



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3066/2019

ATAS/508/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 juin 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER
FÜLLEMANN

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseures**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1969 en Macédoine, a suivi l'école obligatoire et des cours de couturière dans son pays d'origine. Domiciliée en Suisse depuis 1991, mariée et mère de deux enfants majeurs, elle a été naturalisée en 2001. Dès 2004, elle a cumulé plusieurs emplois à temps partiel dans les domaines de la couture, du nettoyage, de la manutention et de la restauration. À partir de 2006, elle a notamment travaillé à 70% pour B_____.
2. Le 25 avril 2013, l'assurée a été victime d'un accident en chutant dans les escaliers.
3. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée le 31 mai 2013 a révélé une fracture de la tête du péroné, un hématome des tissus mous adjacents, un épanchement articulaire modéré, une chondromalacie fémoro-rotulienne de grade IV et un kyste poplité (cf. rapport du docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, du 31 mai 2013).
4. En raison de douleurs insoutenables en arrière du mollet et du creux poplité, l'assurée s'est soumise à une échographie le 16 octobre 2013, examen qui a révélé un volumineux kyste poplité rompu au niveau du mollet, ponctionné le 31 octobre 2013 (cf. rapport du Dr C_____ du 17 octobre 2013 et rapport de la polyclinique la Colline du 31 octobre 2013), puis le 7 novembre 2013 suite à une récurrence (cf. rapport du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 6 novembre 2013 et rapport du docteur E_____, radiologue, du 7 novembre 2013).
5. Une nouvelle IRM effectuée le 25 novembre 2013 a mis en évidence des chondropathies fémoro-patellaire et fémoro-tibiale de stade IV, un discret remaniement du ménisque interne sans déchirure secondaire, un épanchement et un épaississement synovial, et un volumineux kyste poplité récidivant. En dehors des remaniements associés aux lésions chondrales, les structures osseuses étaient d'aspect normal (cf. rapport du Dr E_____ du 25 novembre 2013).
6. À partir du 19 mars 2014, l'assurée a été en incapacité de travail (cf. formulaire de détection précoce rempli par l'assureur perte de gain de l'assurée).
7. Dans un rapport du 27 mars 2014, la doctoresse F_____, cheffe de clinique au service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) a posé le diagnostic de décompensation d'une gonarthrose tri-compartmentale gauche post-traumatique avancée, dans un contexte de lésions majeures probablement dégénératives du cartilage. En dépit d'un traitement conservateur associant des séances de physiothérapie, la prise d'anti-inflammatoires et d'antalgiques, ainsi que des infiltrations multiples, l'assurée présentait d'importantes douleurs et une limitation fonctionnelle majeure.
8. Une échographie réalisée le 9 mai 2014 a objectivé un kyste poplité récidivant du genou gauche, développé sur fond d'arthropathie débutante de type dégénératif. Le

kyste a été ponctionné, évacué puis infiltré (cf. rapport du docteur G_____, spécialiste FMH radiologie, du 9 mai 2014).

9. En date du 24 juin 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
10. Mandaté par l'assureur-accidents, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu un rapport d'expertise le 10 juillet 2014. L'expert a retenu les diagnostics de gonarthrose bi-compartimentale du genou gauche fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire, et d'obésité. L'expert a présenté une anamnèse, relaté les plaintes de l'assurée, résumé le bilan radiologique et livré le résultat de ses constatations objectives. Il a notamment indiqué que l'assurée présentait des douleurs occasionnelles au genou droit et que le bilan radiologique réalisé en juin 2013 pour ces douleurs d'origine indéterminée montrait que la simple surcharge pondérale et l'utilisation préférentielle du membre inférieur droit avaient suffi pour entraîner des gonalgies droites. Le genou gauche était sec et stable, diffusément douloureux à la palpation sur les interlignes fémoro-tibiaux, plus modérément fémoro-patellaire. Il n'y avait pas de signes méniscaux, les douleurs étaient diffuses à la mobilisation. La mobilité du genou était de 105-10-0 (contre 130-0-2 à droite). Distalement, étaient relevés un status artério-veineux normal, un discret status variqueux avec des veinetasies bilatérales, un peu plus marquées à gauche. La marche s'effectuait en flessum fonctionnel d'environ 20° du genou gauche, avec une nette boiterie, particulièrement au démarrage, persistante après quelques pas. L'IRM réalisée à sept mois du traumatisme montrait la guérison de la fracture du péroné, mais des signes d'inflammation chronique, avec un kyste poplité multi-lobulé et une péjoration des lésions cartilagineuses du compartiment interne. L'événement accidentel avait entraîné une fracture de la tête du péroné, laquelle avait guéri sans séquelles en six mois, et révélé une gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire. Les lésions cartilagineuses d'origine dégénérative s'étaient péjorées, partiellement en raison du déconditionnement musculaire et de la surcharge pondérale de l'assurée qui présentait un probable varus du compartiment interne. Il s'agissait d'une évolution classique de la gonarthrose chez la femme, par paliers et non de façon linéaire et régulière, et cette pathologie était classique chez la femme en surcharge pondérale autour de la cinquantaine. La prise de 10 kg depuis l'accident, associée à un déconditionnement musculaire, avait suffi à majorer les contraintes en varus du compartiment interne et décompenser un état dégénératif préexistant. Considérant la fracture du péroné, la période de décharge, le déconditionnement musculaire nécessitant une rééducation prolongée, il pensait que, raisonnablement, le statu quo sine devait être fixé à une année, soit au 25 avril 2014, date au-delà de laquelle la symptomatologie qui perdurait était en relation de causalité exclusive avec un processus manifestement dégénératif qui était la gonarthrose.

