

# GE\_GERICHTE A/4888/2017 vom 5. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4888\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4888_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/4888/2017 du 5 juin 2018

IT: GE\_GERICHTE A/4888/2017 del 5 giugno 2018

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée aux AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1962, a travaillé du 1<sup>er</sup> mars 2002 au 31 décembre 2013 en tant qu'aide de cuisine à 100% dans un tea-room. Licenciée pour des raisons économiques, elle a perçu des prestations de l'assurance-chômage dès le 25 janvier 2014, un délai-cadre lui ayant été ouvert du 20 janvier 2014 au 19 janvier 2016. Le 3 décembre 2014, elle a chuté sur un tapis roulant dans une salle de fitness. Cet accident a été pris en charge par la caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; ci-après : la SUVA). Dans le rapport initial LAA du 26 janvier 2015, la docteure B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a diagnostiqué une contusion à l'épaule droite et des fractures fermées en P3 et D5 à gauche. Elle a attesté une incapacité de travail entière du 4 décembre 2014 au 25 janvier 2015. Dans un rapport du 27 février 2015, le docteur C\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a confirmé les diagnostics déjà posés. Il a mentionné une volumineuse bursite à l'échographie. La reprise du travail était espérée pour fin mars. Puis, le 6 mai 2015, il a diagnostiqué un conflit douloureux de la coiffe de l'épaule droite, une bursite, une tendinopathie du sus-épineux et une petite déchirure. Il a fait état d'une persistance des plaintes douloureuses et de tests tendineux douloureux. Les douleurs de la coiffe avaient influencé l'évolution du traitement. Une IRM de l'épaule droite du 8 juin 2015 a mis en évidence une lésion partielle étendue de tout le versant profond du tendon supraépineux, des signes de tendinopathie du tendon du long chef du biceps, ainsi qu'un épanchement abondant dans la bourse sous-acromiale traduisant des signes de bursite arthropathie acromio-claviculaire. Le 20 juin 2015, l'assurée a déposé auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de mesures professionnelles et de rente. Dans un rapport reçu le 30 juin 2015 par l'OAI, le docteur D\_\_\_\_\_, généraliste FMH, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une lésion de la coiffe des rotateurs. Sans incidence sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une hypertension artérielle et une hypothyroïdie. L'assurée avait été victime d'une chute avec trauma en abduction forcée. L'évolution était caractérisée par des douleurs insupportables et une impotence fonctionnelle. L'incapacité de travail était entière depuis décembre 2014. Le 4 décembre 2015, sur demande de l'OAI, la SUVA lui a transmis les documents de son dossier postérieurs au 1<sup>er</sup> juillet 2015, à savoir notamment : - un rapport du 20 août 2015 établi par le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, selon lequel l'arthro-IRM du 17 août 2015 avait mis en évidence une lésion transfixiante du

