

GE_GERICHTE A/87/2018 vom 27. November 2018

GE Cour de justice, 2018-11-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_87_2018

FR: GE_GERICHTE A/87/2018 du 27 novembre 2018

IT: GE_GERICHTE A/87/2018 del 27 novembre 2018

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, représentée par FORTUNA PROTECTION JURIDIQUE SA 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 _____ 1961, ressortissante d'Éthiopie naturalisée Suisse en 1996, s'est installée dans le canton de Genève en mai 1983. Le 16 novembre 1984, elle a épousé Monsieur A_____, dont elle a eu deux enfants, nés respectivement les _____ 1988 et _____ 1990 ; elle est veuve depuis le _____ 1999. Elle a été engagée dès juillet 1995 comme employée de catering à 50 % auprès de B_____ à l'aéroport de Genève. L'assurée s'est trouvée en incapacité de travail à 100 % du 18 juin au 15 juillet 2016, puis à 50 % du 18 au 21 juillet 2016, puis à nouveau à 100 % dès le 22 juillet 2016 pour une durée indéterminée. Son contrat de travail prendra fin le 31 mars 2017, à l'échéance du délai de protection en cas de maladie. D'après un courrier du 20 juin 2016 du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, à son médecin traitant, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, l'assurée avait été hospitalisée en 1986 aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) pour des lombalgies chroniques ; elle présentait depuis lors des lombalgies émaillées d'épisodes de crises intermittentes, et, récemment, une aggravation des douleurs avec l'apparition de douleurs au niveau du membre inférieur gauche. Après l'avoir examinée, ledit médecin a posé le diagnostic de lombo-sciatalgies gauches dans un contexte de discopathie L5 et de hernie discale. Compte tenu de ses activités professionnelles, il la mettait en arrêt de travail à 100 %. Il a prescrit la poursuite de la physiothérapie sur le rachis lombaire bas ainsi que la prise de médicaments. Le 15 novembre 2016, Helsana Assurances SA a requis du docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie, un deuxième avis médical dans le cadre de l'examen de son obligation de verser des prestations en faveur de l'assurée en tant qu'assureur perte de gain en cas de maladie. Par une demande datée du 15 novembre 2016 enregistrée le 30 novembre 2016, formée à la demande de Helsana Assurances SA, l'assurée a requis l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) de lui verser des prestations « Mesures professionnelles / Rente », en considération d'un « disque du dos endommagé » depuis six ans, avec des douleurs ayant empiré depuis quelques mois. Depuis juin 2016, ses médecins étaient les Drs D_____ et C_____. D'après un rapport médical du 7 décembre 2016 du Dr C_____ à l'adresse de l'OAI, la capacité de travail exigible de l'assurée était de 0 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée respectant une restriction de sa mobilité rachidienne. L'assurée souffrait de longue date de lombalgies et, depuis juin 2016, de lombo-sciatalgies gauches. Le 20 décembre 2016, B_____ a

fourni à l'OAI les données utiles sur le contrat de travail et le salaire de l'assurée.

8. Selon un rapport médical du 3 janvier 2017 du Dr D _____, l'assurée avait une capacité de travail nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Elle souffrait d'une lombo-dorsalgie gauche chronique sur discopathie étagée L4-S1, d'une hernie foraminale L4-L5 gauche et d'une arthrose facettaire L4-S1, depuis juin 2016. Elle ne pouvait pas rester debout plus d'une heure, ne devait pas bouger plus d'une heure, et ne pouvait marcher plus de 15 minutes. L'activité exercée n'était pas exigible, et une activité adaptée n'était possible qu'une heure par jour sans charge. Au titre de ses restrictions, ledit médecin a noté que l'assurée ne devait pas exercer d'activités uniquement en position assise (pas plus d'une demi-heure par jour), ni uniquement en position debout (pas plus d'une heure par jour), ni dans différentes positions (pas plus d'une heure par jour), ni principalement en marchant (pas plus d'un quart d'heure par jour), ni en se penchant, ni en travaillant avec les bras au-dessus de la tête, ni en position accroupie, ni à genoux, ni en effectuant des mouvements de rotation, ni en soulevant des poids, ni en montant sur une échelle ou un échafaudage, ni en montant des escaliers ; ses capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation n'étaient pas limitées, mais sa capacité de résistance et son aptitude à se déplacer l'étaient.

