

GE_GERICHTE A/3046/2018 vom 4. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3046_2018

FR: GE_GERICHTE A/3046/2018 du 4 juin 2019

IT: GE_GERICHTE A/3046/2018 del 4 giugno 2019

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Onex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre SAVOY recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Le 25 juillet 2017, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1961, aide-soignante, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) en raison d'une atteinte non précisée.

2. Par courriers du 8 août 2017, l'OAI a demandé aux médecins de l'assurée des précisions relatives à cette atteinte ayant conduit au dépôt de la demande précitée. 3. Le 30 août 2017, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a expliqué que l'assurée était connue pour une hanche gauche totalement bloquée et ankylosée sur coxite à l'adolescence, suivie d'une ostéosynthèse en 2004, avec coxarthrose gauche très importante ayant entraîné une scoliose lombaire avec discopathie L4-L5 et arthrose articulaire postérieure L3-S1. L'assurée présentait également des gonalgies sur gonarthrose. Ces atteintes étaient invalidantes avec des limitations de plus en plus marquées les trois dernières années. Comme la situation était devenue insupportable au début de l'année 2017, il avait été décidé de poser une endoprothèse totale de la hanche gauche le 4 mai 2017. Depuis, les douleurs de la hanche s'étaient atténuées, mais des limitations subsistaient encore. L'assurée n'avait pas regagné une mobilité complète de la hanche gauche et souffrait toujours de lombalgies et de gonalgies. En annexe figuraient notamment les pièces suivantes, en sus des rapports relatifs à l'atteinte à la hanche : - le compte-rendu des radiographies du genou droit du 27 mars 2014, évoquant une gonarthrose tricompartmentale du genou droit ; - le compte-rendu des radiographies de la colonne lombaire, du bassin et de la hanche gauche du 21 février 2017, mentionnant une scoliose lombaire post-dégénérative à convexité droite avec discopathies L4-L5 et L5-S1, une arthrose articulaire postérieure de L3 à S1 et une coxarthrose gauche marquée. 4. Le 29 novembre 2017, le professeur C_____, médecin chef de service, a expliqué que l'assurée avait consulté le service de chirurgie orthopédique des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour une douleur à la hanche gauche, invalidante, dans un contexte de coxite laminaire opérée en 1981. Cette atteinte avait nécessité une intervention chirurgicale pour désarthrodèse-prothèse, qui avait été réalisée le 4 mai 2017. L'évolution était globalement satisfaisante avec une disparition de la douleur et une récupération de la mobilité et d'une fonction. Les limitations fonctionnelles concernaient la capacité de marche, de montée-descente des escaliers, de position assise prolongée, de limitation de l'accroupissement. Par ailleurs, le port de charge de plus de 10 kg était contre-indiqué.

5. Le 20 février 2018, le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a retenu, sous la plume du docteur D_____, les diagnostics d'ankylose complète de la hanche gauche, traitée par prothèse totale de hanche (PTH), de scoliose lombaire avec

discopathie L4-L5 et dégénérescence arthrosique et gonarthrose bilatérale. Dès le mois de janvier 2017, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'aide-soignante, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles évoquées par le Prof. C_____. 6. Par projet de décision non daté, mais établi à la fin du mois de mars 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter la demande de prestations, faute d'invalidité. Vu son parcours professionnel peu régulier, il y avait lieu de se référer aux salaires statistiques en matière de services s'agissant du revenu sans invalidité. En l'absence de revenu effectivement réalisé, il convenait de retenir les statistiques également pour le revenu avec invalidité. Dans la mesure où les deux revenus se fondaient sur la même table, il était superflu de les chiffrer avec exactitude et le degré d'invalidité se confondait ainsi avec l'incapacité de travail. Par conséquent, l'OAI ne reconnaissait pas d'invalidité.