tendon sus-épineux et une trophicité des muscles conservée. Il préconisait dans un premier temps un traitement conservateur avec renforcement de la musculature périscapulaire et des abaisseurs de l'humérus. Il avait également proposé une grave infiltration sous-acromiale de corticostéroïdes, à laquelle l'assurée devait encore réfléchir. En cas d'échec du traitement conservateur, il pourrait être nécessaire de discuter d'une chirurgie; - un rapport du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et traumatologie, établi le 29 septembre 2015, à la suite de son examen du 14 septembre 2015, requis par la SUVA, selon lequel l'assurée présentait une lésion sous totale du tendon sus-épineux de l'épaule droite. Il y avait une claire corrélation entre les symptômes cliniques et les images à l'IRM, sans signes d'amélioration, mais au contraire de péjoration récente. L'assurée souffrait d'une inflammation chronique et à ce stade-là, une intervention chirurgicale telle que celle proposée par le Dr E\_\_\_\_\_ restait la seule option valable; - un rapport du 12 octobre 2015 établi par le Dr E\_\_\_\_\_ expliquant que pour cette déchirure transfixiante du tendon du sus-épineux, il avait « poussé au maximum » le traitement conservateur avec physiothérapie et infiltration de cortisone. Cela s'était avéré inefficace et il fallait finalement prendre la décision de procéder à une réinsertion arthroscopie de la coiffe supérieure associée à une acromioplastie et une section du centimètre externe de la clavicule. 9. Dans le rapport opératoire du 9 décembre 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une lésion de la coiffe des rotateurs droite aux dépens des tendons sous-scapulaire et sus-épineux, un conflit sous-acromial droit, ainsi qu'une tendinopathie du long chef du biceps. Il avait pratiqué, le 8 décembre 2015, une arthroscopie de l'épaule droite avec ténodèse du long chef du biceps, une réparation de la coiffe supérieure des rotateurs, ainsi qu'une acromioplastie antérieure et latérale. Dans son rapport du 8 janvier 2016, demandé par l'OAI, le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée devrait retrouver une pleine capacité de travail à six mois post-opératoires, soit en juin 2016 environ. Elle présentait des limitations fonctionnelles l'empêchant de travailler avec les bras au-dessus de la tête, de soulever et porter, de monter sur une échelle ou un échafaudage, ainsi que d'utiliser les deux mains. Le 4 juillet 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée continuait à présenter une gêne et que la situation clinique n'était pas parfaite. Elle présentait une importante bursite qui expliquait la symptomatologie. Afin d'obtenir la guérison du tendon, il lui avait proposé une infiltration guidée sous-acromiale et de la revoir trois mois plus tard. Dans un rapport du 3 août 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a constaté une amélioration progressive de l'état de santé depuis l'opération de décembre 2015. Il avait pratiqué une infiltration sous-acromiale échoguidée, le 8 juillet 2016. Les limitations fonctionnelles consistaient en une absence de port de charges répétées de plus de 5 kg et une absence de travail prolongé au-dessus des épaules. Il ne savait pas quelle était la capacité de travail dans l'activité précédente. Dans une activité adaptée telle que celle d'employée de bureau, la capacité de travail était de 100%. Une capacité de travail de 100% devrait progressivement être atteinte dès octobre 2016. Le 9 novembre 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'arthro-IRM (du 11 octobre 2016) de l'épaule droite mettait en évidence une rupture partielle du tendon sus-épineux et une lésion sous-scapulaire semblable à celle constatée en « peropératoire ». Cette lésion expliquait les douleurs persistantes. Après discussion, il proposait de poursuivre le traitement conservateur et rediscuterait une nouvelle chirurgie si la situation à long terme ne s'améliorait toujours pas. Il reverrait l'assurée dans une année pour un contrôle. Sur le plan professionnel, l'assurée allait tenter de reprendre une activité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016. Dans un rapport du 29 novembre 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé que l'état de santé était resté stationnaire depuis le 1<sup>er</sup> août 2016 et que l'infiltration avait été peu efficace. L'assurée présentait toujours des douleurs et une

limitation fonctionnelle. Il a évoqué une reprise du travail à 100% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016, à réévaluer. 10. Le 2 février 2017, sur demande de l'OAI, la SUVA lui a transmis les documents de son dossier postérieurs au 1<sup>er</sup> novembre 2016, à savoir notamment - le rapport de l'arthro-IRM de l'épaule droite du 11 octobre 2016 qui concluait à une quasi rupture itérative du tendon supra-épineux après réparation de la coiffe; - une notice de médecin d'arrondissement de la SUVA du 16 janvier 2017 qui considérait que le cas n'était probablement pas encore stabilisé; - une notice téléphonique du 18 janvier 2017, établie par le gestionnaire de la SUVA, qui précisait que l'assurée n'avait pas repris le travail, car elle avait toujours mal. Son médecin traitant lui avait accordé un arrêt de travail à 100%. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait dit à l'assurée qu'il ne pouvait plus rien faire, car il fallait attendre au moins une année avant d'envisager une nouvelle intervention. 11. Dans un rapport du 20 avril 2017, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que le dossier de l'assurée contenait suffisamment de pièces médicales lui permettant de se prononcer. Il considérait que la capacité de travail dans une activité adaptée était exigible à 100% à partir de juin 2016. Au vu de l'atteinte à l'épaule droite, l'activité habituelle comme aide de cuisine n'était définitivement plus possible. 12. Par projet de décision du 14 juin 2017, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2015 au 31 août 2016. Il a considéré l'assurée comme une personne active et a retenu une incapacité de travail de 100% dans toute activité depuis le 3 décembre 2014, qui lui ouvrait le droit à une rente entière à l'issue du délai de carence. Selon le SMR, dès juin 2016, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par conséquent, dès juin 2016, le degré d'invalidité était de 8% après comparaison du revenu sans invalidité de CHF 52'746.-, établi sur la base du revenu obtenu en 2013 dans l'activité d'aide-cuisinière et adapté à l'évolution des salaires jusqu'en 2015, avec celui d'invalidité de CHF 48'649.-, fixé sur une base statistique après abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Un droit au reclassement n'existait pas compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible. 13. Par courrier du 31 août 2017, soit dans la prolongation de délai accordé à l'assurée par l'OAI pour faire part de ses observations, celle-ci a contesté le projet de décision, au motif qu'il retenait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le mois de juin 2016. Elle s'est référée au rapport d'examen du médecin d'arrondissement de la SUVA du 20 avril 2017, le docteur G\_\_\_\_\_, retenant qu'elle ne disposait pas de capacité de travail et que son état de santé n'était pas stabilisé, qu'elle a produit en annexe. Dans ledit rapport, le Dr G\_\_\_\_\_ a diagnostiqué notamment une lésion de la coiffe des rotateurs à droite aux dépens des tendons sous-scapulaire et sus-épineux, un conflit sous-acromial droit, un status après réparation de la coiffe des rotateurs supérieure avec ténodèse du long chef du biceps, acromioplastie antérieure et latérale par voie arthroscopique, une re-rupture du sus-épineux avec lésion sous-scapulaire à l'épaule droite, une contusion du genou droit et une fracture P3D5 gauche. L'assurée avait consulté le Dr H\_\_\_\_\_ au début de l'année 2017 qui avait réalisé une infiltration. Les douleurs étaient actuellement évaluées à cinq et étaient malgré tout moins importantes qu'avant l'intervention. Il n'y avait pas de perspective de reprise de travail en raison de la symptomatologie douloureuse qui était également présente la nuit. Sur le plan clinique, l'assurée avait récupéré une mobilité correcte et la force de la musculature scapulo-thoracique deltoïdienne et pectorale était bonne. La coiffe des rotateurs était faible et également douloureuse, en particulier le sus-épineux. L'état n'était pas stabilisé actuellement. L'éventualité d'une nouvelle intervention était probable, en

