

## **GE\_GERICHTE ATAS/234/2015 vom 31. März 2015**

GE Cour de justice, 2015-03-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_234\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_234_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/234/2015 du 31 mars 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/234/2015 del 31 marzo 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 21**

Par réponse du 12 août 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, faisant valoir en substance que la nouvelle demande de prestations devait s'apprécier uniquement sous l'angle de l'atteinte nouvelle que représentait la rupture de la coiffe des rotateurs. Abordant la question de l'évaluation de l'invalidité, l'intimé a soutenu que le tableau TA7 s'appliquait uniquement lorsque les circonstances du cas concret le justifiaient et en vue de fixer de manière plus précise le revenu, notamment dans une activité précise. En l'espèce toutefois, la recourante n'avait jamais exercé son activité d'aide-soignante en Suisse. Au demeurant, cela aurait supposé que son diplôme fût reconnu, ce qui

A/2113/2014 - 11/20 - n'était apparemment pas le cas ; elle ne pouvait pas prétendre à un emploi qualifié en Suisse. Ainsi, c'est à juste titre que le tableau TA1, niveau 4 (non qualifié), toutes activités confondues, avait été retenu pour fixer le revenu sans invalidité.

En date du 27 mai 2014, une détermination du degré d'invalidité, tenant compte uniquement de l'atteinte nouvelle à l'épaule gauche avait été effectuée (pièce 115 intimé). Dans la mesure où le SMR, dans son avis du 14 avril 2014, avait retenu, sous l'angle exclusif de la rupture de la coiffe des rotateurs, une capacité de travail de 50% pour les anciennes activités et de 100% pour les activités adaptées, la recourante ne subissait pas de diminution de sa capacité de gain dans une activité adaptée. Toutefois, un abattement de 10% avait été déduit du revenu d'invalidé (déterminé également selon tableau TA1, niveau 4, toutes activités confondues) pour tenir compte de l'âge de l'intéressée. Ainsi, la comparaison des revenus faisait apparaître un degré d'invalidité de 10%, insuffisant pour reconnaître un droit à des prestations.

L'intimé a également précisé que c'était par erreur que la décision litigieuse faisait référence à la détermination du degré d'invalidité du 16 octobre 2013, laquelle concluait à un taux d'invalidité de 58% (pièce 92 intimé) en tenant compte des affections antérieures à l'arrivée en Suisse. Il convenait de modifier la décision litigieuse sous cet angle et se fonder sur la détermination du 29 avril 2014 qui concluait à un taux d'invalidité de 55% (pièce 110 intimé).

Enfin, l'intimé a produit un avis SMR du 25 juillet 2014 qui se prononçait sur les pièces nouvelles produites à l'appui de l'acte de recours. Selon le Dr H\_\_\_\_\_, l'arthroscopie du 9 avril 2014 avait été réalisée, à l'évidence, dans le but d'améliorer la symptomatologie de l'épaule. En outre, étant donné que le Prof. I\_\_\_\_\_ et le Dr J\_\_\_\_\_, dans leur rapport du 8 juillet 2014, mentionnaient, d'une part, que la recourante présentait seulement des douleurs résiduelles et une limitation de la mobilité et de la force de l'épaule droite et, d'autre part, que la situation allait évoluer dans les six mois après l'opération, il convenait de considérer

que l'état de santé de la recourante n'était pas définitivement stabilisé, mais qu'il était manifeste qu'on s'acheminait vers une amélioration de son état et une diminution de ses limitations fonctionnelles. Par conséquent, les précédentes conclusions du SMR demeuraient valables.

#### **E. 22**

Avec sa réplique du 27 novembre 2014, la recourante a produit un rapport établi le 3 novembre 2014 par le successeur du Dr J\_\_\_\_\_, le Dr K\_\_\_\_\_, médecin adjoint au département de chirurgie des HUG. Selon ce médecin, l'évolution était actuellement favorable, avec une patiente qui se disait satisfaite. Les douleurs résiduelles étaient occasionnellement encore importantes, pouvant monter jusqu'à 6-7/10. La fonction de l'épaule était évaluée à 60% d'une épaule normale. Le score de constant, calculé ce jour, était à 70%, ajusté à l'âge. L'examen clinique, effectué à la date du rapport, montrait des amplitudes restituées et le médecin ne retenait pas d'indication à poursuivre une physiothérapie au vu des mobilités. Il encourageait la recourante à poursuivre la natation qu'elle avait commencée. Sur le plan des

A/2113/2014 - 12/20 - limitations fonctionnelles, il recommandait d'éviter un port de charges supérieur à 5 à 10 kg ainsi que le travail au-dessus des épaules.

