



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3094/2018

ATAS/84/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 février 2020

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre VUILLE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et
Christine WEBER-FUX, Juges assesseures**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1962, mariée, mère de deux enfants, a suivi une scolarité obligatoire en Espagne, puis en Suisse, où elle a effectué un apprentissage de coiffeuse en 1980. De 1984 à 2011, elle a travaillé en qualité de caissière auprès de la société coopérative B_____, d'abord à 100%, puis à 65,85%, dès la naissance de ses enfants. Depuis le 1^{er} janvier 2011, son salaire mensuel s'élevait à CHF 2'570.-, treize fois l'an, pour 27 heures de travail par semaine.
2. Dans un rapport du 15 novembre 2010, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie, a diagnostiqué un status post-foraminotomie et fénestration bilatérale L4-L5 le 3 septembre 2010 pour sténose L4-L5 du canal lombaire. L'assurée était en traitement depuis le 15 février 2010. Elle avait été hospitalisée du 2 septembre au 7 septembre 2010 aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) et elle était en incapacité de travail à 100% dès le 2 septembre 2010.
3. Par formulaire signé le 25 mars 2011, reçu par Swica Organisation de santé (ci-après Swica) le 30 mars 2011, transmis par celle-ci le 6 avril 2011 et réceptionné le 7 suivant par l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), l'assurée a demandé des prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une incapacité de travail pour cause de hernie discale et de canal lombaire rétréci depuis le 28 mars 2010. Dans son courrier de transmission de la demande à l'OAI, Swica précisait qu'il s'agissait d'une demande en vue de la sauvegarde des délais et qu'elle agissait en tant qu'assurance d'indemnités journalières selon la LCA pour l'assurée. Dans le cadre de la collaboration interinstitutionnelle, elle lui transmettait la copie du dossier médical en sa possession et l'informait des prestations qu'elle avait octroyées à celle-ci. Par courrier du même jour adressé à l'OAI, Swica informait celui-ci qu'elle souhaitait faire valoir son droit de compensation par le biais de remboursements avec d'éventuels paiements rétroactifs de l'AI et lui demandait de lui communiquer ses décisions relatives à l'assurée.
4. Dans son rapport du 10 mai 2011, le Dr C_____ a indiqué que suite à l'intervention subie par l'assurée en septembre 2010 aux HUG, elle souffrait encore de douleurs importantes aux membres inférieurs ainsi que de paresthésies plantaires. Une reprise de l'activité professionnelle n'était pas prévue. Pratiquement toutes les activités étaient limitées, sauf les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation.
5. Dans un rapport d'évaluation du 9 juin 2011, il est mentionné que l'assurée déclarait avoir subi un accident en février 2003. Elle avait glissé sur un sol savonné de l'entrée de Planète Charmilles, un matin en allant au travail, et avait, depuis lors, des problèmes de dos. Elle avait également un problème à l'oreille interne avec un impact sur son équilibre, des crises avec des vomissements deux fois par année et elle souffrait d'une scoliose sur les cervicales depuis quelques années.

6. Dans un rapport du 1^{er} décembre 2011, le docteur R_____, psychiatre, a diagnostiqué une dépression récurrente de degré moyen depuis 2003. L'incapacité de travail était de 100% du 3 septembre 2010 au 23 novembre 2011.
7. Dans un rapport du 9 décembre 2011, le docteur E_____, médecin traitant, a diagnostiqué un canal lombaire étroit, des lombalgies et une décompensation L4-L5 en 2010. L'activité exercée n'était pas exigible, vu l'état douloureux et la dépression associée.
8. Selon un rapport du 3 mai 2011 établi par le docteur F_____, médecin adjoint au service de rhumatologie des HUG, suite à une consultation du 26 avril 2011, la patiente souffrait de lombosciatalgies communes chroniques persistantes après décompression L4-L5 (le 3 septembre 2010), de périarthrite de la hanche droite et d'un état anxio-dépressif. En raison d'une composante de périarthrite de la hanche droite, une infiltration écho-guidée avait été proposée mais refusée par la patiente. Celle-ci présentait une dysthymie associée à des difficultés d'endormissement. Elle ne souhaitait pas évaluer la nécessité d'un soutien psychologique ou d'un traitement médicamenteux.
9. À la demande de Swica, le docteur G_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a expertisé l'assurée. Dans son rapport du 7 décembre 2011, il a diagnostiqué des lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales chroniques et un status après chirurgie de L4-L5 le 3 septembre 2010. Il a estimé la capacité de travail de l'assurée à 50% dans l'activité professionnelle de caissière d'un temps plein et à 90%, en tenant compte de sa diminution de rendement, dans une activité professionnelle légère excluant les ports de charge au-delà de 5 kg de manière répétitive, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, autorisant l'alternance de la position assise et debout et une activité évitant la marche prolongée au-delà d'une heure.
10. Dans un rapport du 6 février 2012, le docteur H_____, neurochirurgien FMH, a diagnostiqué des lombalgies chroniques actuellement exacerbées, une discopathie inflammatoire L3-L4 et un status après recalibration bilatérale L4-L5 le 3 septembre 2010. Il s'agissait d'un problème fonctionnel pour lequel il n'y avait pas d'indication chirurgicale. Vu la chronicité des douleurs, le pronostic à long terme restait réservé. Le traitement était basé sur une médication suffisante.
11. L'OAI a demandé une expertise au docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
12. Dans son rapport du 29 janvier 2013, le Dr I_____ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte et le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble douloureux somatoforme persistant, tous deux présents depuis environ trois ans. La symptomatologie dépressive avait évolué d'une intensité plus importante vers une intensité légère. L'épisode dépressif léger diminuait le rendement d'environ 20%. Même accompagnée par un trouble thymique, la problématique du syndrome

douloureux persistant était sans influence sur la capacité de travail de l'expertisée. Sa vie sociale était certainement influencée par la symptomatologie douloureuse, mais ses douleurs chroniques ne la conduisaient pas vers un isolement psychosocial. C'était la sphère professionnelle qui semblait particulièrement concernée par la symptomatologie douloureuse. La capacité de travail dans une activité adaptée était exigible à 100%, avec une diminution de rendement de 20% depuis septembre 2010.

13. Le 7 février 2013, le Dr E_____ a certifié que l'assurée n'était pas apte à travailler actuellement en raison de problèmes lombaires qui avaient nécessité un suivi chirurgical spécialisé, malheureusement sans succès.
14. Dans un avis de 14 mai 2013, le service médical régional AI (ci-après le SMR) a retenu une incapacité de travail de 80% du 1^{er} septembre 2010 au 5 décembre 2011 pour raisons psychiques, puis de 50% depuis le 6 décembre 2011 pour des raisons psychiques et somatiques dans l'activité habituelle et, depuis lors, une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée.
15. Un rapport d'enquête économique sur le ménage du 18 juillet 2013 conclut à des empêchements pondérés dans la sphère ménagère de 25,5% avec une exigibilité pour les membres de la famille de l'assurée de 29,2%.
16. Le 8 octobre 2013, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles.
17. Le 6 novembre 2013, l'assurée a formé opposition au projet de décision de l'OAI.
18. Par avis du 17 décembre 2013, le SMR a considéré que les pièces produites ne permettaient pas d'admettre une aggravation de l'état de santé.
19. Le 20 janvier 2014, le docteur J_____ a indiqué que l'assurée était en incapacité de travail totale définitive depuis septembre 2010. Bien que l'expertise psychiatrique démontrait qu'elle pouvait travailler avec une diminution de rendement de 20%, il insistait sur le fait que l'activité de l'assurée demandait des efforts et des mouvements continus, en alternance de position assise et debout. Tous ces mouvements allaient générer à plus ou moins longue échéance, des douleurs aussi intenses que celles qu'elle avait déjà connues et qui ne touchaient pas seulement le dos mais se multipliaient pour envahir les hanches, les épaules et les poignets. Une reprise de travail à 100% péjorerait l'état de santé de l'assurée, ce qu'il ne souhaitait pas.
20. Par décision du 10 mars 2014, l'OAI a refusé l'octroi de prestations à l'assurée, considérant qu'elle était entièrement capable de travailler dès le 26 avril 2011 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Sa perte économique était de 10,60%, ce qui était insuffisant pour lui ouvrir le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité.