particulier en raison de la symptomatologie douloureuse. Il était compréhensible que cette intervention visant à supprimer les douleurs entraînerait des conséquences fonctionnelles qui devaient être évaluées au regard du jeune âge de l'assurée pour ce type d'intervention. Il convenait de prévoir un nouvel examen à l'agence après le contrôle « deux ans post-opératoire » auprès du Dr E\_\_\_\_\_. Si aucune intervention n'était décidée, il faudrait alors considérer l'état comme stabilisé. 14. Selon l'avis du SMR du 28 septembre 2017, le rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA du 19 avril 2017 ne modifiait pas sa position. L'état n'était pas stabilisé, car il existait la possibilité d'une nouvelle intervention. Toutefois, celle-ci aurait pour but d'améliorer l'état de santé de l'assurée et d'augmenter ses performances dans une activité adaptée. 15. Par décision du 10 novembre 2017, envoyée par pli simple, l'OAI a confirmé son projet de décision. Les nouvelles pièces ne permettaient pas de modifier sa précédente appréciation. 16. Par acte du 11 décembre 2017, l'assurée a recouru contre la décision du 10 novembre 2017. Elle a conclu, préalablement, à l'ouverture d'enquêtes et à la mise en œuvre d'une expertise, principalement et sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité après le mois d'août 2016 et sans limitation temporelle. Elle a contesté la valeur probante de l'avis du SMR du 20 avril 2017, au motif qu'il n'avait pas pris en considération l'ensemble du tableau clinique, notamment l'absence de stabilisation de son état de santé, et qu'il avait fixé une reprise du travail à 100% dans une activité adaptée à compter de juin 2016. Elle a produit dans la procédure un rapport du docteur I\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatique de l'appareil locomoteur des Hôpitaux universitaires de Genève, établi le 3 novembre 2017 à la suite de la consultation du 30 octobre 2017. À l'examen clinique de l'épaule droite, la trophicité musculaire était conservée et la mobilité était bonne mais douloureuse, même très douloureuse en fin de mouvement. L'inspection globale des membres supérieurs montrait une asymétrie de volume entre les côtés gauche et droit avec une tuméfaction distale au niveau de la main. Le bilan d'imagerie montrait à la radiographie standard une entésopathie au niveau sous-acromial avec à l'IRM (du 27 octobre 2017) une bursite sous-acromiale pouvant signer la persistance ou la récurrence d'un acromion agressif. Le Dr I\_\_\_\_\_ a diagnostiqué la persistance d'une bursite sous-acromiale avec un très probable « complexe régional painful syndrome » (ci-après : CRPS) de l'ensemble du membre supérieur et une épicondylite. Une reprise chirurgicale dans ce contexte ne semblait pas une option raisonnable et la physiothérapie ne pourrait certainement pas apporter les bénéfices attendus. Une consultation rhumatologique concernant le problème d'épicondylite et de CRPS serait certainement indiquée. Il a proposé de revoir la recourante dans quatre à six mois en cas d'échec du traitement conservateur d'épicondylite et/ou de succès de cette dernière mais avec une persistance des douleurs de l'épaule. 17. Dans sa réponse du 5 février 2018, l'intimé a conclu à une admission partielle du recours et à ce que le dossier lui soit renvoyé pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision. Dans un avis du 31 janvier 2018 tenant compte des nouveaux documents médicaux produits par la recourante, le SMR a observé que la clinique parlait en faveur d'une algoneurodystrophie (maladie de Sudex appelée actuellement CRPS) et d'épicondylite du coude de même côté. Au vu de ces éléments, une aggravation de l'état de santé de la recourante était tout à fait vraisemblable. La situation avait évolué, de sorte que l'état de santé de la recourante ne pouvait pas être considéré comme stabilisé. 18. Interrogée par la chambre de céans sur la question de savoir si l'écriture de l'intimé lui donnait satisfaction, dans sa détermination du 22 février 2018, la recourante a pris bonne note de la proposition de l'intimé. Toutefois,