11. Le 11 juillet 2014, Novae a annoncé à l'OAI que le revenu annuel de l'assurée s'élevait à CHF 34'606.- en 2014.
12. Par rapport du 5 août 2014, le docteur I_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique des HUG, consulté en raison des gonalgies gauches, a retenu les diagnostics de chondropathie fémoro-patellaire à focalisation centrale et interne de stade IV et fémoro-tibiale interne de stade IV, d'épanchement et d'épaississement synovial. D'un point de vue fonctionnel, l'assurée pouvait marcher, à l'aide de cannes et à plat, pour une durée de 30 minutes au maximum. La descente était plus douloureuse, que ce soit en pente ou dans les escaliers. À l'examen clinique, la patiente de 160 cm pour 80 kg, était en bon état général et marchait alors sans cannes. Elle signalait des douleurs à la palpation des interlignes articulaires internes et externes, ainsi qu'au niveau de la rotule. Il y avait un petit épanchement articulaire, mais pas de signe de rabet rotulien, d'instabilité du genou ou de laxité pathologique. Au vu du jeune âge de l'assurée, la pose d'une prothèse semblait prématurée. Un bilan complémentaire auprès d'un rhumatologue semblait judicieux.
13. Dans un rapport du 3 septembre 2014, le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué, avec effets sur la capacité de travail, une gonarthrose multi-compartimentale péjorée suite à l'accident avec une fracture du péroné et, sans effet sur ladite capacité, un état dépressif et une surcharge pondérale. L'incapacité de travail avait été totale en 2013 et 2014 et était de 50% depuis le 25 août 2014, étant précisé que la patiente prenait beaucoup sur elle car elle devait beaucoup se déplacer dans la journée, ce qu'elle ne pouvait plus faire. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient possibles dans une activité adaptée effectuée en position assise.
14. Par décision sur opposition du 15 septembre 2014, l'assureur-accidents a mis fin aux prestations de l'assurée au 25 avril 2014, considérant que le statu quo sine avait été atteint à cette date.
15. Par rapport du 29 janvier 2015, le Dr J_____ a attesté d'une totale incapacité de travail et signalé une aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis le mois d'octobre 2014 en raison d'un état dépressif.
16. Dans un rapport du 11 septembre 2015, la doctoresse K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, avec effets sur la capacité de travail, un état dépressivo-anxieux secondaire aux fortes douleurs au genou gauche. Sans effet sur ladite capacité, elle a noté des maux de tête depuis un an, un excès de cholestérol et une obésité apparue après l'accident. Elle a indiqué que sa patiente, qu'elle suivait depuis le 20 août 2015, était en incapacité totale de travail depuis le jour du sinistre car elle présentait d'importantes difficultés pour marcher, boitait beaucoup et se déplaçait avec une béquille. Elle avait constaté un état dépressivo-anxieux avec des pleurs, des difficultés de concentration, des insomnies, une

diminution de l'appétit et une fatigue. Le pronostic dépendait du traitement du genou.

17. Le 26 octobre 2015, le Dr J_____ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de sa patiente était stationnaire, avec l'évolution de la gonarthrose tri-compartimentale, un léger mieux de l'état dépressif, une surcharge pondérale et un lupus cutané. L'incapacité de travail était totale en raison de l'impossibilité de se déplacer efficacement.
18. Dans un avis du 8 décembre 2015, la doctoresse L_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a considéré, au vu des éléments médicaux rapportés dans l'expertise du Dr H_____, qu'il était permis de retenir une incapacité de travail totale et durable dans l'activité habituelle d'aide de cuisine, depuis le 25 avril 2013. Les limitations fonctionnelles étaient en lien avec l'arthrose qui contre-indiquait tout port de charges lourdes, la position debout prolongée, la marche prolongée ou en terrain irrégulier, l'utilisation répétée d'escaliers, le travail en hauteur et les mouvements de flexion-extension répétée du genou gauche. Le pronostic évolutif de la gonarthrose n'était pas favorable puisque cette atteinte était amenée à se péjorer avec l'âge et que l'indication à une prothèse n'était pas retenue au vu du jeune âge de l'intéressée. Comme l'attestait l'expert, l'accident d'avril 2013 avait justifié une incapacité de travail totale dans toute activité durant une année en raison de la fracture du péroné, de la période de décharge, du déconditionnement musculaire et de la rééducation prolongée. À compter du mois d'avril 2014, du point de vue rhumatologie, on devait considérer que l'assurée avait retrouvé une capacité de travail entière dans une activité sédentaire effectuée en position assise. D'un point de vue psychiatrique, l'assurée présentait un épisode dépressif réactionnel depuis le mois d'octobre 2014, mais la Dresse K_____ avait relaté des limitations fonctionnelles d'ordre somatique uniquement, de sorte qu'une expertise était préconisée.
19. L'OAI a confié une expertise psychiatrique au Département de santé mentale et de psychiatrie des HUG. La doctoresse M_____, psychiatre, et le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport le 10 novembre 2016, après trois entretiens avec l'assurée entre les 14 juillet et 2 septembre 2016, un entretien téléphonique avec la Dresse K_____, un entretien avec le Dr J_____, et l'étude du dossier. Les experts ont consigné l'anamnèse, les plaintes de l'intéressée et le status clinique, puis ont retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) depuis 2014 avec répercussions sur la capacité de travail. L'état psychique, marqué par une tristesse profonde, une dévalorisation personnelle, un pessimisme quant à l'avenir et une limitation de la capacité à se projeter dans l'avenir, rendaient difficile l'exercice d'une activité professionnelle à l'heure actuelle. En effet, les symptômes dépressifs présentés durant l'expertise ne permettaient pas à l'assurée d'envisager une reprise du travail. Les limitations psychiques et mentales étaient liées au premier plan au

