduction supplémentaire de 20 % basée sur l' ATAS/876/2016 précité, ce qui donnait CHF 21'913.-. Le revenu annuel brut sans invalidité de 2009, de CHF 54'595.-, retenu par la chambre des assurances sociales dans cet arrêt, était réactualisé selon ISS pour 2017 et se montait dès lors à CHF 58'168.-. De la comparaison des revenus avec et sans invalidité résultait le taux - ou degré - d'invalidité de 62,33 %. 48. Dans une « note statut » du 19 février 2019, l'OAI a retenu que, sans ses atteintes à la santé, l'assurée aurait vraisemblablement continué d'exercer ses activités d'aide-soignante et de concierge aux mêmes taux que dans le cadre de sa première demande de prestations en octobre 2008, soit 80 %, respectivement 20 %. 49. Dans un avis du même jour, le docteur Z_____ du SMR a relevé qu'aucun médecin ne faisait plus mention d'éventuelles atteintes psychiques et a estimé qu'il fallait s'en tenir aux conclusions de l'expert Y_____. 50. Par projet d'acceptation de rente du 12 mars 2019, sur la base de la

comparaison des revenus avec et sans invalidité calculés le 17 janvier 2019, l'OAI a fait part à l'assurée de ce qu'il projetait l'octroi d'une rente entière, basée sur un taux d'invalidité de 100 %, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018, puis, à compter du 1^{er} janvier 2019, l'octroi d'un trois-quarts de rente basé sur un degré d'invalidité arrondi à 62 %. Le droit à la rente entière commençait le 1^{er} janvier 2018, à la suite d'une incapacité de travail totale depuis mars 2017 ainsi que du dépôt de la demande de révision le 2 janvier 2018. Le droit était diminué pour atteindre un trois-quarts de rente à partir du 1^{er} janvier 2019, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'assurée, le 21 septembre 2018, avec depuis lors une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

51. Par écritures de son conseil des 12 avril et 22 mai 2019, l'intéressée a contesté ne pas être invalide à 100 % à partir du 1^{er} janvier 2019, en se prévalant de rapports médicaux qu'elle produisait. Selon un compte-rendu opératoire établi le 25 octobre 2018 par le docteur AA_____, médecin interne au département de chirurgie des HUG, elle s'était présentée aux urgences le 1^{er} septembre 2018 en raison d'un trauma de sa hanche gauche en rotation externe en extension sans chute la veille, ressentant depuis une douleur et une impotence fonctionnelle de ce membre. Elle avait été opérée le même jour. Le diagnostic était une luxation antérieure de la PTH gauche. À la suite de radiographies du genou droit et de la hanche gauche le 7 mars 2019, la doctoresse AB_____, radiologue FMH auprès de la Clinique générale Beaulieu, avait, le même jour, conclu à un status post ostéosynthèse par plaque et vis de l'extrémité proximale du tibia, à une sévère gonarthrose fémoro-tibiale interne ainsi qu'à une PTH de la hanche gauche dans la norme sans signe de descellement. Par certificat du 18 mars 2019, le Dr G_____ avait attesté qu'actuellement, la patiente ne pouvait pas travailler et que la situation n'était pas consolidée. Dans un rapport du 28 mars 2019, ce même médecin avait estimé qu'un trois-quarts de rente pour un taux d'invalidité de 62 % était inadmissible et que l'assurée devait bénéficier d'une rente entière pour les raisons suivantes : la situation de sa hanche gauche n'était pas consolidée et, depuis la luxation de cette dernière, il persistait des douleurs et une « impotence fractionnelle » qui restreignait considérablement son activité ; il y avait le développement d'une périarthrite scapulo-humérale droite qui nécessitait de la physiothérapie, des gonalgies bilatérales prédominantes à droite sur arthrose sévère, au sujet desquelles un avis du Dr H_____ avait été demandé, de même que la persistance d'une hypoesthésis L5-S1 droite, irradiant jusqu'à la cheville, témoignant d'une atteinte lombaire. Par ailleurs, la lettre du Dr L_____ de septembre 2018 attestait d'une impossibilité de reprise de travail. À teneur d'un rapport du 3 avril 2019 du Dr H_____ adressé au Dr G_____ à la suite d'une consultation de contrôle du même jour, l'assurée avait malheureusement bénéficié en 2017 d'une ostéotomie de valgisation de son genou droit qui avait amplifié le valgus déjà préexistant, modifié la pente tibiale et rendu la situation depuis plus d'une année « quasi impossible ». Elle souffrait d'importantes douleurs, d'un épanchement intra-articulaire et d'une forte limitation à la marche. Dans l'intervalle, elle avait également bénéficié d'une arthroplastie totale de la hanche à gauche qui s'était soldée par une luxation à quatre mois postopératoires et des douleurs séquellaires. Elle présentait en outre une importante gonarthrose fémoro-tibiale interne du genou gauche normo-axé. L'examen clinique du jour montrait une patiente en état général conservé. Puis différentes constatations étaient énoncées dans le rapport, entre autres que les douleurs étaient diffusément présentes à la mobilité de la hanche droite également. Dans ce contexte, l'option prévue en 2012 d'une prothèse unicompartmentale du genou droit était révolue, mais il fallait envisager la mise en place d'une arthroplastie totale du genou à droite. Le Dr H_____ avait besoin de documents radiologiques