Sur la base de ces éléments, la recourante a considéré qu'il ressortait clairement de ce rapport que son état de santé n'était pas tout à fait stabilisé, mais qu'il était clair que des séquelles définitives existaient. Pour l'heure, elle n'avait récupéré la fonction de son épaule qu'à concurrence de 60% et les douleurs résiduelles étaient encore extrêmement importantes. En considérant la situation dans son ensemble, il convenait de retenir une évolution de l'état de santé défavorable suite à la rupture de la coiffe des rotateurs. Puisqu'elle était toujours convalescente, il était clair qu'elle avait été, pendant une période qui restait à déterminer, en incapacité totale de travail, ce qui justifiait l'octroi d'une rente temporaire. Une fois l'état de santé stabilisé, elle pouvait prétendre à un trois quarts de rente.

Partant, la recourante a maintenu ses premières conclusions en concluant, en sus, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, temporaire, pour une durée qui restait à déterminer.

#### **E. 23**

Par duplique du 15 décembre 2014, l'intimé a maintenu ses conclusions, précisant qu'elle avait soumis le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ au SMR. Dans un avis daté du 5 décembre 2014, ce service, soit pour lui le Dr H\_\_\_\_\_, a estimé qu'il ressortait très clairement du rapport du Dr K\_\_\_\_\_ que l'évolution postopératoire de l'épaule était très favorable. Ce dernier rapportait en effet que les amplitudes de mouvement de l'épaule étaient à nouveau normales et que la physiothérapie n'était plus nécessaire. De plus, l'assurée avait repris la natation, activité particulièrement exigeante au niveau des épaules. S'agissant des limitations, le Dr K\_\_\_\_\_ ne retenait que celles déjà connues. À l'évidence, comme cela avait été prévu, le Dr K\_\_\_\_\_ confirmait que l'intervention avait fortement amélioré l'état de l'épaule gauche et avait même permis de diminuer les limitations fonctionnelles de celle-ci. Le Dr H\_\_\_\_\_ renvoyait par conséquent aux conclusions précédentes du SMR.

#### **E. 24**

Sur quoi, 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

## E. 26

septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. Le présent recours a été interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, et la recourante a qualité pour recourir. Le recours est recevable (art. 56ss LPGA ;

A/2113/2014 - 13/20 - art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA – E 5 10). 2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, et, après le 1er janvier 2003, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance- invalidité, singulièrement sur la prise en considération d'atteintes à la santé antérieures à son arrivée en Suisse. 4. À titre liminaire, on rappellera que l'intimé, dans sa décision du 1er octobre 2001, confirmée par la Commission cantonale de recours, dans son jugement du 27 mai 2003, avait refusé tout droit à des prestations au motif que le début de l'atteinte à la santé de la recourante remontait au mois de novembre 1991 et que lors de la survenance de l'invalidité un an plus tard, soit en novembre 1992, elle n'était pas assurée à l'AVS/AI. En effet, la date de son arrivée en Suisse remontait au 20 janvier 1993.

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2000, les ressortissants suisses, les étrangers et les apatrides avaient droit aux prestations conformément aux dispositions de la LAI, s'ils étaient assurés lors de la survenance de l'invalidité.

Étaient notamment assurées les personnes physiques qui avaient leur domicile en Suisse ou exerçaient en Suisse une activité lucrative (art. 1er aLAI en relation avec l'art. 1a al. 1 let. a et b de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 [LAVS ; RS 831.10] ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 404/01 du 22 octobre 2001 consid. 1a).

A/2113/2014 - 14/20 -

L'application de l'art. 6 al. 1 précité nécessitait donc l'examen de deux conditions : la survenance de l'invalidité et la réalisation de la clause d'assurance à cette date.

b) Selon l'art. 6 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996, les étrangers et les apatrides n'avaient droit aux prestations (sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI – non pertinent en l'espèce) qu'aussi longtemps qu'ils conservaient leur domicile civil en Suisse et que si, lors de la survenance de l'invalidité, ils comptaient au moins dix années entières de cotisations ou quinze années ininterrompues de domicile en Suisse. Demeuraient réservées les dispositions dérogatoires des conventions bilatérales de sécurité sociales conclues par la Suisse avec un certain nombre d'Etats pour leurs ressortissants respectifs (ATF 126 V 5 consid. 1a).

c) Selon l'art. 36 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, les assurés devaient compter, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations pour pouvoir prétendre à une rente ordinaire d'invalidité.