21. L'assurée a interjeté recours contre cette décision le 9 avril 2014, contestant la valeur probante des expertises et concluant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
22. Le 22 mai 2014, une arthro-IRM a mis en évidence une déchirure transfixiante du tendon sus-épineux avec désinsertion distale à sa jonction avec le sous-épineux et multiples plans de clivage intratendineux s'étendant jusqu'à la surface bursale et s'associant à une opacification secondaire de la bourse sous-acromiale et une déchirure de la face articulaire du tendon sous-épineux au niveau de son tiers supérieur.
23. Le 19 juin 2014, le docteur K_____, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a indiqué qu'au vu de la symptomatologie ressentie, il lui paraissait légitime et souhaitable de proposer à l'assurée une réinsertion sous arthroscopie.
24. Le 25 juillet 2014, le docteur L_____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, a indiqué avoir revu l'assurée à sa consultation du 23 juillet. La situation de celle-ci était compliquée au niveau de son problème lombaire. Elle avait été vue par le docteur M_____, qui ne retenait pas d'indication chirurgicale et proposait une infiltration sous contrôle scanographique que l'assurée refusait. Elle se plaignait toujours de douleurs au niveau de son membre inférieur droit, mais également au niveau du pied gauche. Dans l'attente d'une solution chirurgicale, il proposait d'essayer un traitement de Lyrica.
25. Le 28 octobre 2014, le Dr L_____ a indiqué avoir revu l'assurée à sa consultation du jour précédent. Actuellement, elle était essentiellement gênée par son pied gauche. Les douleurs du membre inférieur gauche avaient diminué depuis la prise de Rivotril (le traitement de Lyrica n'avait pas été supporté). À l'examen de son pied, on déclenchait une douleur élective à la palpation des deuxième et troisième têtes métatarsiennes. La station debout mettait en évidence un orteil en griffe (deuxième orteil du pied gauche). Il adressait l'assurée à la doctoresse N_____ pour ses douleurs au pied, qui ne lui semblaient pas d'origine neurogène, mais mécanique, pour avis à ce sujet.
26. Par arrêt du 15 avril 2015 (ATAS/273/2015), la chambre de céans a renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, considérant que les faits objectifs relatifs à l'aggravation de l'état de santé de la recourante étaient déjà présents avant la décision du 6 mars 2014 et postérieurs à l'expertise rhumatologique du 7 décembre 2011.
27. Les docteurs K_____ et O_____ ont indiqué, le 7 mai 2015, avoir revu la patiente à six mois de sa réinsertion arthroscopique de la coiffe des rotateurs droite. Elle présentait toujours une épaule douloureuse à la mobilisation et pendant la nuit et n'avait pas pu reprendre ses activités habituelles. Son épaule représentait actuellement les 40% d'une épaule normale. Cliniquement, les amplitudes articulaires étaient diminuées avec une antépulsion à 120° et une rotation interne

mains-fesses. Un ultrason effectué le jour même mettait en évidence un bon accolement des tendons sus-épineux, scapulaire et infra-épineux sur l'os. Les ancres étaient bien intégrées dans l'os. On observait une bursite sous-acromiale. Le diagnostic de capsulite rétractile était retenu. Un traitement de physiothérapie n'avait pas permis d'améliorer les symptômes. Une infiltration du nerf supra-scapulaire avait été effectuée en conséquence, afin d'accélérer le processus de récupération. En cas d'échec, une infiltration gléno-humérale pourrait être proposée.

28. À teneur d'un rapport établi par le Dr K_____ le 25 juin 2015, il avait revu l'assurée, qui était à huit mois d'une réparation arthroscopique de sa coiffe des rotateurs. L'évolution était très satisfaisante. Elle gardait encore une gêne occasionnelle à mettre sur le compte d'une élévation antérieure active encore limitée à 160°.
29. Le 18 septembre 2015, le Dr L_____ a indiqué avoir revu l'assurée à sa consultation du jour précédent. Elle présentait à nouveau une récurrence de ses lombosciatalgies depuis l'été. Elle se plaignait toujours de douleurs au niveau du pied. Il organisait pour la semaine suivante une infiltration sous CT de la racine L4 droite. Concernant ses métatarsalgies, la Dresse N_____ avait prescrit à l'assurée des supports plantaires en octobre 2014. Il adressait celle-ci au docteur AH_____ pour un deuxième avis.
30. Le 5 octobre 2015, le SMR a estimé nécessaire de demander une nouvelle expertise bi-disciplinaire rhumato-psychiatrique et de nouveaux rapports aux médecins traitants de l'assurée.
31. Le Dr L_____ a indiqué, le 23 décembre 2015, avoir vu l'assurée à sa consultation le jour précédent. Concernant les douleurs de son membre inférieur gauche, elles n'étaient présentes que par intermittence. L'assurée avait pu diminuer très significativement la prise de Rivotril et de Lyrica sans recrudescence de la symptomatologie. Elle consultait aujourd'hui pour des douleurs lombaires basses avec des blocages itératifs. Elle présentait un status après décompression sélective L4-L5 avec des lombosciatalgies chroniques actuellement au décours et des lombalgies communes. Le médecin proposait qu'elle bénéficie dès janvier d'une hydrokinésithérapie.
32. Le 9 février 2016, l'assurée a été opérée de son deuxième orteil gauche.
33. À teneur d'un rapport établi le 23 mars 2016 par le Dr L_____, l'assurée l'avait consulté le 23 février 2016, en raison d'une recrudescence de ses douleurs au niveau de la cuisse droite. Un examen IRM du 25 février 2016 avait mis en évidence une hernie discale foraminale L3-L4 droite comprimant l'émergence de la racine L3 droite. En conséquence, l'assurée présentait des lombocuralgies droites chroniques résistantes au traitement. Le médecin suggérait de répéter une infiltration, selon les résultats, au service de neurochirurgie des HUG.

-
34. L'OAI a confié une expertise de l'assurée aux docteurs P_____, rhumatologue FMH, et Q_____, psychiatre FMH, du SMR.
35. Dans leur rapport du 19 avril 2016, faisant suite à un examen du 30 mars 2016, les experts ont posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de :
- rachialgies diffuses et surtout de lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après cure chirurgicale d'un canal lombaire étroit L4-L5, avec un canal lombaire étroit L3-L4 et une hernie discale foraminale L3-L4 D ;
 - douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite dans le cadre d'un status après opération et capsulite rétractile post-opératoire de l'épaule ;
 - status après probable opération d'un 2^{ème} orteil gauche en griffe.

Plusieurs diagnostics ont encore été retenus, sans répercussion sur la capacité de travail, dont celui de fibromyalgie.