7. Sous la plume de son conseil, l'assurée s'est opposée, par courrier du 16 mai 2018, au projet de décision précité, invoquant tout d'abord une violation de son droit d'être entendue. En effet, les pièces sur lesquelles se fondait l'OAI pour établir son projet ne lui avaient pas été transmises. La motivation dudit projet était particulièrement « obscure, toute détermination concrète au sujet du refus de rente envisagé relevant en l'état de la gageure ». Il n'était ainsi pas possible de déterminer pour quel motif une capacité de travail entière dans une activité adaptée devait être retenue. Le projet ne comportait aucune explication quant au type d'activité qu'elle pourrait exercer à plein temps malgré ses atteintes à la santé. Il était également impossible d'apprécier l'opportunité de se référer aux statistiques pour évaluer le revenu sans invalidité, le projet ne comportant aucune donnée concrète s'agissant des revenus effectivement réalisés. Enfin, il était impossible de se déterminer sur l'opportunité de diligenter des mesures d'ordre professionnel, le projet ne comportant aucun élément permettant d'évaluer le bien-fondé d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

8. Par décision du 4 juillet 2018, l'OAI a confirmé son projet du mois de mars et a rejeté la demande de prestations pour les motifs indiqués précédemment. S'agissant de la violation du droit d'être entendu, l'OAI considérait que la teneur du projet en question était suffisante pour permettre à l'assurée d'en comprendre la portée et de faire valoir ses droits dans le cadre de la procédure d'audition, le projet se prononçant sur la capacité de travail médicalement retenue et les bases ayant fondé l'évaluation du degré d'invalidité.

9. Le 7 septembre 2018, l'assurée (ci-après : la recourante), sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 4 juillet 2018, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et, cela fait, à l'octroi d'une rente entière et au renvoi de la cause à l'OAI (ci-après : l'intimé) pour calcul des prestations dues. À l'appui de ses conclusions, la recourante a invoqué une double violation de son droit d'être entendue. En premier lieu, elle a considéré que la décision querellée faisait totalement abstraction du constat du Prof. C_____, refusant par-là de donner suite à une offre de preuve irréfutable. Ensuite, la décision querellée manquait de motivation, l'intimé se contentant de reprendre l'avis du SMR, contraire aux constatations médicales recueillies, n'expliquant en rien le raisonnement justifiant ce paradoxe. De plus, l'intimé n'avait, à aucun moment, évoqué les activités adaptées qu'elle pourrait exercer à 100%. Outre la violation du droit d'être entendue, la recourante a également invoqué une constatation inexacte et incomplète des faits, dès lors que les limitations fonctionnelles dont elle souffrait étaient inconciliables avec une quelconque activité. Enfin, l'OAI avait évalué le degré d'invalidité en violation des bases légales applicables.

10. L'intimé a répondu en date du 4 octobre 2018 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, considérant tout d'abord qu'il n'y avait aucune violation du droit d'être entendue de la recourante, la décision querellée

étant motivée. Le fait qu'elle se fonde sur un avis du SMR n'était pas critiquable. L'OAI ne voyait pas non plus en quoi le fait de retenir une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée serait incompréhensible, ce cas de figure étant répandu dans le domaine de l'assurance-invalidité. Enfin, il n'y avait pas lieu d'énumérer spécifiquement les activités adaptées s'il existait, comme dans le cas d'espèce, suffisamment d'activités sédentaires ne nécessitant pas de déplacements ou de travaux de force. 11. Par réplique du 30 octobre 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions, rappelant ce qui suit : l'avis du SMR était contradictoire ; l'intimé ne faisait référence à aucune activité adaptée à son état de santé ; le SMR faisait fi, sans fournir la moindre explication, du constat du Prof. C _____, contraire à son avis. L'avis en question n'étant pas motivé et en tout état contraire au constat du Prof. C _____, il y avait à l'évidence une violation de son droit d'être entendue. La recourante a également relevé que l'intimé ne se prononçait ni sur la constatation inexacte et incomplète des faits ni sur la violation de son droit d'être entendue, lesquelles formaient les deux principaux griefs de son recours. 12. Le 20 novembre 2018, l'OAI n'a pas souhaité faire de commentaire particulier, se contentant de maintenir les conclusions formulées jusqu'alors. 13. 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. 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 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, singulièrement sur son incapacité de travail et le calcul du degré d'invalidité. 4. La recourante invoque, tout d'abord, une violation de son droit d'être entendue, dans la mesure où la décision querellée est, selon elle, incompréhensible. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 124 V 90 consid. 2 notamment). a. À teneur de l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]), les parties ont le droit d'être entendues. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu prévu par la disposition précitée le devoir pour le juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt du Tribunal fédéral 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en

considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 133 III 235 consid. 5.2 ; 126 I 97 consid. 2b ; 125 III 440 consid. 2a). b. En l'espèce, la décision querellée est rédigée en deux parties. Dans une première partie, l'OAI a résumé le résultat de son instruction médicale, mentionné les règles juridiques applicables (art. 16 LPGa et principes jurisprudentiels en matière de comparaison des revenus) et expliqué le calcul des revenus dans le cas d'espèce. Dans une deuxième partie, l'OAI a précisé le résultat de ses constatations « suite à l'audition », soit en d'autres termes, sur la base des objections formulées par la recourante dans son opposition au projet de décision. Dans le paragraphe portant sur le résultat de son instruction médicale, l'OAI a expliqué que le SMR reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Dans le chapitre « résultat de nos constatations », l'OAI a en substance expliqué qu'il estimait la teneur du projet de décision suffisante pour lui permettre d'en comprendre la portée et de faire valoir ses droits dans le cadre de la procédure d'opposition. Si les explications données par l'OAI ne sont certes pas très claires, il n'en demeure pas moins que la combinaison des différents considérants et du dispositif de la décision querellée permet de comprendre que le SMR a estimé que la recourante était capable de travailler dans une activité adaptée et que la comparaison des revenus effectuée par l'OAI avait conduit à un degré d'invalidité nul. Par conséquent, conformément à la jurisprudence susmentionnée, dès lors que la recourante a pu discerner les motifs ayant guidé la décision de l'OAI, le droit à une décision motivée est respecté. Cela étant, dans tous les cas, une éventuelle violation aurait quoi qu'il en soit été réparée, dans la mesure où la présente procédure a fait l'objet d'un double échange d'écriture au cours duquel la recourante a pu fournir toutes les explications utiles à l'appui de sa position et produire les pièces qu'elle estimait pertinentes. 5. Reste à examiner le droit à une rente d'invalidité. 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). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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). 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. 6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. b/aa. Les rapports des SMR selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ont une autre fonction que les examens sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 RAI effectués par les SMR et de l'art. 44 LPGA effectués par un expert indépendant. Les rapports au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués sur la personne mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes (arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 17 novembre 2007 consid. 4.1). Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. De tels rapports pour avoir valeur probante ne peuvent suivre une appréciation sans établir les raisons pour lesquelles des appréciations différentes ne sont pas suivies (cf. ATF 137 V 210 consid. 6.2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_165/2015 du 12 novembre 2015 consid. 4.3). La valeur probante de ces rapports présuppose que le dossier contienne l'exposé complet de l'état de santé de l'assuré (anamnèse, évolution de l'état de santé et status actuel) et qu'il se soit agi essentiellement