trouble dépressif, actuellement de degré moyen, ainsi qu'aux plaintes somatiques, soit des céphalées et des douleurs dorsales, qui pouvaient être secondaires à la dépression. Elles étaient caractérisées par un profond abattement moral, une importante anergie, un manque de motivation lié au sentiment de détresse, aux déficits d'attention et de concentration, et à une fatigabilité chronique due aux troubles du sommeil. Ces restrictions réduisaient la capacité de travail dans toute activité lucrative, laquelle était nulle depuis le mois d'octobre 2014. L'assurée se montrait partiellement capable de s'adapter à un environnement professionnel et une reprise d'activité devrait se faire dans un endroit calme, pas loin de son domicile, préférentiellement dans une structure de petite ou moyenne taille avec un emploi du temps et des missions précises et acceptées par l'intéressée. Actuellement, il était entendu que la capacité d'adaptation à un éventuel environnement professionnel était réduite en raison de l'état dépressif. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables et l'assurée pourrait bénéficier, sous réserve de l'amélioration de son état dépressif, d'une reprise de travail progressive accompagnée par un suivi psychiatrique. La capacité de travail pourrait être améliorée par une réintégration professionnelle progressive et la mise en place, au moins au début, d'une activité à temps partiel. L'expertisée ne bénéficiait actuellement pas de suivi psychiatrique car celui débuté auprès de la Dresse K_____ avait été interrompu pour des raisons financières. Toutefois, on pouvait raisonnablement penser qu'avec un tel suivi régulier et une réévaluation de sa médication, l'état dépressif pourrait s'améliorer. Sur le plan médicamenteux, il serait souhaitable d'effectuer un dosage du traitement antidépresseur puis d'ajuster ou de modifier la médication en conséquence. De telles mesures pourraient améliorer la capacité de travail à 50% dans un premier temps. Une augmentation progressive de ce taux pourrait ensuite intervenir. L'activité adaptée devrait être relativement peu stressante, au calme et tenir compte de la vulnérabilité de l'expertisée.

20. Dans un rapport du 15 mars 2017, la Dresse L_____ a considéré, sur la base des rapports d'expertise, que l'assurée avait été en incapacité de travail totale durant une année dans toute activité en raison de la fracture du péroné, et qu'elle avait retrouvé, à compter du mois d'avril 2014, une capacité de travail entière dans une activité sédentaire effectuée en position assise. Du point de vue psychique, un trouble dépressif s'était installé progressivement depuis l'accident et justifiait une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} octobre 2014. Au jour de l'expertise, la capacité de travail résiduelle était estimée à 50% dans une activité adaptée et l'intéressée était apte à s'adapter à un environnement professionnel. Le suivi psychiatrique débuté en août 2015 auprès de la Dresse K_____ avait été interrompu pour des raisons financières, mais un tel suivi serait susceptible d'améliorer la symptomatologie dépressive. Un suivi hebdomadaire et l'adaptation du traitement antidépresseur après dosage sanguin étaient exigibles. Il y avait lieu d'en informer l'assurée et sa psychiatre traitante.

