

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4209/2023

ATAS/627/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 août 2024

Chambre 6

En la cause

A _____

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1974, mariée, mère de deux enfants, B_____ née en 1997 et C_____ née en 2003, originaire du Portugal, est titulaire d'une autorisation d'établissement C.
- b.** L'assurée a travaillé depuis 1993 comme garde d'enfants à domicile, serveuse, nettoyeuse, femme de chambre et de ménage, et caissière.
- B.** **a.** L'assurée a été en incapacité de travail totale dès le 2 juin 2014, en raison de douleurs au niveau de la jonction lombo-sacrée droite, de douleurs aux hanches et de douleurs à l'épine iliaque postérieure et supérieure droite, d'origine indéterminée.
- b.** Le 13 novembre 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
- c.** Le 26 novembre 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'assurée présentait des douleurs depuis deux ans, lombaires, touchant le bassin au niveau surtout de la jonction lombo-sacrée et en regard de la hanche à droite, mal définies ; les douleurs avaient été largement investiguées, sans cause locorégionale. Une origine neurogène semblait très probable.
- d.** Par projet de décision du 16 février 2015 et décision du 30 mars 2015, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a rejeté la demande de prestations, au motif qu'il n'existait pas d'atteinte incapacitante.
- e.** La docteure E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin adjointe au service de rhumatologie du CHUV, a attesté chez l'assurée d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (rapports des 19 décembre 2016 et 1^{er} mai 2017).
- f.** Le 9 février 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité.
- g.** Le 25 avril 2017, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine générale, a attesté d'une maladie d'Ehlers-Danlos, incapacitante depuis le 15 décembre 2016, chez la recourante.
- h.** Le 20 juin 2017, la Dre E_____ a attesté d'une prise en charge depuis le 15 décembre 2016 et d'une maladie du tissu conjonctif d'origine congénitale, avec symptômes invalidants depuis 2012, la maladie étant symptomatique surtout depuis 2012. La capacité de travail était nulle comme femme de ménage depuis le 16 décembre 2016 et entre 30% et 50% dans une activité adaptée, depuis avril 2017. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : hypermobilité articulaire généralisée prédominant aux membres supérieurs avec instabilité des deux épaules, des deux coudes ; subluxation des doigts + pieds plats valgus des deux côtés avec troubles de la proprioception limitant le port de charges, les activités en bras de levier, les activités avec force tant que la rééducation

proprioceptive n'est pas faite. Une évaluation des capacités fonctionnelles pourrait être proposée au décours des premiers mois de rééducation intensive qui était actuellement commencée. Les diagnostics étaient ceux de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile + suspicion de pathologie radiculaire VS neuropathie périphérique.

i. Le 4 janvier 2018, le docteur G_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle depuis le 16 décembre 2016 (selon les Drs F_____ et E_____) et de 50% dans une activité adaptée depuis avril 2017. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : instabilité des épaules, des coudes, subluxation des doigts, troubles de la proprioception, limitation du port de charges, pas d'activités en porte-à-faux, pas d'activités avec force avant que la réadaptation proprioceptive ait eu lieu, pas de travail sur les lieux où une chute pourrait entraîner des lésions corporelles, privilégier un travail sédentaire sans sollicitation répétée des membres supérieurs.

j. Le 5 avril 2018, l'OAI a rendu un rapport d'enquête économique sur le ménage, suite à une visite du 28 mars 2018. L'assurée présentait un empêchement de 43,10% dans l'exercice des activités ménagères, lequel était de 24,40%, compte tenu d'une exigibilité de la fille aînée de l'assurée de 15,70%. Dès le 1^{er} janvier 2018 (nouvelle définition des tâches ménagères), l'empêchement était de 45,15% et de 30%, compte tenu d'une exigibilité de 15% de la fille aînée.

k. Par projet de décision du 4 juin 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Le statut de la recourante était mixte, soit 30% active et 70% ménagère. Le degré d'invalidité était de 19% et, suite à la modification législative du 1^{er} janvier 2018, de 34%.

l. Le 20 juin 2018, l'assurée s'est opposée au projet de décision de l'OAI, en contestant l'enquête ménagère

m. Par décision du 6 juillet 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

n. Le 21 juillet 2018, l'assurée a contesté la décision du 6 juillet 2018, en soulignant que sa fille B_____ n'habitait plus chez elle.

o. Le 8 août 2018, l'OAI a transmis le courrier de l'assurée du 21 juillet 2018 à la chambre de céans, laquelle a enregistré un recours.

p. Le 18 décembre 2018, l'OAI a conclu à l'admission partielle du recours, dans le sens de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès janvier 2018 et d'une demi-rente d'invalidité dès août 2018. Le statut de la recourante était mixte, active à 37% et ménagère à 63%.

q. Le 18 octobre 2018, le service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a attesté d'un diagnostic de neuropathie des petites fibres secondaire au syndrome d'Ehlers-Danlos.

r. Le 4 mars 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

s. Le 4 avril 2019, la recourante a communiqué :