La capacité de travail était nulle dans l'activité de caissière et de 50% dans une activité adaptée, au vu des limitations qui conduisaient à une baisse de rendement. Bien que l'assurée se plaignait d'importantes douleurs avec des pics douloureux jusqu'à 10 sur 10 à l'échelle visuelle analogique de la douleur, elle gardait une bonne intégration sociale, fréquentant des amis. Un facteur négatif était la durée de l'incapacité de travail qui était de six ans. L'assurée présentait de bonnes ressources mobilisables, étant bien soutenue par son réseau social et sa famille et ayant une bonne aptitude à la communication, même en français, qui n'était pas sa langue maternelle. Cependant, elle n'était pas motivée par la reprise d'une activité professionnelle, qu'elle ne se voyait pas faire en raison de ses problèmes de santé. Les experts notaient chez l'assurée certains motifs d'exclusion, à savoir une certaine démonstrativité à l'examen clinique, à la marche sur les talons, à l'examen du rachis ainsi que de l'épaule droite, sous forme du développement d'une importante résistance volontaire avec contrepulsion à la mobilisation passive de l'épaule droite. Elle présentait quatre signes de non-organicité selon Waddell sur cinq, ce qui était un nombre important. Bien que l'assurée ne présentait que trois points Smythe sur dix-huit, ce qui ne permettait pas de poser le diagnostic de fibromyalgie selon les anciens critères, ce diagnostic avait pu être posé selon les nouveaux critères. Elle indiquait ne consommer de l'alcool qu'occasionnellement avec ses amis lors des weekends, mais présentait de nombreux stigmates cutanés d'éthylisme, ce qui ne permettait pas d'exclure un syndrome de dépendance à l'alcool.

Actuellement, le comportement de l'assurée n'était que partiellement actif face à la maladie, puisqu'elle ne faisait pas de physiothérapie à sec active et n'avait jamais effectué de physiothérapie active intensive de type fitness, mais seulement de la physiothérapie en piscine. Cependant, la thérapie suivie jusqu'à présent avait été conduite dans les règles de l'art. Les experts relevaient certaines incohérences.

Malgré l'allégation d'importantes lombosciatalgies droites, l'assurée gardait une bonne intégration sociale et était capable de lire de manière importante. Vu ses bonnes ressources, il n'y avait pas de raison, même en présence d'une fibromyalgie, d'attester une incapacité de travail supérieure à 50% dans une activité adaptée.

Sur le plan psychiatrique, l'expert relevait que l'assurée disposait d'un réseau social conséquent. Elle avait trois vraies amies et plusieurs copines qu'elle voyait régulièrement et qu'elle avait au téléphone presque tous les soirs. Elle vivait en bonne harmonie avec son mari et leurs enfants. Elle ne présentait aucun antécédent psychiatrique avant une période récente. Elle n'avait jamais rencontré de psychiatre, ni bénéficié d'un suivi psychologique, ni pris de médicaments psychotropes. Elle avait été triste dans la période qui avait suivi l'infarctus du myocarde dont avait été victime son mari 20 ans auparavant, mais son médecin de l'époque n'avait pas jugé nécessaire d'introduire un traitement antidépresseur. En 2011, elle avait été invitée par l'OAI à voir un psychiatre et c'était dans ce contexte que les consultations avec le Dr R_____ avaient débuté le 4 octobre 2011. Ce suivi s'était interrompu le 28 novembre suivant, du fait d'une mésentente avec le médecin. Dans son rapport psychiatrique du 1^{er} décembre 2011, le Dr R_____ avait retenu le diagnostic de dépression récurrente moyenne depuis 2003 et précisé que la patiente avait refusé de suivre un traitement. Il avait attesté d'une incapacité de travail totale du 3 septembre 2010 au 23 novembre 2011. Les limitations fonctionnelles se limitaient à la présence d'une fatigue. L'assurée n'avait jamais reconsulté par la suite. De ce fait, on devait admettre que l'adhésion à la thérapie n'était pas optimale.

Les plaintes actuelles psychiatriques de l'assurée se limitaient aux douleurs de dos dont l'intensité était fluctuante et qui étaient à l'origine de difficultés à rester assise ou debout. Pour l'assurée, le problème était exclusivement physique.

L'examen psychiatrique effectué n'objectivait pas de troubles psychiques. Le trouble somatoforme persistant n'était pas confirmé, en l'absence de sentiment de détresse. Sur le plan psychiatrique, l'assurée n'avait jamais présenté d'incapacité de travail durable.

Le diagnostic de fibromyalgie retenu par l'expert rhumatologue devait être considéré comme non-incapacitant, au regard des ressources de l'assurée dans sa vie quotidienne. Elle aimait lire, écouter de la musique classique, faire la cuisine et voir ses amis. Elle se rendait deux fois par semaine au marché aux puces. Elle marchait jusqu'à une heure par jour, avec des pauses assises en raison des douleurs. Elle avait des limitations fonctionnelles en lien avec son rachis, son membre supérieur droit et ses membres inférieurs. L'assurée était restée totalement incapable de travailler du 3 septembre 2010 au 3 mars 2011 dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Dès le 4 mars 2011, soit six mois après l'intervention chirurgicale du rachis, sa capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle et de 90% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire.

Depuis le 28 septembre 2012, soit la date de l'IRM lombaire qui avait mis en évidence une hernie discale foraminale droite sur l'étage L3-L4 en légère augmentation de taille par rapport aux comparatifs avec conflit radiculaire L3, l'assurée était totalement incapable de travailler dans l'activité habituelle de caissière et à 50% dans une activité adaptée. L'incapacité de travail avait été à nouveau complète dans toute activité professionnelle du 14 novembre 2014, date de l'opération de l'épaule droite, au 7 mai 2015, date d'un ultrason qui avait mis en évidence un bon accolement des tendons sus-épineux, sus-scapulaires et infra-épineux sur l'os.

Dès le 9 février 2016, date d'une opération au deuxième orteil gauche, l'incapacité de travail avait été à nouveau totale dans une activité adaptée pendant environ trois mois. Une réévaluation de la capacité de travail en mai 2016 permettrait d'évaluer la capacité de travail à trois mois post opératoires dans une activité adaptée. Pour ce faire, le médecin responsable du dossier au SMR devrait demander un rapport médical aux orthopédistes des HUG. L'assurée se plaignait par ailleurs de troubles de l'audition et de vertiges, dans le cadre d'un status après greffe du tympan gauche et d'un possible syndrome de Ménière et il conviendrait de questionner à ce sujet le médecin ORL traitant de l'assurée.

36. Le 25 mai 2016, le docteur S_____, chef de clinique du département de chirurgie orthopédique des HUG, a relevé que la patiente se plaignait toujours d'un léger élévatius de l'orteil qui avait été opéré, mais que la griffe n'étant plus présente et que la patiente était satisfaite, car elle n'avait quasiment plus de douleurs. Elle présentait, au niveau du pied droit, des orteils qui commençaient à partir en griffe, qui la gênaient. Une cure de la griffe serait effectuée si la gêne empirait.
37. Dans un rapport du 7 juillet 2016, le docteur T_____, chef de clinique du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué que l'assurée avait souffert d'un deuxième orteil en griffe du pied gauche, qui avait fait l'objet d'une intervention chirurgicale le 9 février 2016 avec une évolution favorable et une disparition complète de la symptomatologie. L'assurée avait en conséquence été totalement incapable de travailler du 9 février au 23 avril 2016.
38. Dans un rapport établi le 27 juillet 2016, le Dr J_____ a indiqué que depuis des années, l'assurée souffrait de la maladie de Ménière. Elle rapportait des crises récurrentes de vertiges lui provoquant un état nauséux et des vomissements pouvant durer quatre à six semaines. Au niveau du rachis lombaire, les douleurs étaient exacerbées à la marche et irradiaient tout le membre inférieur jusqu'au pied où l'on notait des métatarsalgies de plus en plus importantes. Une intervention des orteils devrait être programmée prochainement. La patiente se plaignait de douleurs constantes au niveau de son dos, de son épaule droite, de la région cervicale et de ses pieds. Elle était incapable de travailler à 100% depuis 2010 dans sa profession de caissière, en raison de ses multiples douleurs et d'importantes crises de vertiges. Aucune activité n'était possible, même à temps partiel, en raison de ses douleurs aux pieds, des lombosciatalgies et des vertiges.