-
21. Selon l'extrait de compte individuel de l'assurée, cette dernière a perçu un revenu annuel de CHF 42'280.- en 2013 (CHF 29'062.- versés par O_____, CHF 3'588.- par P_____ et CHF 9'630.- par Q_____).
 22. Le 9 octobre 2018, l'OAI a déterminé les revenus à prendre en considération pour la perte de gain. Il a noté que le revenu sans invalidité se serait élevé à CHF 47'975.- pour 2014 compte tenu du salaire versé par O_____ (CHF 34'606.-) et des deux autres revenus annuels (CHF 9'631.- indexés à CHF 9'722.- pour 2014 et CHF 3'588.- indexés à CHF 3'647.- pour 2014). Quant au revenu avec invalidité, il devait être établi sur la base de l'ESS 2014 (CHF 4'347.- par mois [T1, activités de niveau 1, total femmes], soit CHF 54'381.- après adaptation à la durée normale de travail et annualisation), ce qui donnait un salaire de CHF 48'943.- (après abattement de 10%) pour 2014. Pour 2016, le revenu sans invalidité était porté à CHF 48'621.- et le revenu avec invalidité à CHF 55'113.- après indexation. Compte tenu du taux de la capacité de travail raisonnablement exigible (50%), le revenu d'invalidité était de CHF 27'557.-. Il en découlait un degré d'invalidité de 43.3%.
 23. En date du 15 novembre 2018, le Dr J_____ a complété une demande de renseignements envoyée par l'OAI à l'assurée et indiqué que cette dernière n'avait pu reprendre aucune activité professionnelle, vu l'état des genoux, l'état dépressif et les lombalgies suite à la prise pondérale.
 24. En date du 6 décembre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui accorder une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2015 au 31 décembre 2016, puis un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2017. Il a retenu que l'intéressée était en incapacité totale d'exercer son activité habituelle depuis le 25 avril 2013. Au terme du délai d'attente d'une année, soit le 25 avril 2014, elle disposait toutefois d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état de santé. Après comparaison des revenus sans invalidité (CHF 48'943.-) et avec invalidité (CHF 47'975.-), la perte de gain était nulle et l'assurée n'avait donc pas le droit à une rente. En raison d'une nouvelle atteinte à la santé, l'intéressée avait été en incapacité totale de travail dans toute activité, dès le 1^{er} octobre 2014. À la fin du nouveau délai d'attente d'une année, soit le 1^{er} octobre 2015, la perte de gain était totale et ouvrait le droit à une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100%. Dès le 2 septembre 2016, l'assurée pouvait exercer à 50% une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il résultait de la comparaison des gains sans invalidité (CHF 48'621.-) et avec invalidité (CHF 27'557.-) une perte de CHF 21'064.- correspondant à un degré d'invalidité de 43.3%. Ainsi, le taux d'invalidité était de 43% dès le 1^{er} janvier 2017, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Enfin, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, faute de permettre la sauvegarde ou l'amélioration notable de la capacité de travail.
 25. Par courrier du 13 décembre 2018, l'assurée a contesté la position de l'OAI et soutenu que son état de santé s'aggravait. Les douleurs avaient fortement augmenté, en même temps que son poids, et elle était suivie par un psychiatre et un interniste.

Elle a joint un rapport du 1^{er} novembre 2018 relatif à une IRM de la colonne lombaire pratiquée en raison de douleurs lombaires chroniques avec une irradiation dans les membres inférieurs à prédominance gauche. Cet examen avait permis de conclure à une discrète spondylarthrose en L3-L4 et L5-S1 avec une discopathie L5-S1 légèrement protrusive, sans hernie discale ou signe de conflit disco-radicaire.

26. Dans un avis du 19 mars 2019, la Dresse L_____ a considéré que les éléments médicaux apportés en procédure d'audition ne parlaient pas en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée et n'étaient pas de nature à modifier ses conclusions précédentes.
27. Par décision du 25 juin 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2015 au 31 décembre 2016, diminuée à un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2017 pour les motifs évoqués dans son projet de décision du 13 décembre 2018, dès lors que les éléments apportés par l'assurée à l'appui de son opposition ne parlaient pas en faveur d'une aggravation de son état de santé.
28. Le 4 juillet 2019, l'assurée a contesté auprès de l'OAI la décision du 25 juin 2019. Elle a rappelé que son poids avait atteint 90 kg, qu'elle n'arrivait quasiment plus à marcher, que sa dépression était stable et importante. En aucun cas il n'y avait eu une amélioration de son état de santé, étant précisé qu'elle souffrait également de difficultés de concentration, avec une tristesse importante, des pleurs fréquents et des insomnies.
29. Le 8 juillet 2019, l'OAI a rappelé à l'assurée les voies de droit.
30. Par acte du 26 août 2019, l'assurée, représentée par une mandataire, a interjeté recours contre la décision du 25 juin 2019. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son écriture et, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse en tant qu'elle réduisait sa rente entière à un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2017. En substance, la recourante a contesté le taux de la capacité de travail retenu par l'intimé, tant en ce qui concernait ses atteintes somatiques que psychiques, niant toute amélioration de son état de santé depuis le mois de septembre 2016. Elle a également contesté le calcul du degré d'invalidité, en particulier les montants retenus à titre de salaires avec et sans invalidité, et soutenu qu'un abattement de 15% au moins devait être appliqué.

Elle a annexé un rapport du Dr J_____ du 27 juin 2019, lequel s'est déclaré choqué par la décision de l'intimé. Selon lui, sa patiente était en totale incapacité de travail depuis l'accident, en raison de ses problèmes de genou et de sa prise pondérale, qui avaient entraîné une détérioration de la hanche droite, du genou droit et de son état dépressif.