- Un certificat médical du docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne, du 12 mars 2019, attestant de limitations fonctionnelles (douleur mobilisation, douleur diffuse épaule/hanches/plantaires à la marche, trouble du sommeil, fatigabilité, troubles sphinctériens/troubles à la marche. Dans l'activité exercée de femme de ménage, la capacité de travail exigible était nulle et la capacité de travail très réduite (2 h).
- Un rapport du 29 mars 2019 de la Dre E_____, attestant depuis juin 2017 d'une amélioration des problématiques sphinctériennes, de stabilité, voire péjoration des problématiques locomotrices en raison d'une physiothérapie inadéquate. Il existait objectivement une persistance d'une insuffisance majeure du transverse de l'abdomen, une persistance d'un trouble de la posture avec attitude antéprojetée du rachis et hyperlordose lombaire, une hypercyphose thoracique, une hypomobilité du rachis et des scapulae, des tensions au niveau diaphragmatique et des psoas, une instabilité du rachis cervical et des scapulae. La thérapie n'avait globalement pas permis de mettre en valeur une capacité résiduelle de travail après la fin de l'année 2017 puisqu'une partie de la thérapie n'avait pas été conduite correctement. Une modification de prescription avait été faite et une évaluation en avril 2019 était planifiée avec les physiothérapeutes spécialistes du tissu conjonctif. Compte tenu de l'évolution de l'état de santé, la capacité de travail résiduelle se situait à 30%, étant donné l'évaluation du 20 mars 2018.

t. Par arrêt du 13 mai 2019 (ATAS/435/2019), la chambre de céans a partiellement admis le recours, annulé la décision de l'OAI et dit, conformément à la proposition de celui-ci, que la recourante avait droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2018. Elle a retenu une capacité de travail de la recourante de 40% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} avril 2017 et un statut mixte de 54,5% active et 45,5% ménagère. Le degré d'invalidité était de 29% dès 2017, de 47% dès 2018 et de 54% dès le 1^{er} août 2018.

u. L'assurée a bénéficié de plusieurs interventions chirurgicales au pied droit les 10 mars 2020, 7 mai 2021, 1^{er} novembre 2021, 8 février 2022, 28 février 2023 et 18 juin 2024.

v. Le 17 juin 2022, l'assurée a indiqué à l'OAI que son état de santé s'était aggravé depuis environ deux ans, suite à trois opérations chirurgicales. Elle avait de la difficulté à marcher et des douleurs au niveau de la hanche et n'était pas capable de travailler.

Elle a communiqué un rapport de consultation ambulatoire de suivi des docteurs I_____, médecin chef de clinique, et J_____, médecin interne, au département

de chirurgie des HUG, du 21 avril 2022. L'assurée avait été opérée le 8 février 2022 (cure de malunion 1^{ère} métatarsale avec arthrodèse première tarsométatarsienne ostéotomie akin, endoscopie gastrocnémien à droite). L'évolution était globalement favorable mais marquée cependant de douleurs résiduelles. Un arrêt de travail était prescrit du 4 mai au 4 juin 2022.

w. Le 25 juillet 2022, le département de chirurgie des HUG a retenu une évolution défavorable avec persistance des douleurs sur la colonne externe et de l'arrière pied. Le 12 juin 2023, le Dr I_____ a constaté une persistance des douleurs due à une raideur articulaire au niveau des orteils nécessitant de la physiothérapie. Le 12 septembre 2023, le docteur K_____, médecin généraliste, a écrit à l'OAI que l'assurée souffrait d'une pathologie héréditaire avec laxité ligamentaire et hyperélasticité des tissus (syndrome d'Ehlers-Danlos). Tous les organes étaient touchés avec des problèmes vasculaires, d'arthrose, oculaires et d'hypermobilité ligamentaire. Elle n'était pas apte à travailler.

x. Le 27 septembre 2023, le SMR a estimé que les incapacités de travail en lien avec les différentes interventions chirurgicales du pied droit étaient justifiées mais que la capacité de travail résiduelle retenue n'était pas modifiée.

y. Par projet de décision du 9 octobre 2023, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de la rente d'invalidité, en considérant que la capacité de travail était de 40% dans une activité adaptée et que le degré d'invalidité de 54% était inchangé.

z. Par décision du 20 novembre 2023, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de la rente d'invalidité.

C. a. Le 18 décembre 2023, l'assurée a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision précitée, en faisant valoir qu'elle avait été opérée le 20 février 2020, puis trois autres fois et qu'elle ne pouvait travailler à 40% en raison de ses douleurs invalidantes. Le SPC lui retenait un gain hypothétique de 40% injustifié. Elle a communiqué un rapport du 27 novembre 2023 des Drs I_____ et L_____, médecin interne aux HUG, lesquels constataient que l'assurée souffrait de douleurs invalidantes ne lui permettant pas de reprendre son travail et ont proposé une réfection des semelles orthopédiques.

b. Le 16 janvier 2024, le SMR a maintenu ses dernières conclusions, avec les mêmes limitations fonctionnelles.

c. Le 16 janvier 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours.

d. Le 13 mai 2024, la recourante a communiqué une convocation du centre de chirurgie ambulatoire des HUG pour le 18 juin 2024 (intervention chirurgicale ambulatoire).

