

GE_GERICHTE ATAS/1070/2020 vom 12. November 2020

GE Cour de justice, 2020-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1070_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/1070/2020 du 12 novembre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/1070/2020 del 12 novembre 2020

Erwägungen

E. 50

% en tant que comptable ». Au vu de ces éléments, la recourante conclut, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise. 33. Le 29 mai 2019, l'intimé a produit une nouvelle détermination de la CCGC.

A/47/2019 - 9/18 - Celle-ci indique avoir rendu, en date du 23 mai 2019, une décision additionnelle à celle du 4 mars 2019, octroyant une rente complémentaire pour la fille aînée de la recourante, de septembre 2016 à mars 2017. Il en ressort que, durant cette période, les rentes complémentaires doivent être fixées à 82.- CHF/mois chacune, ce qui représente un total de CHF 1'148.- (soit 7 x CHF 164.-) qui, après prise en compte des intérêts moratoires (CHF 13.-) et déduction des rentes déjà versées pour la cadette (CHF 798.-, soit 7 x CHF 114.- selon décision du 4 mars 2019), conduit à un solde en faveur de la recourante de CHF 363.-. 34. Le 25 juin 2019, la recourante a contesté ce montant en reprochant à la caisse de n'avoir pas tenu compte des cotisations prélevées en Pologne. 35. Par écriture spontanée du 8 octobre 2019, la recourante a fait valoir que son état de santé ne s'était pas amélioré mais, au contraire, péjoré. Elle indique avoir subi une nouvelle intervention le 5 juillet 2019 (levée, sous arthroscopie, du conflit sur prothèse de la cheville gauche). Elle produit une prescription de physiothérapie délivrée le 1er octobre 2019 par le Dr I_____, précisant que ce traitement de longue durée, à visée analgésique/anti-inflammatoire, a également pour but une amélioration de la fonction articulaire.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ – E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant

A/47/2019 - 10/18 - la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGa et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable (art. 56ss LPGa et 62ss LPA). 4. Il convient de déterminer préalablement l'objet du litige. a. Aux termes de l'art. 53 al. 3 LPGa, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (reconsidération pendente lite). L'assureur social est tenu de notifier sa décision de reconsidération, appelée à remplacer la décision (ou décision sur opposition) contestée par la voie du recours, sans délai aux parties et d'en donner connaissance à l'autorité de recours conformément à ce que prévoit l'art. 58 al. 2 de la loi fédérale sur la procédure administrative, du 20 décembre 1968 (PA – RS 172.021 ; applicable, comme l'art. 58 al. 3 PA, à la procédure en matière d'assurance sociale en vertu du renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGa). Conformément à l'art. 58 al. 3 PA, l'autorité de recours continue à traiter le recours dans la mesure où la nouvelle décision de l'autorité inférieure ne l'a pas rendu sans objet (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1036/2012 du 21 mai 2013 consid. 3.3). En d'autres termes, le litige subsiste si la nouvelle décision ne correspond pas aux conclusions de la partie recourante ; dans ce cas, elle prend simplement le caractère d'une requête à l'autorité de recours (cf. Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 4ème éd. 2020, p. 988 n. 90 ; RCC 1992, p. 122 consid. 5a) et la procédure de recours se poursuit dans la mesure où l'intéressé n'a pas obtenu satisfaction, indépendamment du fait que ce dernier ait ou non contesté la deuxième décision (ATF 113 V 237 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_526/2012 du 19 septembre 2012 consid. 4.2 ; Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, n. 105-106 ad art. 53). b. Dans le cas particulier, l'intimé a proposé, dans sa réponse, de substituer une décision de rente entière, octroyée sans interruption du 1er mai 2014 au 31 juillet 2017, à une décision prévoyant la même prestation sur un laps de temps plus court, scindé en deux périodes distinctes, du 1er mai 2014 au 31 mars 2016, puis du 1er septembre 2016 au 31 mars 2017. Ne restent donc litigieuses, à ce stade, que la question de savoir si la recourante a droit à des prestations au-delà de juillet 2017, ainsi que celle du calcul des prestations dues. 5. 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.

A/47/2019 - 11/18 -

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

A/47/2019 - 12/18 - 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). 6. 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. 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. 28a al. 1 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 8. 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. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. 9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement

A/47/2019 - 13/18 - sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. 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). c. 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. c/aa. 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). c/bb. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le

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

A/47/2019 - 14/18 - 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). c/cc. 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). c/dd. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 10. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). 11. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de

A/47/2019 - 15/18 - 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). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b. 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 lorsqu'il apparaît nécessaire d'élucider une question demeurée non instruite jusque-là ou qu'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). 12. En l'espèce, la recourante conteste en substance la suppression de la rente au 31 juillet 2017, motif pris qu'il n'y a pas eu d'amélioration de son état de santé. L'intimé, quant à lui se fonde sur l'expertise du 10 février 2016 du Dr G_____ et les rapports du SMR pour justifier sa décision. Il n'est ni contesté, ni contestable, qu'à l'issue du délai d'attente d'un an, soit en janvier 2014, la recourante présentait une incapacité de travail totale dans toute activité, lui ouvrant droit à une rente entière à partir du 1er mai 2014 pour cause de tardiveté de la demande (art. 29 al. 1 LAI). C'est également à juste titre que l'intimé a finalement considéré que l'état de santé de la recourante s'était à nouveau dégradé en avril 2016 – en raison de douleurs persistantes de la cheville sur arthrose tibio-talienne sévère post-traumatique ayant nécessité la mise en place d'une prothèse de la cheville gauche le 5 septembre 2016 (cf. avis SMR du 10 octobre 2017) – au point d'entraîner une nouvelle incapacité totale de travail à compter de cette date (cf. avis SMR du 6 mars 2019) et de justifier par conséquent le maintien de la rente entière au-delà du 31 mars 2016.