31. En date du 26 novembre 2019, la recourante a complété son recours dans le délai octroyé à cet effet et conclu, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Elle a relevé que la décision litigieuse était basée sur deux expertises, soit l'expertise orthopédique du 10 juillet 2014 et l'expertise

psychiatrique du 10 novembre 2016. Or, son état de santé s'était considérablement aggravé depuis ces expertises. De plus, la première n'était pas pertinente car elle avait été diligentée par l'assureur-accidents qui ne répondait pas des conséquences de la maladie. Quant à la seconde, elle ne remplissait pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante. Elle sollicitait donc la reprise de l'instruction.

Elle a produit :

- un rapport du Dr D_____ du 12 juillet 2019 retenant les diagnostics de gonarthrose varisante des deux côtés prédominante à gauche, d'œdème des membres inférieurs en rapport avec une insuffisance veineuse sur un status variqueux et de lombalgies chroniques avec des irradiations dans la fesse droite en rapport avec une discopathie protrusive L5-S1 ; le périmètre de marche de la recourante était limité à moins d'une demi-heure en raison des douleurs mécaniques des genoux et la position assise était également pénible au-delà d'une demi-heure ; les palpations de l'angle iliolumbaire droit et de la fesse étaient sensibles ; le bilan radiologique du jour montrait une gonarthrose bi-compartimentale fémoro-tibiale des deux côtés avec un pincement fémoro-tibial interne des deux côtés ; en conclusion, la recourante présentait un important handicap à la marche s'étant aggravé depuis 2013, susceptible de s'aggraver dans les prochaines années et de faire considérer un traitement chirurgical de type prothétique ;
- un rapport de la Dresse K_____ du 18 juillet 2019 attestant que l'état de santé psychique de la recourante n'avait fait que s'empirer depuis qu'elle la suivait, soit depuis le 20 août 2015, en raison de l'augmentation des douleurs articulaires ; elle souffrait également des effets secondaires de sa médication antalgique ; elle souhaitait travailler à nouveau pour améliorer les finances familiales, mais ignorait quelle activité pourrait être adaptée ;
- un rapport suite à des radiographies des genoux du 31 octobre 2019 concluant à une gonarthrose bilatérale prédominante à droite ;
- un rapport suite à des échographies des genoux du 1^{er} novembre 2019 ayant permis de déceler un kyste poplité à gauche ;
- un certificat du Dr D_____ du 6 novembre 2019 indiquant qu'il avait examiné la recourante en urgence le 5 novembre 2019 en raison d'une aggravation de la symptomatologie douloureuse des genoux résistant aux différents traitements ; des injections de morphine étaient restées sans effet sur la symptomatologie ; le bilan radiologique du 5 novembre 2019 montrait une gonarthrose varisante évolutive sévère à gauche ; compte tenu de cette importante dégradation symptomatique et radiologique, il avait orienté la recourante vers les HUG pour évaluer la mise en place d'une prothèse totale du genou à gauche ;
- un rapport de la Dresse K_____ du 15 novembre 2019 signalant une aggravation depuis son rapport du 18 juillet 2019 ; la recourante restreignait ses

visites médicales pour des raisons financières ; elle était très déprimée de réaliser que les antidépresseurs n'amélioreraient pas son état, qu'elle grossissait, probablement en raison d'un repli sur soi et de l'inactivité secondaire à ses douleurs qui à leur tour péjoraient la dépression ; elle ne pouvait plus se déplacer sans cannes ;

- un courrier des HUG du 15 novembre 2019 la convoquant à une consultation d'orthopédie du genou.

32. Dans sa réponse du 11 décembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que la recourante n'avait fait mention d'aucun élément susceptible de remettre en cause ses conclusions. Le dossier contenait suffisamment d'indications médicales fiables. Concernant l'abattement, il avait été fixé à 10% pour la première période afin de tenir compte des limitations fonctionnelles. À partir du 2 septembre 2016, la capacité de travail était de 50% et les restrictions ne pouvaient pas se répercuter une nouvelle fois sur le revenu d'invalidé puisqu'elles avaient déjà été incluses dans l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. Les critères habituellement admis ne permettaient pas de réduction supplémentaire.

L'intimé a annexé un rapport de la doctoresse R_____, médecin auprès du SMR, du 9 décembre 2019. Après examen des documents produits par la recourante dans le cadre de la procédure, le SMR était d'avis que, sur le plan orthopédique, la situation avait évolué avec la présence d'une gonarthrose qui était actuellement bilatérale et l'indication à la pose d'une prothèse à gauche. Le kyste décrit sur l'échographie du 1^{er} novembre 2019 était déjà connu en 2013. Les limitations fonctionnelles d'épargne des genoux demeuraient semblables et même si les deux genoux étaient atteints, une activité de type sédentaire demeurait tout à fait exigible, même si la recourante se déplaçait avec des cannes. Concernant les lombalgies, il n'y avait pas de signes objectifs pour une aggravation par rapport à 2018, date de la première IRM lombaire. Une insuffisance veineuse n'entraînait pas d'incapacité de travail, mais des limitations fonctionnelles qui étaient déjà comprises dans les restrictions d'épargne des genoux. Ainsi, sur le plan orthopédique, la gonarthrose bilatérale n'entraînait pas de nouvelles restrictions et une activité sédentaire demeurait exigible. Au niveau psychique, les rapports de la psychiatre traitante ne contenaient pas d'éléments objectifs permettant au SMR de revoir ses précédentes conclusions basées sur le rapport d'expertise du 10 novembre 2016. En effet, en dehors de l'aggravation des douleurs qui étaient subjectives, la psychiatre ne faisait aucune description clinique objective. Ainsi, les rapports produits n'apportaient pas d'éléments objectifs permettant au SMR de modifier son appréciation du cas.