invoquant le principe de célérité, elle a persisté à solliciter une expertise judiciaire.![endif]>![if> 19. Après qu'un délai lui ait été accordé pour se déterminer sur l'écriture de la recourante du 22 février 2018, dans sa détermination du 24 mai 2018, l'intimé a considéré que compte tenu des documents médicaux produits dans la procédure de recours et l'évolution de l'état de santé de la recourante, un renvoi du dossier à l'administration pour instruction complémentaire se justifiait pleinement. Il a persisté dans ses conclusions.![endif]>![if> 20. Le 31 mai 2018, la chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante et, sur quoi, a gardé la cause à juger.![endif]>![if> 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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.![endif]>![if> 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 l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 10 novembre 2017, le droit éventuel aux prestations doit être examiné 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est ainsi recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA-GE).![endif]>![if> 4. Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale; art. 53 al. 1 LPGA). L'assureur peut également revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération; art. 53 al. 2 LPGA). Indépendamment de ces conditions, 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 (art. 53 al. 3 LPGA). Cette disposition légale règle le cas particulier de la reconsidération « pendente lite » d'une décision ou d'une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb; ZBJV 140/2004 p. 751; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3).![endif]>![if> Par ailleurs, en vertu de l'art. 67 LPA-GE, dès le dépôt du recours, le pouvoir de traiter l'affaire qui en est l'objet passe à l'autorité de recours (al. 1) et l'administration peut, en cours de procédure, reconsidérer ou retirer sa décision pour autant qu'elle notifie, sans délai, sa nouvelle décision aux parties et en donne connaissance à l'autorité de recours (al. 2). Toutefois, l'autorité de recours continue à traiter le recours dans

la mesure où la nouvelle décision ne l'a pas rendu sans objet (al. 3). La décision prise « pendente lite » ne met donc fin au litige que dans la mesure où elle correspond aux conclusions du recourant. Le litige subsiste dans la mesure où la nouvelle décision ne règle pas toutes les questions à satisfaction du recourant; l'autorité saisie doit alors entrer en matière sur le recours dans la mesure où l'intéressé n'a pas obtenu satisfaction, sans que celui-ci doive attaquer le nouvel acte administratif (ATF 113 V 237 ). 5. En l'espèce, dans son préavis du 5 février 2018, l'intimé propose l'admission partielle du recours et le renvoi du dossier pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision.!

Étant donné que jusqu'à son préavis, l'intimé n'a pas annulé sa décision et que malgré l'acceptation de celui-ci de procéder à une instruction complémentaire, la recourante considère qu'une expertise judiciaire se justifie, la chambre de céans doit statuer sur le présent recours. Le litige porte sur la limitation au 31 août 2016 de la rente entière d'invalidité, respectivement sur l'existence d'une amélioration de l'atteinte à la santé de la recourante dès juin 2016, susceptible de rétablir sa capacité de gain. 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). 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).!

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 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. 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'article 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 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2). 7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).> 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 sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, 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 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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 135 V 465 consid. 4.4; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). e. 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). Cependant, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Selon la jurisprudence, une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par l'administration conformément aux règles de procédure applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid.