e. Le 17 juillet 2024, la recourante a communiqué un arrêt de travail du 18 juin au 20 août 2024 signé par le Dr L_____.

f. À la demande de la chambre de céans, le Dr L_____ a indiqué que l'état de santé de la recourante ne s'était pas aggravé depuis juillet 2018, que les interventions chirurgicales avaient amélioré l'état de santé et entraîné une incapacité de travail du 20 février au 20 mai 2020, du 7 mai au 5 août 2021, du 8 février au 4 juin 2022, du 28 février au 13 juin 2023 et dès le 10 juin 2024. A la question de savoir s'il était d'accord avec l'appréciation du SMR estimant une capacité de travail de 40% dans une activité sédentaire, sans sollicitation des membres supérieurs, il a indiqué qu'il n'avait pas d'avis concernant les membres supérieurs. Il a communiqué deux rapports des 7 mai et 18 juin 2024, signés par lui-même et le Dr I_____, mentionnant des interventions au pied droit les 10 mars 2020, 7 mai 2021, 8 février 2022, 28 février 2023 et 18 juin 2024.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

2. Le litige porte sur le bien-fondé du refus d'augmenter la demi-rente d'invalidité de la recourante, singulièrement sur la question de l'existence d'une aggravation de l'état de santé de cette dernière.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur. Dans le cadre de cette révision, l'art. 17 LPGA a notamment été adapté.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

La réglementation légale concernant la révision et le réexamen de décisions ou de décisions sur opposition entrées en force (art. 53 LPGA) n'a pas été modifiée dans le cadre du développement de l'AI susmentionné, raison pour laquelle aucune question de droit intertemporel ne se pose à cet égard (arrêt du Tribunal fédéral 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.2).

3.2 En l'occurrence, la décision litigieuse a certes été rendue après le 1^{er} janvier 2022, mais la recourante invoque une aggravation de son état de santé depuis 2020, de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4.

4.1 L'art. 17 al. 1^{er} 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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 144 I 103 consid. 2.1 ; 134 V 131 consid. 3 ; 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 ; 112 V 371 consid. 2b ; 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 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. En effet, la base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9).

4.2 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1^{bis} LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de

réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung*, 1997, p. 8).

4.3 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

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.

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

4.3.2 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

4.3.3 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

4.4 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

5. En l'occurrence, dans la décision attaquée, l'intimé a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de la recourante, en estimant que la capacité de travail résiduelle de 40% était toujours exigible, de sorte que le degré d'invalidité était de 54%.

La recourante estime que les opérations subies depuis 2020 attestent d'une aggravation de son état de santé, relevée par son chirurgien, le Dr I_____.

5.1 À cet égard, l'avis du 25 juillet 2024 du Dr L_____, sollicité par la chambre de céans, ne permet pas de mettre en cause celui du SMR, lequel estime que les incapacités de travail en relation avec les opérations du pied droit de la recourante sont justifiées mais ne modifient pas la capacité de travail exigible dans une activité sédentaire, sans sollicitation des membres supérieurs (avis du SMR des 27 septembre 2023 et 16 janvier 2024). Les incapacités de travail attestées par les Drs I_____ et L_____ sont effectivement temporaires et en lien avec chaque intervention chirurgicale des 10 mars 2020, 7 mai 2021, 8 février 2022, 28 février 2023 et 18 juin 2024. Le Dr L_____ a en effet relevé une incapacité de travail totale de la recourante du 20 février au 20 mai 2020, du 7 mai au 5 août 2021, du 8 février au 4 juin 2022, du 28 février au 13 juin 2023 et dès le 10 juin 2024 (à tout le moins jusqu'au 20 juin 2024 selon le certificat du Dr L_____ du 5 juillet 2024).

Le Dr L_____ n'a attesté d'aucune incapacité de travail totale en dehors de celles précitées, ni aucun motif qui limiterait la capacité de travail de la recourante à un taux inférieur à 40%, question qui lui a été posée dans le courrier de la chambre de la céans du 28 mai 2024.

Dans ces conditions, l'exigibilité d'une activité exercée à un taux de 40% doit être confirmée, les incapacités de travail précitées, limitées dans le temps, ne permettant pas d'admettre une modification durable de la capacité de travail.

5.2 La recourante fait valoir une retenue par le service des prestations complémentaires d'un revenu hypothétique à hauteur d'un taux de 40%, lequel serait injustifié. À cet égard, il lui incombe de transmettre à ce service toutes les pièces médicales pertinentes à l'appui de sa contestation, étant relevé que toutes les circonstances objectives et subjectives qui entravent la réalisation d'un revenu d'invalidé, tels que la santé, l'âge, la formation, les connaissances linguistiques, l'activité antérieure, l'absence de la vie professionnelle, le caractère admissible d'une activité, les circonstances personnelles et le marché du travail doivent être

prises en considération par le service des prestations complémentaires (ATF 117 V 153)

6. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.- (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. Le rejette
3. Met un émolument de CHF 200.- à charge de la recourante.
4. 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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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