39. Le 28 avril 2017, l'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire aux docteurs U_____, médecine interne et rhumatologue FMH, V_____, médecine interne FMH, et W_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, X_____, otoneurologie, et Y_____, orthopédiste, de la Policlinique Médicale Universitaire (ci-après la PMU).
40. Les experts ont indiqué que le rapport d'expertise du 5 septembre 2017 était fondé sur le dossier de l'assurance-invalidité, un examen de médecine interne le 13 juin 2017, un consilium psychiatrique du 20 juin 2017, un consilium otoneurologique du 5 juillet 2017 et un consilium orthopédique du 14 juillet 2017. Les conclusions du rapport avaient été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire, en présence des Drs V_____, U_____ et W_____. Les experts ont résumé le dossier médical de l'expertisée, procédé à un rappel anamnestique, décrit les plaintes actuelles de l'expertisée, procédé à une anamnèse systématique, décrit la vie quotidienne de l'expertisée et procédé à des constatations objectives. Ils n'ont retenu aucun diagnostic psychiatrique, l'assurée n'ayant pas de troubles de l'humeur. En l'absence de sentiment de détresse et de stressseurs psychosociaux majeurs, ils n'ont pas non plus retenu le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux.

L'expert neurologue a retenu les diagnostics de probable maladie de Ménière gauche et de status après tympanoplastie gauche en 1985 avec légère surdité de transmission séquellaire dans les basses et moyennes fréquences. La capacité de travail de l'expertisée était complète dans l'activité habituelle de caissière ou toute autre activité, sous réserve d'un absentéisme temporaire en cas de crise de vertige.

L'expert orthopédique n'a constaté aucun handicap fonctionnel aux membres inférieurs. Concernant les membres supérieurs, la pathologie aux deux épaules restreignait les activités systématiques avec port de charges à l'horizontale et au-dessus. Dans les activités au-dessous de l'horizontale et surtout entre 0 et 60°, avec port de charges inférieures à 5 kg, sans mouvements réguliers voire systématiques avec à-coups, la fonction était complète. Il n'y avait aucun déficit fonctionnel des mains. En ce qui concernait le rachis, les limitations étaient le port de charges au-delà de 10 kg, exceptionnellement entre 5 et 10 kg et occasionnellement 5 kg ainsi qu'une interdiction des mouvements en porte-à-faux antérieurs ou latéraux. En respectant les limitations précitées dans une activité assise, semi-assise et occasionnellement debout, la capacité de travail était totale sur le plan orthopédique.

En conclusion, les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail étaient un syndrome de la coiffe des rotateurs bilatéral et des lombosciatalgies droites. L'expertisée avait été en incapacité de travail totale du 3 septembre 2010 au 5 décembre 2011 pour la chirurgie du canal lombaire étroit. Le 6 décembre 2011, elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20%. Elle avait à nouveau été en incapacité de travail complète du 14 novembre 2014 à mai 2015 pour la prise en charge de sa pathologie

de l'épaule droite. Ensuite, elle avait retrouvé une pleine capacité de travail avec une baisse de rendement de 20%.

Les experts ont indiqué s'être écartés des conclusions du médecin rhumatologue du SMR, qui avait retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, au vu du cumul de l'atteinte rachidienne et de la pathologie de la coiffe des rotateurs droite, soulignant qu'il existait également une hernie discale L3-L4 et un canal lombaire étroit. Ils considéraient que si l'IRM lombaire de 2016 montrait un canal lombaire étroit modéré et une discrète hernie discale intra-foraminale, ces anomalies n'avaient pas de traduction clinique. L'expertisée n'avait ni cruralgie ni claudication intermittente. Par ailleurs, même avec la survenue d'une tendinopathie de la coiffe controlatérale depuis l'examen du SMR, la mobilité des épaules était entière à gauche et quasi entière à droite. Au vu de ces éléments, ils n'avaient pas de raison médicale pour retenir une diminution de la capacité de travail si l'activité était adaptée. On pouvait admettre au maximum une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée pour les changements de positions depuis 2010.

Il était notamment mentionné sous les plaintes actuelles de l'assurée, que l'orteil opéré à gauche ne lui causait plus que très occasionnellement un syndrome douloureux. À droite, elle décrivait des douleurs à la marche disparaissant aux mouvements latéraux du pied.

Le Dr Y_____ a mentionné que l'assurée se plaignait par ordre d'importance de son dos, presque autant de son pied gauche et de ses épaules. Concernant le dos, les douleurs étaient lombaires basses, irradiant dans la fesse à droite, dans toute la région trochantérienne, puis dans la cuisse jusqu'aux genoux. Les douleurs étaient constantes restreignant le périmètre de marche entre 15 à 30 minutes à plat. Les douleurs du pied gauche étaient des métatarsalgies II et III, qui perduraient malgré la cure d'orteil en griffe. Ces douleurs étaient variables selon le chaussage et plus marquées en hiver. À la maison, l'assurée marchait avec un talon plutôt plat, mais pas trop, sinon elle présentait des douleurs dans la région d'Achille à gauche. Elle se plaignait enfin de ses deux épaules, mais de façon nettement plus modérée, avec des douleurs plutôt lors des gestes répétés à hauteur d'épaule et au-dessus. Elle ne pouvait pas faire son ménage, ni passer l'aspirateur et n'arrivait pas à cuisiner longtemps. Les jours où elle allait très mal, elle restait plutôt assise ou couchée. Elle ne sortait pas de son domicile. Elle était aidée par son mari et ses deux fils. Elle se plaignait depuis 2016 de métatarsalgies gauches mécaniques associées à une griffe douloureuse du deuxième orteil, qui avait été traitée avec une cure chirurgicale d'évolution simple. Lors de l'expertise, il avait été constaté que l'assurée se déplaçait aisément avec une bonne mobilité du rachis cervical et une mobilité un peu restreinte du rachis lombaire. Elle semblait toutefois s'autolimiter lors de l'examen. Elle présentait une excellente mobilité des jambes et aucun trouble neurologique n'avait été constaté. Il y avait eu quelques incohérences pendant le status. Concernant les pieds, ils étaient dans les limites de la norme, avec peut-être un très discret pied creux antérieur sur le bilan radiologique, mais sans

conséquence clinique. L'avant-pied était un peu large des deux côtés, nécessitant le port de chaussures fermées sans trop de compression, ce qui favorisait les métatarsalgies. L'assurée était venue à la consultation avec des sandalettes étroites à talons compensés avec, au niveau de l'avant-pied, une semelle extrêmement fine et s'y déclarait à l'aise. Aucun handicap fonctionnel n'avait été constaté aux membres inférieurs. Sous diagnostics, l'expert orthopédiste retenait, comme diagnostic avec influence essentielle sur la capacité travail, un syndrome de la coiffe des rotateurs bilatérale et des lombosciatalgies droites. Les diagnostics, sans influence essentielle sur la capacité travail, étaient un surpoids, une probable maladie de Ménière gauche et un status post tympanoplastie gauche en 1985 avec légère surdité.