2.4.1). Toutefois, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. Le juge est donc tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion ou les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal, l'assureur-accidents ou un office AI (ATF 125 V 351 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_658/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1). 8. 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). 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). 9. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1). Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). 10. De son côté, conformément à son devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2), l'assuré est tenu de se soumettre aux examens médicaux et techniques qui sont nécessaires à l'appréciation du cas et peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Toutefois, le pouvoir d'appréciation de l'administration dans la mise en œuvre d'un examen médical n'est pas illimité; elle doit se laisser guider par les principes de l'Etat de droit, tels les devoirs d'objectivité et d'impartialité et le principe d'une administration rationnelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. 10. En l'espèce, la décision de limitation de rente au 31 août 2016 repose sur les avis du SMR des 20 avril et 28 septembre 2017. Dans le premier, le SMR considère que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité précédente d'aide de cuisine de façon définitive, mais que dans une activité adaptée, sa capacité de travail est entière depuis juin 2016. Bien que le SMR ne motive pas pourquoi il fixe la capacité de travail entière au 1 er juin 2016, le seul

rapport au dossier mentionnant une pleine capacité de travail dès juin 2016 environ est celui établi le 8 janvier 2016 par le Dr E\_\_\_\_\_. Or, dans ledit rapport, le chirurgien-orthopédiste procède à une appréciation prédictive de la capacité de travail de la recourante en estimant, sur la base de son expérience, qu'elle doit être entière un mois après l'opération, en cas d'évolution normale de l'état de santé. Puis, dans son rapport du 4 juillet 2016, le Dr E\_\_\_\_\_ fait état d'une importante bursite qui explique l'état douloureux et il envisage une infiltration sous-acromiale qu'il réalise le 8 juillet 2016. Même si dans son rapport du 3 août 2016, il considère que la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée doit être progressivement atteinte dès octobre 2016, dans son rapport du 9 novembre 2016, il mentionne une évolution défavorable avec rupture partielle du tendon sus-épineux qui explique les douleurs persistantes. Puis, dans son rapport postérieur du 29 novembre 2016, il pronostique une reprise du travail à 100% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2016 à réévaluer. Par conséquent, au vu des divers rapports du Dr E\_\_\_\_\_ décrivant une quasi rupture itérative du tendon supra-épineux, soit une évolution défavorable de l'état post-opératoire, le SMR ne pouvait pas retenir une capacité de travail entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2016 puisque l'évolution favorable envisagée par le chirurgien-orthopédiste n'a pas eu lieu. Il le pouvait d'autant moins qu'il avait connaissance de l'avis du médecin d'arrondissement de la SUVA qui, en date du 16 janvier 2017, considérait que l'état de santé de la recourante n'était pas stabilisé. Étant donné que les conclusions du SMR du 20 avril 2017 ne sont pas motivées et sont contredites par les pièces médicales au dossier, elles n'ont pas de valeur probante.!

!> Dans son second avis du 28 septembre 2017, le SMR précise que le rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA du 19 avril 2017 retenant un état de santé non stabilisé ne modifie pas ses conclusions. Il justifie sa prise de position par le fait que la nouvelle intervention envisagée a pour but d'améliorer l'état de santé de la recourante et d'augmenter ses performances dans une activité adaptée. Une telle justification est incohérente. En effet, soit la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans diminution de rendement et la nouvelle opération ne pourrait pas lui permettre d'augmenter ses performances dans une activité adaptée, soit elle ne présente pas une telle capacité de travail entière et l'opération préconisée va lui permettre de l'atteindre. Or, en présence de la quasi rupture itérative du tendon supra-épineux droit révélée par l'arthro-IRM du 11 octobre 2016, on ne voit pas comment le SMR pouvait retenir une pleine capacité de travail et un état stabilisé. Quoiqu'il en soit, dans son rapport du 3 novembre 2017, antérieur à la décision du 10 novembre 2017 et qui doit par conséquent être pris en considération pour statuer dans le présent litige, le Dr I\_\_\_\_\_ diagnostique, sur la base de l'imagerie récente, la persistance d'une bursite sous-acromiale avec un très probable CRPS de l'ensemble du membre supérieur droit et une épicondylite. Il préconise un traitement conservateur d'épicondylite et une consultation rhumatologique. De telles constatations et propositions thérapeutiques confirment l'absence de stabilisation de l'état de santé de la recourante. Dès lors, au regard de l'absence de stabilisation de l'état de santé de la recourante, il appartenait au SMR d'évaluer sa capacité de travail dans son activité habituelle et non pas sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> juin 2016 au vu de l'évolution susceptible d'intervenir jusqu'à l'opération préconisée, respectivement jusqu'à la fin du traitement conservateur (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_881/2010 du 23 août 2011 consid. 3.2). Par conséquent, en concluant à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> juin 2016, le SMR prend d'autres conclusions que les médecins de la recourante, sans avoir procédé à un examen de celle-ci, respectivement outrepassé son rôle au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI tel que limité par la