d) S'il n'existe pas de convention de sécurité sociale entre la Suisse et le Maroc, il en va différemment des relations entre la Suisse et le Portugal. Lors de la survenance de l'invalidité en novembre 1992, l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses États membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP ; RS 0.142.112.681) n'était pas encore entré en vigueur. On ignore, en l'espèce, si la recourante, marocaine au moment de la survenance de l'accident du mois de novembre 1991, avait déjà acquis la nationalité portugaise un an plus tard. Même si tel était le cas, elle n'en tirerait aucun avantage. En effet : l'art. 2 al. 1 de la Convention de sécurité sociale entre la Suisse et le Portugal, du 11 septembre 1975, entrée en vigueur le 1er mars 1977 (RS 0.831.109.654.1) dispose que les ressortissants de l'une des parties contractantes, ainsi que les membres de leur famille et les survivants dont les droits dérivent desdits ressortissants, sont soumis aux obligations et admis au bénéfice de la législation de l'autre partie dans les mêmes conditions que les ressortissants de cette partie ou les membres de leur famille et les survivants dont les droits dérivent desdits ressortissants, sauf exceptions. Dans la mesure où ladite convention prévoit l'égalité de traitement entre les ressortissants suisses et les ressortissants portugais, il y a lieu d'appliquer l'art. 6 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2000, disposition qui prévoyait que la recourante devait être assurée lors de la survenance de son invalidité.

À la date de la survenance de son invalidité en novembre 1992, la recourante n'était pas domiciliée en Suisse et n'exerçait pas non plus d'activité lucrative dans ce pays. Elle n'avait donc pas la qualité d'assurée au sens des art. 1er a LAI et 1a al. 1 let. a et b LAVS.

e) Selon la jurisprudence, l'autorité de la chose jugée (formelle et matérielle) de décisions portant sur des prestations durables d'assurance sociale, soit notamment

A/2113/2014 - 15/20 - des rentes de l'assurance-invalidité, n'est en principe pas limitée dans le temps. Pour autant que la situation de fait ne soit plus susceptible d'évoluer au moment de la décision, cette autorité s'étend aussi bien aux conditions du droit à la prestation qu'aux facteurs qui en fixent l'étendue. Sous réserve d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), lesdits éléments ne peuvent pas être remis en question et réexaminés à tout moment, sauf si la loi prévoit expressément une autre réglementation (comme c'est le cas en matière de prestations complémentaires; ATF 128 V 39). Ces principes valent également dans le cadre d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA ou de nouvelle demande. En revanche, la survenance d'une atteinte à la santé

totallement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C\_294/2013 du 20 août 2013 ; 9C\_658/2008 du 10 juin 2009 consid. 5, in RtiD 2010 I p. 282 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 76/05 du 30 mai 2006 consid. 5, in SVR 2007 IV n° 7 p. 23). De même, il n'est pas exclu que l'aggravation de l'état de santé d'une personne qui, au moment de la survenance de l'invalidité, ne remplissait pas les conditions d'assurance, puisse constituer un nouveau cas d'assurance si elle est due à une affection totalement différente de celle ayant initialement entraîné l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_884/2011 du 22 décembre 2011 et les références). 5. La recourante entend tirer argument du changement de statut que l'OAI lui a accordé dans la décision querellée en la considérant comme une personne active, à laquelle s'applique, partant, la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Elle soutient qu'à l'époque où l'intimée avait rendu sa première décision, soit en 2001, l'invalidité n'était pas encore survenue et qu'il y aurait lieu, dans la détermination du degré d'invalidité, de tenir compte de toutes les atteintes à la santé. Ce raisonnement ne saurait emporter la conviction. En effet, dans son jugement du

#### **E. 27**

mai 2003, la Commission de recours a constaté que l'invalidité était survenue en novembre 1992 – sans que cette date ne fût contestée par les parties – et qu'à ce moment, la recourante n'avait pas cotisé à l'AVS/AI durant une année au moins (art. 36 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Dans la mesure où l'autorité de la chose jugée (formelle et matérielle) s'étend également aux conditions du droit aux prestations et aux motifs de la décision entrée en force (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et 3.2), on ne saurait remettre en cause le fait que le cas d'assurance est survenu en novembre 1991 et l'invalidité en découlant en novembre 1992. Par ailleurs, on ne voit pas en quoi le fait que l'invalidité ait été évaluée, à l'époque du rejet de la première demande, en fonction d'un statut de ménagère permettrait de s'affranchir du principe selon lequel seule peut être prise