41. Selon un rapport final établi le 10 octobre 2017 par la doctoresse Z_____, médecin SMR, celle-ci s'alignait sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de la PMU, qui était convaincante et conduite selon les règles de l'art. L'incapacité de travail avait commencé le 3 septembre 2010. La capacité de travail était de 0% dans l'activité habituelle jusqu'à ce jour. Dans une activité adaptée, elle avait été de 100% au 6 décembre 2011, 0% au 14 novembre 2014 et 100% depuis mai 2015 avec baisse de rendement de 20%.
42. Le 21 novembre 2017, le gestionnaire de l'OAI a demandé au SMR si l'on pouvait toujours considérer que la capacité de travail était de 80% (100% avec une baisse de rendement de 20%) dans une activité adaptée depuis le 26 avril 2011, étant observé que dans l'avis SMR du 27 septembre 2013, il était indiqué que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 80% (100% avec une baisse de rendement de 20%) à partir du 26 avril 2011, soit à la date de la consultation du Dr F_____. Sinon pourquoi ? y avait-il eu une nouvelle amélioration de l'état de santé le 6 décembre 2011 ? sinon, pourquoi la capacité de travail serait de 100% dans une activité adaptée à partir de cette date et l'exigibilité ne devrait-elle pas toujours être limitée à 80% ?
43. Dans un avis médical du 17 janvier 2018, le docteur AA_____, du SMR, a complété l'avis du 10 octobre 2017, indiquant que contrairement à ce qui était écrit dans celui-ci (erreur de plume), il fallait lire que la capacité de travail dans une activité adaptée était également de 100% avec une baisse de rendement de 20% du 26 avril 2011 au 13 novembre 2014 et non de 100% à partir du 6 décembre 2011.
44. Dans un rapport établi le 7 mars 2018, par la consultation spécialisée du pied et de la cheville des HUG, signé par la doctoresse AB_____ le 27 mars 2018, l'assurée avait été revue en raison de métatarsalgies à gauche. Au vu de la persistance de celles-ci, il était proposé de procéder à un traitement chirurgical au niveau des métatarsiens 2, 3 et 4 de son pied gauche, soit à un allongement de gastrocnémien endoscopique. L'assurée serait revue dans un mois pour discuter avec le Dr S_____ et décider une date opératoire.

45. Le 11 avril 2018, l'assurée a été convoquée par le département de chirurgie des HUG le 21 juin 2018 pour l'intervention chirurgicale.
46. Par rapport du 13 avril 2018, le Dr S_____ a indiqué avoir revu l'assurée, le 28 mars 2018. Elle se plaignait essentiellement de métatarsalgies au niveau du pied droit. Elle était très limitée lors de la marche avec chaussures plates ou à pieds nus. Il la revoyait pour discuter de la réalisation d'une chirurgie consistant en un allongement de la chaîne postérieure (allongement gastrocnémien). La patiente décrivait la même symptomatologie au niveau de son pied gauche. Un point de la situation de ce pied serait fait ultérieurement.
47. L'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles à l'assurée par projet de décision du 14 mai 2018.
48. Le 30 mai 2018, l'assurée a demandé à l'OAI un délai supplémentaire au 31 juillet 2018 pour se prononcer sur le projet de décision, car elle restait dans l'attente de certains éléments.
49. Le 4 juin 2018, un délai lui a été accordé par l'OAI au 13 juillet 2018.
50. Un certificat médical d'arrêt de travail a été établi le 21 juin 2018 par la Dresse AB_____ à 100% du 21 juin au 5 août 2018.
51. À teneur d'un avis de sortie du 21 juin 2018 établi par la Dresse AB_____, l'assurée avait subi une intervention chirurgicale le même jour pour un allongement gastrocnémien à droite.
52. Le 10 juillet 2018, l'assurée a indiqué à l'OAI que son état de santé avait récemment fait l'objet d'une nouvelle évaluation par le Dr L_____ et qu'elle restait dans l'attente des résultats de ces examens et du rapport y relatif. Elle demandait une prolongation du délai au 15 août 2018.
53. Le 16 juillet 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'à ce stade de la procédure, seul un recours contre sa décision était encore possible.
54. Par décision du 16 juillet 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision refusant toute prestation à l'assurée. Le statut de celle-ci était celui d'une personne se consacrant à 65,85% à son activité professionnelle et à 34,15% à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. À l'issue de l'instruction, le SMR reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle de l'assurée dès le 3 septembre 2010.

Dans une activité adaptée à son état de santé, la capacité de travail retenue était de :

- 0% du 3 septembre 2010 au 25 avril 2011 ;
- 80% du 26 avril 2011 au 13 novembre 2014 (100% avec une baisse de rendement de 20%) ;
- 0% du 14 novembre 2014 au 30 avril 2015 ;
- 80% dès le mai 2015 (100% avec baisse de rendement de 20%).

L'invalidité dans la sphère des travaux habituels avait été évaluée à 25,5% par l'enquête ménagère réalisée à son domicile.

Le délai de carence d'une année ouvrant le droit à des prestations de l'OAI avait pris fin en septembre 2011. À cette date, l'assurée présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à son état de santé.

Il ressortait de la comparaison des gains effectuée que son invalidité dans la sphère professionnelle était de 15,86% (revenu sans invalidité : CHF 33'410.-; revenu avec invalidité : CHF 28'110.-, soit une perte de gain de CHF 5'300.-).

Son degré d'invalidité découlait du calcul suivant qui tenait compte d'une pondération entre la part active et la part des travaux habituels.

Activités	Part en %	Perte économique/ Empêchement en %	Invalidité en %
professionnelle	65,85%	15,86%	10,44%
travaux habituels	34,15%	25,50%	8,71%
Taux d'invalidité (arrondi)			19%

Un degré d'invalidité inférieur à 20% n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles.

À compter du 14 novembre 2014, le SMR reconnaissait une aggravation de son état de santé avec une incapacité de travail totale dans toute activité.

Il y avait lieu d'appliquer un nouveau délai d'attente d'une année à partir de cette date. Dès le mois de mai 2015, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et lui permettait de reprendre une activité adaptée à son état de santé à 80% (100% avec une baisse de rendement de 20%).

Au terme du nouveau délai d'attente d'une année, la comparaison des gains dans la sphère professionnelle donnait un taux d'invalidité de 17,18% (revenu sans invalidité : CHF 34'462.-; revenu avec invalidité : CHF 28'541.-, soit une perte de gain de CHF 5'921.-)

Le degré d'invalidité tenant compte de la part active et de la part des travaux habituels était déterminé comme suit :

Activités	Part en %	Perte économique/ Empêchement en %	Invalidité en %
-----------	-----------	---------------------------------------	-----------------

professionnelle	65,85%	17,18%	11,31%
travaux habituels	34,15%	25,50%	8,71%
Taux d'invalidité (arrondi)			20%

Une perte de gain inférieure à 20% n'ouvrait pas le droit à des mesures professionnelles ni à une rente d'invalidité.

L'OAI avait réexaminé son degré d'invalidité en application de la nouvelle réglementation en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018. Dans son cas, le nouveau mode de calcul de la méthode mixte n'avait pas d'impact sur son droit à la rente.

55. Le 11 septembre 2018, l'assurée a formé recours contre la décision précitée. Elle constatait que les conclusions des experts mandatés par l'OAI différaient de celles de ses médecins traitants. Le dossier comprenait plusieurs expertises et opinions dont les conclusions étaient contradictoires. Il convenait donc de procéder à l'interrogatoire des Drs S_____, J_____ et L_____, en lien avec leurs spécialités respectives, voire d'ordonner une nouvelle expertise pluridisciplinaire intégrale.

La recourante faisait valoir que son droit d'être entendue avait été violé dans la mesure où l'OAI ne lui avait pas accordé un délai supplémentaire pour produire un rapport supplémentaire du Dr L_____. Ce refus était incompréhensible, dès lors que son dossier était déjà resté plus de trois ans en traitement après l'arrêt de la chambre des assurances sociales du 15 avril 2015. L'OAI avait ainsi refusé de tenir compte d'éléments pertinents, vu la nature contradictoire de l'ensemble des rapports transmis par les experts sollicités jusqu'alors. En tenant compte du rapport établi par le Dr L_____ en août 2018, produit à l'appui du recours, la chambre de céans pourrait guérir la violation du droit d'être entendu.

La recourante faisait encore grief à l'OAI d'avoir pris en compte des capacités de travail dans une activité adaptée qui ne pouvaient pas être reliées aux différentes expertises présentes au dossier. Sa décision était ainsi arbitraire et devait être annulée.

Enfin, la recourante faisait valoir que sa demande initiale datait du 30 mars 2011, que le droit à la rente prenait naissance au 30 septembre 2011 et que la rente devrait donc être versée depuis le 1^{er} septembre 2011.