A/47/2019 - 16/18 - Se pose en revanche la question du caractère temporaire de ladite aggravation. Le SMR, dans ses avis des 23 octobre 2018 et 6 mars 2019, tire principalement argument de ce que, selon le rapport du 30 octobre 2017 du Dr K_____, la recourante « devrait avoir repris à 100% le 17/4/2017 » pour conclure à l'exigibilité, dès avril 2017, d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Pourtant, plusieurs rapports médicaux versés au dossier, qui se prononcent sur l'évolution de l'état de santé de la recourante entre avril 2017 et la date (déterminante) de la décision attaquée, soit le 20 novembre 2018, permettent de douter sérieusement de l'exigibilité d'une activité adaptée dès avril 2017. En effet, même si la nouvelle intervention chirurgicale du 5 juillet 2019 est postérieure à la décision querellée, dans son rapport du 23 avril 2019, le Dr L_____ établit un lien entre l'apparition de douleurs dans le compartiment interne de la cheville en avril 2017 et ladite

intervention. Le rapport du 29 mars 2019 du Dr E_____ va dans le même sens ; il expose que ces douleurs, dont il fait remonter l'apparition au printemps 2017, s'expliquent probablement par les lésions dégénératives de la cheville. Ce processus dégénératif est d'ailleurs documenté par imagerie (IRM du 3 décembre 2018 et scintigraphie osseuse du 14 février 2019). A relever par ailleurs que la discopathie L4-L5 et L5-S1 avec radicualgies importantes durant l'été 2018, rapportée par le Dr E_____ le 29 mars 2019, n'a fait l'objet d'aucune investigation de la part de l'intimé. Eu égard à ces éléments, les conclusions du SMR, dont il convient de relever qu'elles ne reposent que sur le seul rapport du Dr K_____, qui renvoie lui-même au rapport d'un autre collègue qui ne consistait alors qu'en une simple hypothèse future infirmée par la suite, ne sauraient être considérées comme suffisamment étayées. D'autant moins que, s'agissant de la période à laquelle l'assurée était supposée avoir recouvré une capacité de travail, les Drs L_____ (rapport du 23 avril 2019) et E_____ (rapport du 29 mars 2019), ont fait état d'une recrudescence des douleurs de la cheville ayant finalement conduit à l'intervention du 5 juillet 2019. Cependant, dans la mesure où aucun médecin ne se prononce de manière suffisamment circonstanciée sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis avril 2017, il s'impose de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire à ce sujet. 13. La recourante conteste également les montants de la rente et de la rente complémentaire pour enfant tels qu'ils ressortent de la décision litigieuse. L'intimé a rendu plusieurs décisions pendente lite (décisions des 4 mars et 23 mai 2019). Force est de constater que la dernière d'entre elles, rendue après la réponse du 7 mars 2019, est nulle de plein droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 7/02 du 12 mars 2004 consid. 3.2 in fine ; Ueli KIESER, op. cit., p. 988, n. 92 ad art. 53 LPGA).

A/47/2019 - 17/18 - Qui plus est, même si ces décisions remédient partiellement aux omissions de la décision du 4 mars 2019 (absence de rente complémentaire en faveur de la fille aînée du 1er septembre 2016 au 31 mars 2017 et absence de rentes du 1er septembre 2016 au 31 mars 2017), la Cour de céans ne saurait suivre les propositions que constituent les décisions des 4 mars 2019 et 23 mai 2019, ne serait-ce que parce que les calculs qu'elles contiennent ne tiennent pas compte de l'invalidité entière finalement reconnue à la recourante également pour la période intermédiaire du 1er avril au 31 août 2016. Cette lacune a en effet des conséquences, tant sur le montant du paiement rétroactif, que sur celui des intérêts moratoires et d'éventuelles retenues en faveur de l'Hospice général. Sous les réserves qui précèdent, les calculs de la CCGC ne prêtent pas le flanc à la critique. En effet, contrairement à ce que soutient la recourante, il ne saurait être reproché de n'avoir pas pris en compte les périodes d'assurance polonaises pour le calcul des rentes. Dès lors que la recourante remplit la condition de la période minimale de cotisation, les cotisations prélevées en Pologne ne jouent de rôle que pour le calcul de la rente servie par ce pays. 14. Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse est réformée, en ce sens que la recourante se voit reconnaître le droit à une rente d'invalidité entière du 1er mai 2014 au 31 juillet 2017 sans interruption. Il incombera à l'intimé de recalculer le montant de la rente principale et des rentes complémentaires durant cette période (étant rappelé que la fille aînée de la recourante a fêté ses 25 ans le 4 juin 2017 ; art. 25 al. 5 LAVS ; Directives concernant les rentes [DR] de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale, ch. 3347ss). En outre, l'intimé investiguera l'évolution de l'état de santé de la recourante et ses répercussions sur la capacité de gain à compter d'avril 2017 en mettant en œuvre, à cette fin, une expertise orthopédique auprès d'un expert indépendant, dont il communiquera préalablement le nom à l'assurée, ainsi que la liste des questions envisagées. 15. La recourante obtient

partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est 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]). Un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/47/2019 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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