jurisprudence rappelée ci-dessus (consid. 7.d). Si le SMR estimait que la recourante avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, il devait procéder à une instruction complémentaire sur le plan médical, en faisant préciser ce point par le chirurgien-orthopédiste ou en mettant en œuvre une expertise, ce qu'il n'a pas fait. Par conséquent, son rapport du 28 septembre 2017 n'a pas davantage de valeur probante. En définitive, au vu des contradictions et incohérences qu'ils contiennent, l'intimé ne pouvait pas se baser sur les avis du SMR des 20 avril et 28 septembre 2017 pour fonder sa décision de suppression de rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016. 11. Au regard du rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 3 novembre 2017 faisant état d'une récurrence de bursite sous-acromiale droite avec un très probable CRPS de l'ensemble du membre supérieur droit et une épicondylite, à la date de la décision litigieuse, l'état de santé de la recourante n'était pas stabilisé. Par conséquent, l'intimé ne pouvait pas statuer sur sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, ce d'autant plus qu'il ne disposait d'aucun rapport médical ayant procédé à une évaluation circonstanciée de ladite capacité de travail de façon conforme à la jurisprudence. Par ailleurs, dans son rapport du 20 avril 2017, le Dr G\_\_\_\_\_ confirme les diagnostics posés jusqu'ici et conclut, sur la base de son examen clinique, du dossier médical et des plaintes de la recourante, que son incapacité de travail est entière dans toute activité et que son état n'est pas stabilisé. Il propose un nouvel examen après le contrôle post-opératoire des deux ans, soit en décembre 2017, en précisant que si aucune intervention n'est décidée, l'état doit être considéré comme stabilisé à ce moment-là. Ce médecin motive son évaluation par le dossier radiologique qui révèle une quasi rupture itérative du tendon supra-épineux confirmant la symptomatologie douloureuse, qui empêche la recourante de reprendre le travail, et par l'éventualité d'une nouvelle intervention. Par ailleurs, hormis le rapport du SMR du 28 septembre 2017 qui n'a pas de valeur probante, aucun rapport médical ne contredit son évaluation qui ne comporte pas de contradictions. Au contraire, l'appréciation postérieure du Dr I\_\_\_\_\_ confirme notamment la récurrence de bursite sous-acromiale et l'absence de stabilisation de l'état de santé de la recourante. Par conséquent, le rapport d'examen du Dr G\_\_\_\_\_ remplit tous les critères permettant de lui reconnaître une valeur probante. Pour que le droit à la rente de la recourante puisse être supprimé, un changement notable des circonstances doit s'être produit. En effet, les conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGA s'appliquent à la décision par laquelle une rente échelonnée ou limitée dans le temps est accordée à la personne assurée. Or, compte tenu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé considère que l'état de santé de la recourante s'est amélioré depuis le 1<sup>er</sup> juin 2016 au sens de l'art. 17 LPGA, respectivement que sa capacité de travail s'est améliorée depuis cette date. Dans la mesure où l'incapacité de travail de la recourante est entière dans l'activité habituelle et que l'intimé ne peut pas évaluer sa capacité de travail dans une activité adaptée tant que l'état de santé de la recourante n'est pas stabilisé, le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2015 doit être maintenu après le 31 août 2016. En effet, à la date de la décision litigieuse, une amélioration de l'atteinte à la santé de la recourante susceptible de rétablir sa capacité de gain, au sens de l'art. 17 LPGA, n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. dans un cas semblable, l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_333/2015 du 17 juillet 2015 consid. 3.2). Par conséquent, la demande de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire est sans objet. Quant à la période postérieure à la décision litigieuse, elle n'est pas soumise, à ce stade, au contrôle de la chambre de céans. Aussi, n'appartient-il pas à cette dernière de donner des instructions à l'intimé quant à la procédure à suivre pour réviser la rente d'invalidité, notamment s'agissant des mesures d'instruction à

mettre en œuvre. En définitive, la décision litigieuse est annulée en tant qu'elle supprime le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2016. 12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 10 novembre 2017 sera annulée au sens des considérants. La recourante obtenant gain de cause et étant représentée, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006 la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis 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.