La recourante a versé à la procédure un rapport médical établi le 30 août 2018 par le Dr L_____, dans lequel celui-ci indiquait, après avoir résumé l'évolution de la santé de l'assurée, qu'elle présentait des lombosciatalgies droites avec une aggravation radiologique et que son taux d'invalidité était de 11,31%. L'IRM lombaire du 7 juin 2018 mettait en évidence un canal lombaire étroit, comme l'IRM du 25 février 2016, mais une aggravation du rétrécissement canalaire d'origine discale à la hauteur du disque L3-L4. En été 2014, étaient apparues des douleurs du

pied et de la cheville gauches. Après un essai de traitement conservateur, l'assurée avait été opérée en février 2016 par le Dr S_____. L'intervention avait consisté en une cure de griffe percutanée du deuxième orteil à gauche avec une évolution favorable. La patiente avait été revue à la consultation du pied le 4 mai 2016 pour des douleurs du pied droit. Avait alors été constatée l'apparition de griffes sur la face dorsale des interphalangiennes 2, 3 et 4. Il avait cependant été décidé de ne pas intervenir au niveau du pied droit. L'assurée avait été revue par la consultation spécialisée du pied des HUG en décembre 2017 pour des métatarsalgies, puis le 14 février 2018, date à laquelle l'indication opératoire avait été posée. Elle avait été hospitalisée dans le service d'orthopédie du 21 au 22 juin 2018 pour un allongement gastrocnémien endoscopique. Un arrêt de travail avait été fixé du 21 juin 2018 au 5 août 2018. En conclusion, la persistance des lombosciatalgies avec l'aggravation des signes radiologiques rendait caduc le taux d'invalidité retenu par l'OAI. À cela s'ajoutait la pathologie touchant les deux épaules, avec des douleurs persistantes à droite malgré l'acromioplastie pratiquée en 2014, et à gauche, qui nécessiteraient probablement une nouvelle intervention. Concernant le pourcentage d'invalidité, le médecin proposait de se référer aux tables établies par la SUVA pour l'atteinte à l'intégrité. Au total, « l'incapacité » de l'assurée était de 55%.

56. Le 3 août 2018, la doctoresse AC_____, des HUG, a établi un arrêt de travail pour l'assurée du 6 août au 19 septembre 2018.
57. Par réponse du 10 octobre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant à la décision querellée. Conformément à l'arrêt de la chambre des assurances sociales du 15 avril 2015, il avait procédé à une instruction complémentaire par la mise en place d'un examen clinique bidisciplinaire. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, les experts avaient retenu des taux de capacité variables selon les périodes et, notamment, une totale incapacité de travail à compter du 9 février 2016, la situation devant être réévaluée en mai 2016 en questionnant les orthopédistes ayant opéré la recourante. Le chef de clinique du service de chirurgie orthopédique des HUG avait indiqué, dans un rapport du 7 juillet 2016, que le résultat chirurgical était satisfaisant. Il ne retenait qu'une incapacité de travail limitée dans le temps, soit du 9 février au 23 avril 2016.

Il ne pouvait être tenu compte des incapacités de travail fixées dans le cadre de l'examen du SMR du 30 mars 2016, en particulier de l'incapacité de travail totale dès le 9 février 2016, qui était due à l'intervention que la recourante devait subir. Au vu de l'évolution favorable attestée par le chirurgien orthopédiste, la poursuite d'une incapacité de travail au-delà du 23 avril 2016 n'était pas explicable.

Pour déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante, une expertise pluridisciplinaire avait été mise en place auprès de la PMU. Cette expertise remplissait tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Toutes les atteintes à la santé de la recourante avaient été prises en compte tant par les experts de la PMU que par le SMR. Il ne ressortait pas des griefs de la recourante d'éléments concrets susceptibles de

remettre en cause les conclusions des experts de la PMU. Son argumentation se limitait pour l'essentiel à souligner les divergences d'opinion entre les experts et ses médecins traitants relatives à l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, sans mettre en évidence d'importantes contradictions au niveau des diagnostics ou des observations cliniques. C'était donc à juste titre que l'OAI avait suivi les conclusions des experts de la PMU.

Le rapport du Dr L_____ du 30 août 2018 transmis dans le cadre du recours avait été soumis au SMR, qui s'était déterminé dans un avis joint à la réponse, auquel l'OAI se référait. Des mesures d'instruction complémentaires s'avéraient inutiles.

À teneur de l'avis médical établi le 21 septembre par la Dresse AI_____, du SMR, le rapport du Dr L_____ du 30 août 2018 résumait les différentes pathologies de l'assurée. Il mentionnait une IRM lombaire du 7 juin 2018 qui montrait une aggravation du rétrécissement discal de la hauteur du disque L3-L4. Cependant, si le rétrécissement n'entraînait pas de conflit radiculaire ou d'inflammation de type modique I, ce qui n'était pas mentionné, il n'y avait pas de retentissement clinique. Cette IRM n'était pas annexée au dossier. Le Dr L_____ avait indiqué que l'assurée avait bénéficié d'un allongement gastrocnémien endoscopique le 21 août 2016 avec des suites opératoires simples et une incapacité de travail limitée dans le temps du 1^{er} juin au 5 août 2018. Cette incapacité de travail n'était pas durable. Concernant l'atteinte des épaules, les experts de la PMU avaient en leur possession le rapport d'IRM du 31 mai 2017, de sorte que leur évaluation en avait déjà tenu compte. Le Dr L_____ se référait aux tabelles établies par la SUVA concernant l'atteinte à l'intégrité pour évaluer l'invalidité de l'assurée, ce qui n'était pas pertinent. Au total, le rapport du 30 août 2018 du Dr L_____ ne faisait pas état d'élément objectif d'aggravation et n'était pas susceptible de remettre en cause les conclusions rendues par le SMR le 10 octobre 2017 et complétées le 17 janvier 2018, lesquelles restaient valables.

58. Le 20 novembre 2018, la recourante a fait valoir que selon le rapport médical du Dr J_____ du 27 juillet 2016, la capacité de travail exigible d'elle dans une activité adaptée était de 0%. De plus, en 2013, le Dr E_____ avait indiqué que ses limitations fonctionnelles l'empêchaient de rester assise ou debout plus de 5 minutes et que les douleurs lombaires étaient constantes avec des irradiations très désagréables dans les membres inférieurs, avec une boiterie à la marche et une raideur lombaire. Au vu de ses limitations fonctionnelles, les experts ne pouvaient raisonnablement pas retenir une capacité de travail dans une activité adaptée.

Dès lors que ses médecins s'accordaient à dire de manière unanime et convaincante que sa capacité de travail dans une activité adaptée était nulle, leur avis laissait subsister un doute quant à la fiabilité des avis des experts de l'intimé. Une expertise judiciaire apparaissait donc nécessaire.

De plus, son état de santé ne cessait de se péjorer et elle devrait être opérée le 14 mars 2019 de la jambe gauche. Elle avait également subi une opération de la

main droite, car elle ne parvenait plus à bouger ses doigts. Cette intervention avait notamment consisté en des infiltrations au niveau de l'index et de l'auriculaire. Il semblait que le canal reliant les nerfs devait être désobstrué. En conclusion, la recourante persistait dans les conclusions de son recours.