33. Le 30 janvier 2020, la recourante a persisté, en particulier concernant la mise sur pied d'une expertise judiciaire. S'agissant de l'abattement, elle a soutenu qu'en présence d'un assuré de plus 50 ans, la jurisprudence insistait sur l'effet de l'âge combiné avec un handicap qui devait faire l'objet d'un examen concret. Il fallait tenir compte de l'interdépendance des facteurs personnels et professionnels entrant

en ligne de compte qui contribuaient à désavantager un assuré sur le marché du travail après une absence prolongée, ce qui était son cas.

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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al.1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 26 août 2019 est recevable.

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé du 25 juin 2019 en tant qu'elle réduit la rente entière accordée à compter du 1^{er} octobre 2015 à un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2017, sur la base d'un degré d'invalidité de 43%.

5. a. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA.

b. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de

santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 - RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Selon les art. 16 LPGA et 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.

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).

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et ATF 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

9. a. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

b. Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

10. L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait

qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a).

11. Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent cependant pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_797/2017 du 22 mars 2018 consid. 4.2).

Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

12. Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. À cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR 2011 IV n° 30 p. 86 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).

13. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres

spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

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

b. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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 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).

14. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).
15. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement

comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

16. 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).

17. a. En l'espèce, l'intimé a considéré, dans sa décision litigieuse du 25 juin 2019, que la recourante avait droit à une rente d'invalidité entière du 1^{er} octobre 2015 au 31 décembre 2016, et à un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2017.

Il a en effet retenu que, suite à son accident du 25 avril 2013, la recourante ne pouvait plus exercer son activité habituelle en raison de son état de santé somatique, mais qu'elle disposait, à l'issue du délai d'attente d'une année, d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée. La comparaison des revenus ne laissant apparaître aucune perte de gain, l'intéressée n'avait pas le droit à une rente. À partir du 1^{er} octobre 2014, la recourante avait présenté des troubles psychiques entraînant une totale incapacité de travail dans toute activité, de sorte qu'elle avait droit à une rente entière à l'échéance du nouveau délai d'attente d'une année, soit dès le 1^{er} octobre 2015. Toutefois, à compter du 2 septembre 2016, son état de santé psychique lui permettait d'exercer à 50% une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Suite à une nouvelle comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'intimé a fixé le degré d'invalidité à 43%, ce qui justifiait de réduire la rente entière à un quart de rente trois mois après l'amélioration, soit dès le 1^{er} janvier 2017.

Ces conclusions sont fondées sur les avis du SMR des 8 décembre 2015 et 15 mars 2017, rendus sur la base des rapports d'expertise du Dr H_____ du 10 juillet 2014 et du Département de santé mentale et de psychiatrie des HUG du 10 novembre 2016.

b. La recourante n'invoque pas le droit à une rente d'invalidité avant le 1^{er} octobre 2015 et ne fait valoir aucun motif à cet égard. Elle conteste uniquement la décision en tant qu'elle réduit sa rente entière à un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2017. Elle nie toute amélioration de son état de santé dès le mois de septembre 2016 et soutient qu'elle est demeurée en totale incapacité de travail pour des raisons psychiques et physiques.

Elle ne reconnaît aucune valeur probante aux deux rapports d'expertise et se réfère à l'appréciation de ses médecins traitants, les Drs J_____ et D_____, et la Dresse K_____.

18. À titre préalable, il sied de relever que les rapports du Dr J_____ du 27 juin 2019, du Dr D_____ des 12 juillet et 6 novembre 2019, ainsi que ceux de la Dresse K_____ des 18 juillet et 15 novembre 2019, bien que postérieurs à la décision litigieuse, doivent être pris en considération puisqu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue.
19. a. Au niveau somatique, la chambre de céans rappelle tout d'abord que le rapport d'expertise orthopédique date du 10 juillet 2014. Or, il n'est pas contestable que les atteintes du genou gauche se sont aggravées depuis l'examen du Dr H_____, comme l'attestent notamment les rapports du Dr D_____ qui font état d'une importante dégradation symptomatologique et radiologique avec une gonarthrose varisante évolutive sévère à gauche, et qui évoquent la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche (cf. rapports des 12 juillet et 6 novembre 2019).

En présence d'une gonarthrose, dont la progression n'est pas linéaire et dont l'évolution peut être très rapide, l'intimé ne pouvait pas se contenter, en juin 2019, de l'avis de la Dresse L_____, émis en décembre 2015 et confirmé sans autre examen en mars 2017, basé essentiellement sur des constatations médicales remontant à 2014. Il lui incombait au contraire de solliciter des renseignements complets et récents, ce d'autant plus que le Dr J_____, qui avait dans un premier temps attesté d'une capacité de travail de 50% en raison des atteintes du genou gauche (cf. rapport du 3 septembre 2014), a signalé en octobre 2015 une évolution de la gonarthrose et certifié que sa patiente était totalement incapable de travailler faute de pouvoir se déplacer efficacement (cf. rapport du 6 octobre 2015).