que d'apprécier un état de fait médical non contesté établi de manière concordante par les médecins (cf. les arrêts du Tribunal fédéral 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.1, 8C_653/2009 du 28 octobre 2009 consid. 5.2, 8C_239/2008 du 17 décembre 2009 consid. 7.2; cf. également arrêt du TF 9C_462/2014 du 16 septembre 2014 consid. 3.2.2 et les références). Selon la jurisprudence il n'est pas interdit aux tribunaux des assurances de se fonder uniquement ou principalement sur les rapports internes des SMR mais en telles circonstances l'appréciation des preuves sera soumise à des exigences sévères. Une instruction complémentaire sera ainsi requise s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux (ATF 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4, 122 V 157 consid. 1d; arrêt du Tribunal fédéral 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.1). Si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3). b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêts 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). b/cc. Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). 7. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). b. 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). c. 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). La jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). Un renvoi à l'administration reste également possible, notamment 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). 8. En l'espèce, se fondant sur l'avis de son SMR du 20 février 2018, l'intimé a rejeté, par décision du 4 juillet 2018, la demande de prestations du 25 juillet 2017, faute de degré d'invalidité suffisant de la recourante, celle-ci ayant une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Pour sa part, la recourante estime que l'avis précité du SMR est notamment en contradiction avec les conclusions du Prof. C_____. Il convient dès lors d'examiner la valeur probante de différents documents au dossier. a. À titre liminaire, la chambre de céans constate, avec étonnement, que l'OAI n'a adressé à aucun des médecins de la recourante le formulaire 002.099, intitulé « Rapport médical:Réadaptation professionnelle/Rente » (<https://www.ahv-iv.ch/fr/M%C3%A9mentos-Formulaires/Formulaires/Prestations-de-LAI#d-1405>), ce qui leur aurait permis de se prononcer, même si c'est de manière succincte, sur la question de la capacité de travail. En lieu et place, il leur a posé, le 8 août 2017, trois questions portant sur la nature de l'atteinte, son caractère incapacitant et les limitations fonctionnelles qu'elle entraînait. À aucun moment, le courrier adressé aux Drs B_____ et C_____ ne comportait une question portant expressément sur la capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Au vu de la formulation des questions, la Dresse B_____ a évoqué une atteinte invalidante avec des limitations de plus en plus marquées, ce qui avait nécessité l'intervention de 2017. Malgré ladite intervention, des limitations subsistaient. Quant au Prof. C_____, il a mentionné les limitations fonctionnelles constatées suite à l'intervention. En l'absence de question spécifique sur ce point, aucun des deux médecins précités ne s'est ainsi prononcé sur la capacité de travail, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. L'OAI a ensuite sollicité l'avis de son SMR, qui a établi, le 20 février 2018, un « avis cellule Hospice Général ». Ce document est en réalité un formulaire auquel le Dr D_____ du SMR a répondu de manière succincte. Faute d'avoir été établi suite à un examen sur la personne, le document précité ne peut que constituer un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI précité, ayant pour seule fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier. Conformément à la jurisprudence en la matière, il ne peut comporter des conclusions nouvelles. Cela étant précisé, force est de constater que ledit avis, qui est extrêmement bref, ne se réfère à aucun des rapports établis par les médecins de la recourante. Ce n'est en fin de compte qu'en comparant la liste des limitations fonctionnelles (pas de marche prolongée, pas de montée et descente d'escaliers, pas de position assise prolongée, pas d'accroupissement, pas de port de charge supérieur à 10 kilos) avec celle établie par le Prof. C_____ dans son courrier du 29 novembre 2017 que l'on constate que le Dr D_____ a en réalité pris en considération le rapport précité. Par contre, on ne sait pas si le rapport de la Dresse B_____ a également été examiné par le médecin du SMR. Par ailleurs, en tant que le Dr D_____ retient une capacité de travail entière dans une activité adaptée alors qu'aucun des médecins interrogés ne s'est prononcé sur ce point,

l'avis du SMR du 20 février 2018 comporte des conclusions nouvelles, qui plus est sans examen de la recourante ni explications circonstanciées. Ce faisant, le SMR a outrepassé les fonctions qui lui étaient attribuées selon les art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI. Dans de telles conditions, la chambre de céans ne saurait se fonder sur le seul avis - qui plus est fort laconique - du SMR pour examiner le bien-fondé de la décision querellée. b. De leur côté, la Dresse B _____ et le Prof. C _____ ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail de la recourante. Leurs rapports des 30 août 2017, respectivement 29 novembre 2017, ne permettent ainsi pas non plus de trancher la question de la capacité de travail de la recourante. c. Dès lors que le dossier ne comporte aucune pièce se prononçant sur la capacité de travail de la recourante, qui constitue pourtant le point contesté dans le cas présent, l'avis du SMR ne peut en aucun cas constituer une évaluation finale et une instruction complémentaire aurait donc dû être ordonnée par l'OAI (voir consid. 6b. supra). Tel n'ayant pas été le cas, la chambre de céans n'a d'autre choix que de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. 9. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, la chambre de céans se limitera à relever que l'intimé ne saurait s'épargner une comparaison des revenus en bonne et due forme. En effet, s'il paraît de prime abord justifié de prendre en considération les salaires statistiques, l'OAI ne saurait dans tous les cas retenir les mêmes statistiques tant pour le revenu avec invalidité que pour celui sans invalidité, dès lors que cela reviendrait à restreindre de manière injustifiée les activités adaptées qui s'offrent à la recourante. Par ailleurs, l'OAI devra également se poser la question de l'abattement afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, dans l'hypothèse où celles-ci n'ont pas été prises en considération lors de l'appréciation de la capacité de travail. 10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La décision du 4 juillet 2018 sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens du considérant précité. 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 LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. **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.