La recourante a produit à l'appui de sa réplique :

- un rapport de radiologie établi suite à une IRM lombaire du 7 juin 2018 mentionnant notamment, sous description, un rétrécissement supplémentaire d'origine discale et ligamentaire à la hauteur du disque L3-L4 et concluant à un canal lombaire étroit constitutionnel dans le plan sagittal de L2 à L4, un canal lombaire rétréci supplémentaire d'étiologie dégénérative en L3-L4, et précisant que l'hypertrophie du ligament jaune secondaire à l'arthrose interfacettaire postérieure droite L5-S1 venait largement au contact de la racine L5 proximale dans le contexte clinique et mentionnant des lésions dégénératives discales, intersomatiques et interfacettaires postérieures étagées dans les territoires précités.
- un rapport établi le 3 octobre 2018 par la Dresse AC_____, suite à un contrôle trois mois après l'intervention chirurgicale du 21 juin 2018 (allongement gastrocnémien endoscopique), qui mentionnait une évolution favorable avec une durée prévisible du traitement de neuf mois. L'arrêt de travail était prolongé jusqu'au « PC ».
- des certificats médicaux établis par le Dr J_____ certifiant que la recourante était en incapacité totale de travail en septembre et octobre 2018.
- une convocation adressée à la recourante pour une opération fixée au 19 novembre 2018 par le docteur AE_____, du centre de chirurgie et de thérapie de la main.

59. Par duplique du 3 décembre 2018, l'intimé a indiqué avoir soumis les différents éléments médicaux produits par la recourante au SMR, qui s'était prononcé par avis du 30 novembre 2018 annexé, auquel il se ralliait. Il en ressortait principalement que la recourante présentait une aggravation de son état de santé postérieure à la décision litigieuse. Une expertise judiciaire ne se justifiait pas, faute d'éléments objectivement vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise de la PMU.

À teneur de l'avis médical établi le 30 novembre 2018 par la Dresse AF_____, l'IRM lombaire du 7 juin 2018 avait déjà été discutée dans l'avis du 21 septembre 2018. La recourante présentait un nouvel arrêt de travail pour des métatarsalgies gauches depuis octobre 2018. Cette aggravation était postérieure à la décision de l'OAI du 16 juillet 2018 et les conclusions précédentes du SMR restaient valables.

60. Le 10 janvier 2019, la recourante a fait valoir que l'aggravation des métatarsalgies au niveau de son pied gauche était antérieure à la décision attaquée. Elle avait consulté pour cela les 14 février et 28 mars 2018. Ses douleurs aux deux pieds la

limitaient considérablement lors de la marche avec des chaussures plates ou à pieds nus, selon le rapport du Dr S_____ (suite à la consultation du 28 mars 2018). L'intervention chirurgicale avait eu lieu le 21 juin 2018. Ensuite, les douleurs sous les têtes métatarsiennes droites avaient diminué. Elle continuait toutefois à ressentir des douleurs dont elle s'était plainte au Dr S_____.

Si l'OAI avait bien voulu accorder la prolongation de délai demandée par la recourante, il aurait été informé de l'aggravation de son état de santé intervenue en mars 2018. L'allongement gastrocnémien endoscopique du côté gauche avait été fixé au 14 mars 2019. L'intervention chirurgicale du 19 novembre 2018 avait consisté en une cure du pouce droit. La recourante présentait des doigts à ressaut multiples du côté droit.

À l'appui de son écriture, la recourante a notamment produit :

- un rapport établi le 6 novembre 2018 par le Dr AE_____, dans lequel celui-ci indiquait avoir vu l'assurée à sa consultation du 1^{er} novembre 2018 et qu'elle présentait des doigts à ressaut multiples du côté droit avec un pouce bloqué. Il lui avait proposé d'opérer le pouce et de pratiquer une infiltration des 2^{ème} et 5^{ème} rayons le jour même ;
- un courrier adressé à elle par le service de chirurgie orthopédique des HUG le 15 novembre 2018 la convoquant pour une intervention prévue le 14 mars 2019 ;
- un protocole opératoire établi par le Dr AE_____ relatif à l'intervention du 19 novembre 2018 indiquant que l'assurée souffrait d'un pouce droit à ressaut bloqué à 0 avec une synovite des autres doigts, moins importante. Il était proposé de traiter le pouce après infiltrations des 2^{ème} et 5^{ème} doigts. En cas de nécessité, les autres doigts seraient infiltrés.

61. Le 29 janvier 2019, l'OAI a indiqué avoir soumis les nouvelles pièces médicales produites par la recourante au SMR, qui s'était déterminé dans un avis du 17 janvier 2019, auquel il se ralliait.

À teneur de l'avis médical établi par la Dresse AG_____ le 17 janvier 2019, s'agissant de l'atteinte au niveau de la main droite, l'assurée avait consulté le Dr AE_____, en octobre 2018, soit postérieurement à la décision attaquée. Elle serait prochainement opérée. Tant l'expertise pluridisciplinaire que les pièces médicales versées au dossier ne faisaient (pas) mention d'une atteinte incapacitante au niveau des mains. Dès lors, les précédentes conclusions du SMR restaient valables.

62. Le 15 février 2019, la recourante a encore indiqué qu'au vu des avis médicaux divergents, il était nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire.

63. La recourante a été entendue par la chambre de céans lors d'une audience du 28 août 2019, à l'occasion de laquelle elle a produit plusieurs rapports médicaux datant de 2019.

64. 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur sa capacité de travail résiduelle et le début de son droit au versement d'une rente.

4. a. La recourante a invoqué une violation de son droit d'être entendue du fait que l'intimé avait refusé de lui octroyer un nouveau délai pour produire un rapport du Dr L_____.

b. Tel que garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu comprend, notamment, le droit pour l'intéressé de prendre connaissance du dossier (ATF 126 I 7 consid. 2b p. 10; arrêt du Tribunal fédéral 2C_782/2015 du 19 janvier 2016 consid. 2.1), de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 135 II 286 consid. 5.1 p. 293; 132 II 485 consid. 3.2 p. 494; 127 I 54 consid. 2b p. 56).

Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours pouvant contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée, à condition toutefois que l'atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave, de sorte qu'il n'en résulte aucun préjudice pour le justiciable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 p. 197; 133 I 201 consid. 2.2 p. 204).

c. En l'espèce, suite à son projet de décision du 14 mai 2018, l'intimé a octroyé à l'assurée une première prolongation de délai pour se prononcer sur celui-ci au 13 juillet 2018. Il a revanche refusé de lui octroyer un second délai au 15 août 2018 pour permettre à l'assurée de lui transmettre un rapport du Dr L_____ au motif

que celui-ci avait procédé récemment à une nouvelle évaluation dont elle attendait encore le rapport. La recourante n'invoquait ainsi pas de motifs suffisants pour justifier qu'un délai supplémentaire lui soit octroyé par l'intimé. L'on ne saurait dans ces circonstances retenir une violation du droit d'être entendu de la recourante, qui a bénéficié d'un délai raisonnable pour s'exprimer sur le projet de décision.

Cela étant, même si une violation du droit d'être entendue de la recourante était retenue, elle aurait été réparée, dès lors que la chambre de céans a pris en compte le rapport établi par le Dr L. _____ le 30 août 2018.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (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).

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.

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

L'octroi des prestations de l'assurance-invalidité est subordonné au dépôt d'une demande sur formule officielle auprès de l'office AI compétent (art. 65 al. 1 LAI). Si une demande ne respecte pas les exigences de forme ou si elle est remise à un organe incompétent, la date à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe est déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques de la demande (art. 29 al. 3 LPGA; Michel VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, n. 12 p. 721).

6. Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels, il faut évaluer l'invalidité d'un d'après la méthode mixte. Dans ce cas, l'invalidité est évaluée pour leur activité lucrative, selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). L'invalidité pour leurs travaux habituels est

fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI [dont la teneur a été modifiée dès le 1^{er} janvier 2018], ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

Selon l'art. 27^{bis} RAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

Sous l'empire de l'art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui

accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

7. 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).
8. 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, 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).

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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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 52; 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).

9. Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

Par ailleurs, selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation

que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

10. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'office fédéral de la statistique (ci-après OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

11. 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).

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.

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. 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 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3; 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. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (phr. 1 de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (phr. 2 de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour

examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). L'OAI doit réduire ou supprimer la rente avec effet à la fin du mois au cours duquel le délai de trois mois a expiré (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_900/2013 du 8 avril 2014 consid. 6.5 dans le même sens).