complémentaires des longs axes en charge face ainsi que du bassin de face, afin de déterminer le traitement chirurgical à effectuer. Au niveau du genou gauche, il reverrait la situation ensuite pour la prise en charge. Pour le problème de la hanche gauche, il faudrait réadresser la patiente en milieu universitaire pour la prise en charge si nécessaire. Par un écrit du 8 avril 2019, le Dr G_____ avait conclu, après réception de ce rapport du Dr H_____, que l'intéressée ne pouvait plus travailler et qu'une rente à 100 % devait lui être attribuée. Selon un rapport du même jour du Dr D_____, comme mentionné dans son dernier rapport du 21 février 2018, après l'ostéotomie de valgisation du genou droit le 1^{er} février 2017, la patiente nécessiterait rapidement la pose d'une prothèse totale de genou des deux cotés en raison d'une gonarthrose sévère bilatérale confirmée par la dernière radiographie du 7 mars 2019. Elle se plaignait toujours de coxalgies gauches malgré la pose d'une PTH le 21 mars 2018, qui s'était « luxée quelques semaines après son intervention ». Ses problèmes dorsolombaires dus à une déformation scoliothique majeure et des troubles dégénératifs marqués provoquaient de fortes douleurs qui avaient une répercussion notable sur le plan fonctionnel, et une intervention chirurgicale sous forme d'ostéotomie thoraco-lombaire serait nécessaire à moyen terme pour empêcher une aggravation de ses douleurs ainsi que la déformation vertébrale. Ces nombreuses pathologies orthopédiques majeures remettaient en question sa capacité de travail, et notamment par le fait qu'elles avaient impliqué des interventions chirurgicales lourdes mais surtout qu'elles allaient en impliquer de multiples autres sans certitude d'amélioration de son état de santé, de sorte qu'elle avait un droit légitime à une rente complète. À des questions de l'OAI du 9 mai 2019, le Dr G_____ avait répondu par écrit le 20 mai 2019 que l'assurée devrait subir une opération du genou droit, type prothèse totale, par le Dr H_____ comme indiqué dans le rapport de ce dernier du 3 avril 2019, que le bilan radiologique avait été effectué au service de radiologie de la Clinique générale Beaulieu et que la patiente ne se sentait pas prête à subir une intervention de ce type en raison de douleurs chroniques de la hanche gauche, de la colonne lombaire, du genou gauche et d'un asthme handicapant, un peu de réflexion étant nécessaire pour la suite du traitement chirurgical. 52. Par projet d'acceptation de rente du 19 juin 2019, l'OAI a repris l'appréciation et les conclusions de son projet du 12 mars 2019, que les nouveaux éléments produits ne permettaient pas de modifier, comme indiqué dans un avis du même jour du Dr Z_____ du SMR, d'après lequel les nouveaux documents ne faisaient pas état d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée, en particulier du genou droit, depuis l'établissement du rapport d'expertise le 15 janvier 2019. 53. Par courrier de son avocat du 19 août 2019, indiquant être sans nouvelles de l'OAI à la suite de sa lettre du 22 mai 2019 accompagnée des derniers documents en sa possession, l'intéressée a sollicité le prononcé d'une décision dudit office dans les meilleurs délais. 54. Par décision du 7 novembre 2019, l'OAI a repris le contenu de son projet d'acceptation de rente du 19 juin 2019. 55. Par acte expédié le 9 décembre 2019, agissant par son conseil, l'assurée a formé recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales, concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation, à la constatation qu'elle était en droit de bénéficier d'une rente entière non seulement durant l'année 2018 mais aussi dès le 1^{er} janvier 2019, ainsi qu'au renvoi du dossier à l'OAI en vue d'une nouvelle décision dans le sens des considérants. Selon elle, son état de santé s'étant dégradé, elle n'était plus en mesure d'exercer une quelconque activité professionnelle à même de lui procurer un revenu, et une incapacité totale de travailler, correspondant à une invalidité de 100 %, avait été mise en évidence par plusieurs médecins sur la base de constatations objectives, qui ne sauraient être remises en cause par l'intimé. La décision querellée procédait d'une appréciation

totallement erronée des faits et violait les dispositions légales en ce qui concernait la période commençant le 1 er janvier 2019. 56. Dans sa réponse du 14 janvier 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. D'après lui, aucun élément objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique, qui aurait été ignoré dans le cadre de l'examen clinique rhumatologique et de l'expertise du Dr Y_____, ayant une pleine valeur probante, du reste non contestée par la recourante, puis ensuite dans le cadre de l'examen par l'OAI lui-même, et qui serait suffisamment pertinent pour en remettre en cause le bien-fondé ou en établir le caractère incomplet, n'avait été apporté. 57. Par réplique du 6 février 2020, l'assurée a persisté dans ses conclusions, sans présenter d'allégations ou arguments nouveaux, mais en se référant exclusivement aux avis médicaux déjà présentés. 58. 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), 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. 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). 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 1 er janvier 2019, alors que, par la même décision querellée, elle s'est vue octroyer une rente entière pour la période du 1 er janvier au 31 décembre 2018. À cet égard, il est incontesté et incontestable que depuis le prononcé le 1 er 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 %. 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 1 er janvier 2019. 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).

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 1^{er} 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. 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).

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 18^{ème} anniversaire de l'assuré.

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). 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 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 oeuvre 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 oeuvre 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 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 oeuvre 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 oeuvre 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). 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 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 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} septembre 2018 en urgence par le Dr AA_____. Néanmoins, à teneur du 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 genuflexion 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 requérante était, en mesure, malgré ses limitations, de préparer les repas et de 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 1^{er} 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 1^{er} janvier 2019, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est conforme au droit. 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 129 V 222 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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 1^{er} 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 %. 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 1^{er} janvier 2019. 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 LPG). Un émolument de CHF 400.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI). ***** 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.