Si l'intimé avait procédé aux investigations médicales qui s'imposaient avant de se prononcer par décision, il aurait pu obtenir les rapports pertinents et actualisés que la recourante a produit en cours de procédure et qui établissent une aggravation de la gonarthrose gauche depuis 2014.

b. De surcroît, le Dr H_____, mandaté par l'assureur-accidents, a été invité à se prononcer avant tout sur les troubles en lien de causalité entre le sinistre survenu le 25 avril 2013 et les lésions présentées par la recourante au genou gauche, et non pas à se déterminer sur la capacité de travail de l'intéressée compte tenu de son état de santé global.

Or, il ressort des faits de la cause que la recourante avait signalé au Dr H_____, soit en 2014 déjà, des douleurs au genou droit qu'elle attribuait à l'utilisation préférentielle de ce membre inférieur et qui avaient justifié des investigations radiologiques. Elle s'était également plainte de douleurs handicapantes aux deux genoux, de céphalées et de douleurs dorsales diffuses lors de ses entretiens avec les experts psychiatres, soit entre les mois de juillet et septembre 2016. Par la suite, l'intimé a reçu en retour sa lettre annotée le 5 novembre 2018 par le Dr J_____ qui attestait d'une totale incapacité de travail en raison des troubles des deux genoux, de l'état dépressif et de lombalgies suite à la prise pondérale, puis le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 1^{er} novembre 2018.

L'intimé ne pouvait donc ignorer que la recourante souffrait d'autres pathologies que celles diagnostiquées par le Dr H_____ en 2014. Il n'a cependant entrepris aucune démarche afin de clarifier l'ensemble des troubles et leurs éventuelles incidences sur la capacité de travail de la recourante.

Faute d'instruction, l'intimé n'a donc pas pu se procurer les rapports que la recourante a produit par devant la chambre de céans, qui attestent que ses problèmes au niveau du genou gauche, en lien avec la prise pondérale, ont entraîné une détérioration du genou droit et de la hanche droite (cf. rapport du Dr J_____ du 27 juin 2019) et qu'elle présente désormais une gonarthrose du genou droit avec une insuffisance veineuse sur un status variqueux (cf. rapports du Dr D_____ des 12 juillet et 6 novembre 2019, rapport de radiographie du 31 octobre 2019), et qu'elle souffre de lombalgies chroniques en rapport avec des atteintes objectivées au niveau de la colonne lombaire qui rendent pénible la position assise au-delà d'une demi-heure (cf. rapport du Dr D_____ du 12 juillet 2019).

c. Force est donc de conclure que le rapport d'expertise du Dr H_____ ne permet pas de se déterminer sur l'ensemble des troubles somatiques présentés par la recourante, sur les limitations fonctionnelles qui en découlent et sur le taux de sa capacité de travail résiduelle au moment litigieux, soit à partir du 2 septembre 2016.

Dans ces circonstances, les avis de la Dresse L_____ qui a conclu, sur la base du rapport précité, que la capacité de travail de la recourante était entière d'un point de vue rhumatologique dans une activité sédentaire effectuée en position assise, et ce depuis le mois d'avril 2014 (cf. avis des 8 décembre 2015 et 15 mars 2017) ne sauraient se voir reconnaître une quelconque valeur probante.

d. La chambre de céans relèvera encore que l'avis de la Dresse R_____ du 9 décembre 2019 est critiquable à de nombreux égards.

S'agissant du kyste décrit à l'échographie du 1^{er} novembre 2019, il était certes déjà connu en 2013, mais il avait été ponctionné et évacué en mai 2014 et le Dr H_____ ne l'a pas mentionné à titre de diagnostic, ce qui laisse supposer l'absence de récurrence au moment de l'expertise.

Concernant les lombalgies, la Dresse R_____ a noté qu'elles étaient déjà connues en 2018. Elle a toutefois omis de constater qu'elles n'ont jamais été prises en considération par le SMR.

Enfin, s'il est exact que la Dresse L_____ a retenu de nombreuses limitations fonctionnelles en lien avec les pathologies présentées au niveau du genou gauche, soit le port de charges lourdes, la position debout prolongée, la marche prolongée et en terrain irrégulier, l'utilisation répétée d'escaliers, le travail en hauteur ou impliquant des flexions et extensions répétées du genou gauche, rien ne permet de considérer que ces mesures d'épargne sont encore suffisantes, compte tenu de l'aggravation de la gonarthrose à gauche et de l'apparition d'une gonarthrose à droite qui est désormais prédominante (cf. rapport de radiographie du 31 octobre 2019). À titre d'exemple, on rappellera qu'à l'époque de l'expertise orthopédique, la recourante était en mesure de se déplacer sans cannes, ce qui n'est désormais plus le cas (cf. rapport de la Dresse K_____ du 15 novembre 2019). Ce fait peut être de nature à restreindre la capacité de la recourante à emprunter des escaliers, même occasionnellement, à porter des charges, même légères, ou encore à se déplacer ou rester debout, même pendant une courte période. En outre, l'existence de troubles lombaires est susceptible de remettre en cause l'aptitude à travailler en position principalement assise, comme retenu par la Dresse L_____.

e. Par conséquent, la chambre de céans conclut qu'il n'est en l'état pas possible, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, de retenir des diagnostics fiables sur le plan somatique, de se déterminer sur les limitations fonctionnelles qui en découlent et sur le taux de la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée.