12. 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).
13. 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).
14. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution

fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

15. a. En l'espèce, l'expertise établie par les médecins de la PMU remplit de manière générale les réquisits pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle se fonde sur l'étude approfondie du dossier médical de la recourante ainsi que sur des examens cliniques complets. Les anamnèses sont détaillées et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. L'appréciation de la situation médicale est claire et chaque spécialiste a fait état de ses constatations et justifié son point de vue. Les experts se sont déterminés individuellement, puis ensemble, sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'expertisée.

b. Une évaluation médicale complète et approfondie telle que l'expertise de la PMU n'est pas remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. Tel n'est pas le cas en l'occurrence.

S'agissant de l'appréciation de l'invalidité faite par le Dr L_____, elle n'emporte pas conviction dans la mesure où il se réfère aux tabelles établies par la SUVA pour l'atteinte à l'intégrité, ce qui n'est pas pertinent, dès lors que l'invalidité doit s'établir selon la méthode mixte en comparant les revenus et les activités dans les travaux habituels avec et sans invalidité, selon l'art. 28a al. 3 LAI.

Les rapports du Dr J_____ ne suffisent pas non plus à remettre sérieusement en cause les conclusions de l'expertise de la PMU, car ils ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et émanent du médecin traitant de la recourante, qui pourrait être enclin à prendre son parti, vu le lien de confiance avec celle-ci, et qui n'est spécialisé, contrairement aux experts.

c. Il n'y a pas lieu, dans le cas de la présente cause, de prendre en compte l'atteinte à la main de la recourante, qui a été diagnostiquée après la décision querellée du 16 juillet 2018, à teneur du rapport établi le 6 novembre 2018 par le Dr AE_____, dans lequel celui-ci indiquait avoir vu l'assurée à sa consultation du 1^{er} novembre 2018 et qu'elle présentait des doigts à ressaut multiples du côté droit avec un pouce bloqué. La recourante n'a pas produit de pièces médicales faisant état de cette atteinte à la santé avant le 16 juillet 2018. Le rapport établi le 30 août 2018 par le Dr L_____ ne faisait en particulier pas mention de cette atteinte.

d. S'agissant de l'incapacité de travail de la recourante en lien avec ses métatarsalgies et l'opération qu'elle a subie le 21 juin 2018 (allongement gastrocnémien endoscopique à droite), il faut admettre, comme le soutient la recourante, qu'elle est intervenue avant la décision querellée. L'on peut toutefois s'étonner que cette dernière n'ait pas informé l'intimé de cette atteinte à la santé

dans le délai d'opposition. Quoi qu'il en soit, il ne s'agit pas là d'un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, devant être pris en compte par l'intimé en application de l'art. 17 LPGA, dès lors que cette atteinte à la santé n'était pas durable. Il faut relever à cet égard que le rapport établi le 30 août 2018 par le Dr L_____, qui évoque cette atteinte, ne la prend pas en compte dans son appréciation de la capacité de travail de la recourante. Il ressort en outre du rapport établi le 3 octobre 2018 par la Dresse AC_____, suite à un contrôle trois mois après l'intervention chirurgicale du 21 juin 2018, que l'évolution était favorable avec une durée prévisible du traitement de neuf mois. Aucune pièce au dossier n'atteste d'une incapacité de travail durable en lien avec les métatarsalgies de l'assurée. Il est en revanche établi que la même atteinte au pied gauche de l'assurée a quasiment disparu après une intervention chirurgicale. En effet, à teneur du rapport établi le 25 mai 2016 par le Dr S_____, la patiente se plaignait toujours d'un léger élévaté de l'orteil (gauche) qui avait été opéré, mais elle n'avait quasiment plus de douleurs. Dans son rapport du 7 juillet 2016, le Dr T_____ a indiqué que l'assurée avait souffert d'un 2^{ème} orteil en griffe du pied gauche, qui avait fait l'objet d'une intervention chirurgicale le 9 février 2016, avec une évolution favorable et une disparition complète de la symptomatologie.

e. L'incapacité durable de travail de la recourante a débuté le 3 septembre 2010. Les experts de la PMU ont fixé le début de sa capacité de travail dans une activité adaptée au 7 décembre 2011, en prenant en compte la date de l'expertise du Dr G_____, qui retenait une telle capacité de travail. Le SMR et l'intimé se sont écartés de cette date, en prenant en compte la date de consultation du Dr F_____, soit le 26 avril 2011, de façon peu convaincante, car dans son rapport du 3 mai 2011 relatif à cette consultation, ce médecin n'abordait pas la question de la capacité de travail de l'assurée. Il apparaît que le SMR a retenu cette date en se fondant sur un avis manifestement erroné établi par le Dr AA_____ le 17 janvier 2018, sans doute induit en erreur par la question qui lui avait été soumise par le gestionnaire de l'OAI le 21 novembre 2017. Dans son avis du 10 octobre 2017, la Dresse Z_____, du SMR, avait retenu que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% dès le 6 décembre 2011, conformément aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de la PMU qu'elle considérait convaincante. C'est donc à tort que l'intimé a retenu un début de capacité de travail dans une activité adaptée au 26 avril 2011. Il aurait dû prendre en compte le 7 décembre 2011, conformément aux conclusions de l'expertise de la PMU.

Cela a une incidence sur la décision en cause, car à l'échéance du délai de carence, le 3 septembre 2011, la recourante était toujours en incapacité de travail totale et ce, jusqu'au 6 décembre 2011. Il y a ainsi lieu de corriger le calcul effectué par l'intimé en tenant compte d'une totale incapacité de travail jusqu'au 6 décembre 2011, selon l'art. 27bis RAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2017.

Activités	Part en %	Perte économique/ Empêchement en %	Invalidité en %
professionnelle	65,85%	100%	65,85%
travaux habituels	34,15%	25,50%	8,71%
Taux d'invalidité (arrondi)			74,56%

Le taux d'invalidité de 74,56, arrondi à 75%, ouvre le droit à une rente entière d'invalidité à la recourante. Ce droit est né le 1^{er} octobre 2011, soit le premier jour du mois lors duquel est intervenue l'échéance du délai de six mois depuis la demande de prestations à l'OAI, qui a été faite le 6 avril 2011, conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA et l'art. 29 al. 3 LAI.

Contrairement à ce que soutient la recourante, elle a formé sa demande de prestations d'assurance-invalidité seulement à la date à laquelle son formulaire a été adressé par Swica à l'OAI, soit le 6 avril 2011, et non à la date à laquelle elle a envoyé le formulaire à Swica. Elle n'a en effet pas adressé ce formulaire à Swica par erreur, mais à la demande de celle-ci, qui est intervenue en tant qu'intermédiaire pour l'assurée, en sa qualité d'assurance d'indemnités journalières selon la LCA, en vue de la sauvegarde des délais et en informant l'OAI du fait qu'elle souhaitait faire valoir son droit de compensation en cas d'éventuels paiements rétroactifs de l'assurance-invalidité.

Le droit à la rente de la recourante se termine le 31 mars 2012, soit le dernier jour du troisième mois suivant le retour à une capacité de travail résiduelle (le 7 décembre 2011), en application de l'art. 88a RAI et de la jurisprudence.

16. Les faits de la cause sont suffisamment établis, au degré de la vraisemblance prépondérante, pour la trancher, de sorte qu'il ne se justifie pas de procéder à l'interrogatoire des médecins de la recourante, ni d'ordonner une nouvelle expertise pluridisciplinaire.
17. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 16 juillet 2018 annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2011 au 31 mars 2012.
18. La recourante obtenant partiellement 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. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
19. Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

**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 rendue par l'intimé le 16 juillet 2018.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2011 au 31 mars 2012.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- pour ses dépens à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

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