A/2113/2014 - 16/20 - en considération une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande. En l'espèce, il est constant que seule la rupture de la coiffe des rotateurs constitue un cas nouveau d'assurance. Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimé a considéré dans la décision querellée que l'invalidité de la recourante devait être déterminée exclusivement en fonction de cette nouvelle atteinte. Le recours doit être rejeté en tant qu'il vise à ce qu'une appréciation globale des atteintes à la santé de la recourante soit effectué. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une

rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. 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. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

A/2113/2014 - 17/20 - 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. A 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 125 V 351 consid. 3). c) Selon l'art. 59 al. 2bis LAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. À cet égard, l'art. 49 RAI prévoit que les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (alinéa 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (alinéa 2). Le Tribunal fédéral rappelle que les nouveaux articles 59 al. 2bis LAI et 49 RAI adoptés lors de la 5ème révision AI visent à ce que l'AI ait à disposition ses propres médecins en vue d'apprécier les conditions médicales du droit aux prestations. Ceux-ci peuvent en raison de leur connaissances médicales spécialisées se

déterminer pour l'AI sur la capacité fonctionnelle des assurés. Ainsi est-il possible de séparer les compétences entre le médecin traitant (traitement médical) et l'assurance sociale (conséquence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail). Toutefois, l'on ne peut se baser sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux, soit en particulier, en prenant en compte l'anamnèse, en décrivant la situation médicale et ses conséquences; par ailleurs, les conclusions doivent être motivées (ATF 125 V 351). Il n'est toutefois pas nécessaire que l'assuré soit examiné par les médecins du SMR; ceux-ci ne le font que « au besoin » (49 al. 2 RAI). Dans les autres cas, ils se déterminent sur la base des pièces médicales au dossier. A cet égard, le fait qu'ils n'aient pas procédé à un examen médical n'est pas un motif

A/2113/2014 - 18/20 - pour remettre en question leur appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009). On ne saurait mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un COMAI – dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'Office fédéral des assurances sociales sont garantis (ATF 123 V 175) – et un rapport médical établi par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) ; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est 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 exposés précédemment (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 938/05 du 24 août 2006, consid. 3.2). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 9. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). 10. En l'espèce, il sied de relever que dans son rapport du 15 novembre 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a certes indiqué qu'au vu de l'atteinte à l'articulation acromio-claviculaire, la capacité de travail théorique était d'environ 50%, tant dans une activité de femme de ménage que dans une activité d'aide-soignante. Toutefois, il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail exigible de la recourante dans une activité adaptée. Quant au rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 22 avril 2013, il se prononçait certes à cet égard, mais à la lumière des affections – non pertinentes (cf. consid. 5 supra) – relevant du cas d'assurance du 29 novembre 1991 (exercice, à raison de deux heures par jour maximum et avec un rendement de 50%, d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée). En conséquence, l'avis SMR du 14 avril 2014, constitue une extrapolation insoutenable en tant qu'il conclut à

A/2113/2014 - 19/20 - l'existence d'une capacité pleine et entière pour les activités adaptées aux limitations fonctionnelles d'épargne du membre supérieur gauche. En effet, on ne saurait faire une telle déduction sans examen approfondi du cas, notamment d'un point de vue chronologique, ce d'autant moins que la recourante a subi une intervention chirurgicale lourde le 9 avril 2014, suivie d'une période de rééducation et qu'il ressort du rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 3 novembre 2014 que l'état de santé de la recourante n'est pas encore stabilisé, la fonction de l'épaule évaluée à 60% d'une épaule normale et les douleurs résiduelles encore importantes.

Il apparaît ainsi que les faits n'ont pas été investigués suffisamment par l'autorité intimée, et ils ne le sont pas à ce jour au point que la chambre de céans pourrait se prononcer sur l'éventuelle incapacité de travail que l'atteinte à l'épaule gauche génère pour la recourante, le cas échéant au regard des conditions régissant l'octroi d'une rente d'invalidité temporaire.

La décision attaquée sera donc annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans cette mesure limitée et nouvelle décision, les conditions d'un renvoi étant remplies. Il appartiendra à l'autorité intimée de demander des rapports plus détaillés et actualisés aux médecins compétents et d'examiner s'il y a lieu d'ordonner une expertise. 11. a) En dérogation à la règle générale voulant que la procédure devant la chambre de céans soit gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA), l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit que la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal cantonal des assurances (soit, dans le canton de Genève, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice [art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ]) soit soumise à des frais de justice, le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure devant se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (cf. aussi art. 89H al. 4 LPA). En l'espèce, un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé. b) Vu l'admission partielle du recours au sens des considérants, une indemnité de CHF 1'000.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA-GE - E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03). \*\*\*\*\*

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

A/2113/2014 - 20/20 - Statuant A la forme :

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