20. a. Au niveau psychique, les questions de savoir si le rapport d'expertise du 10 novembre 2016 permet une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence, et cas échéant si ce document répond aux réquisits pour se voir attribuer une pleine valeur probante, peuvent demeurer ouvertes.

b. En effet, il appert d'emblée que l'avis de la Dresse L_____, qui a estimé que la capacité de travail de la recourante était de 50% au niveau psychique au jour de l'expertise, n'est pas conforme aux conclusions des experts.

À cet égard, la chambre de céans rappellera que les psychiatres ont diagnostiqué un épisode dépressif, alors de degré moyen, avec un syndrome somatique (F32.11) et considéré que ce trouble entraînait une diminution des capacités fonctionnelles. Ils ont notamment signalé que les limitations psychiques et mentales étaient caractérisées par un profond abattement moral, une importante anergie, un manque

de motivation lié au sentiment de détresse, aux déficits d'attention et de concentration et une fatigabilité chronique due aux troubles du sommeil. Ils ont encore noté, à titre d'exemples, une anhédonie, une aboulie, un sentiment de dévalorisation chronique, et considéré que les restrictions réduisaient la capacité de travail dans toute activité lucrative. Les experts ont ainsi conclu que la capacité de travail de la recourante était nulle depuis le mois d'octobre 2014.

S'ils ont effectivement mentionné que l'intéressée se montrait « partiellement » capable de s'adapter à un environnement professionnel, ils ont également clairement ajouté qu'« actuellement » cette capacité d'adaptation était réduite en raison de l'état dépressif. De même, s'ils ont expliqué que des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables et que la capacité de travail pourrait être améliorée par une réintégration professionnelle progressive et la mise en place d'une activité à temps partiel « au moins au début », ils ont toutefois précisé que l'intéressée pourrait bénéficier d'une telle reprise de travail progressive « sous réserve de l'amélioration de son état dépressif », d'« un suivi psychiatrique » dont elle ne bénéficiait alors pas pour des raisons financières, et d'un ajustement de son traitement médical. Ils ont exposé que de telles mesures pourraient améliorer la capacité de travail à 50% dans un premier temps, avec une augmentation progressive par la suite, dans une activité relativement peu stressante, au calme et tenant compte de la vulnérabilité de l'expertisée.

Or, bien que la recourante consulte à nouveau sa psychiatre traitante et que cette dernière lui prescrive un traitement médicamenteux, l'amélioration du trouble dépressif n'est à ce stade pas établie. Au contraire, la Dresse K_____ a fait état d'une aggravation continue de l'état de santé psychique de sa patiente depuis 2015 (cf. rapports des 18 juillet et 15 novembre 2019). Dans son dernier rapport, elle a en outre signalé que la recourante devait restreindre ses visites pour des motifs financiers.

c. Ainsi, l'appréciation de la Dresse L_____ n'est pas conforme aux conclusions du rapport d'expertise du 10 novembre 2016, document qui ne permet pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que la recourante disposait, d'un point de vue psychique, d'une capacité de travail de 50% dès le 2 septembre 2016.

21. Enfin, la chambre de céans ne saurait se baser uniquement sur les rapports établis par les médecins traitants pour statuer sur la capacité de travail de la recourante dès cette date, étant rappelé le rapport de confiance qui unit le médecin traitant et son patient.
22. Partant, en l'absence d'une appréciation suffisamment convaincante et circonstanciée permettant de déterminer si et dans quelle mesure la capacité de travail de la recourante s'est améliorée à compter du 2 septembre 2016, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier de manière adéquate la situation médicale et de déterminer si un changement important au sens de l'art. 17 LPGA est survenu.

Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire indépendante, au sens de l'art. 44 LPGA. Un renvoi à l'administration se justifie, en l'occurrence, au vu de l'absence de toute investigation au niveau somatique et des conclusions non conformes à l'expertise au niveau psychique.

À l'issue de cette instruction, l'intimé rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision quant aux droits de la recourante à d'éventuelles mesures de réadaptation et à une rente d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2017.

23. Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire, à ce stade de la procédure, d'examiner les griefs de la recourante quant au calcul d'invalidité opéré par l'intimé.

24. Le recours sera donc admis partiellement.

La décision du 25 juin 2019 sera annulée en tant qu'elle réduit la rente entière d'invalidité de la recourante à un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2017 et confirmée pour le surplus.

La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

25. La recourante, représentée par un conseil et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 25 juin 2019 en tant qu'elle réduit la rente entière de la recourante à un quart de rente dès le 1er janvier 2017.
4. La confirme pour le surplus.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de procédure de CHF 2'000.-.
7. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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