9. Le 17 janvier 2017, le Dr E _____ a rendu le deuxième avis médical requis par Helsana Assurances SA, qui a alors rendu une décision à l'adresse de l'assurée, le 20 janvier 2017, aux termes de laquelle cette dernière était à nouveau apte à exercer à 100 % son métier de base, à savoir employée de catering, dès le 1^{er} mars 2017, si bien qu'elle cesserait depuis cette date-ci de lui verser les indemnités journalières perte de gain maladie.

10. Le 23 janvier 2017, le docteur F _____, médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a indiqué, en faisant référence au rapport précité du rhumatologue traitant (le Dr C _____), que le début de l'incapacité de travail durable était le 17 juin 2016 et que, depuis lors, la capacité fonctionnelle de l'assurée était de 0 % dans l'activité habituelle mais de 100 % dans une activité adaptée respectant l'épargne lombaire.

11. En date du 6 février 2017, l'assurée a eu un entretien d'évaluation avec une conseillère en réadaptation professionnelle de l'AI. Dans son dernier emploi, elle préparait des plateaux pour les avions, à 50 % depuis le décès de son mari en 1999, taux auquel, sans son atteinte à la santé, elle aurait continué de travailler dans son activité habituelle pendant encore environ quatre ans. Ce travail était effectué en position debout, à un rythme rapide, parfois plusieurs jours de suite durant 8 à 9 heures par jour. L'assurée avait travaillé précédemment dans le nettoyage, l'emballage des chocolats, comme lingère.

De son point de vue, l'assurée avait depuis longtemps des difficultés à tenir son ménage, était beaucoup aidée par ses enfants, devant se ménager pour pouvoir poursuivre son activité professionnelle. En fonction de ses douleurs importantes ressenties en continu au dos, dérangeantes surtout la nuit et perturbant son sommeil, elle restait beaucoup allongée ou par terre, le dos appuyé, supportait la position assise entre 20 et 30 minutes avant de devoir changer de position, gardait le moins possible une position debout immobile, et avait des difficultés à monter et descendre des escaliers. Elle ne se sentait pas en mesure de travailler ni de suivre un stage, et il lui serait difficile de suivre des cours de français écrit vu la position statique, mais allait réfléchir aux cours qui lui seraient utiles. Préoccupée par la fin annoncée des indemnités journalières perte de gain maladie, elle allait transmettre des documents de nature à réfuter la pleine exigibilité retenue et devait rencontrer quelques jours plus tard le Dr E _____ pour en discuter.

12. Par courrier du 20 février 2017, envoyé en copie au Dr E _____, le Dr C _____ a indiqué au Dr D _____ qu'une IRM

des sacro-iliaques faites à la suggestion du Dr E_____ avait montré une sacro-iliite bilatérale prédominant à droite et que ce bilan radiologique amenait à évoquer une spondylo-arthrite séronégative en plus des lombosciatalgies (les douleurs au membre inférieur gauche ayant quant à elles disparu à la suite d'un traitement par injection). Ledit médecin instaurait un nouveau traitement anti-inflammatoire. [endif]>[if> 13. Sur la recommandation que le Dr E_____ lui a alors adressé, le 28 février 2017, Helsana Assurances SA a, par décision du 6 mars 2017, reporté au 1^{er} avril 2017 la date à partir de laquelle elle retenait comme raisonnablement exigible que l'assurée ait un taux d'activité de 100 % dans son métier de base et cesserait de lui verser des indemnités journalières perte de gain maladie. [endif]>[if> 14. Lors d'un entretien téléphonique du 30 mai 2017 avec la conseillère en réadaptation de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), l'assurée a indiqué être suivie désormais par les HUG, à Beau-Séjour, où elle avait commencé à suivre de la physiothérapie et où elle était suivie par la rhumatologue G_____ (recte : H_____, médecin interne auprès du département des spécialités de médecine [service de rhumatologie] des HUG). Elle s'était opposée à la décision de Helsana Assurances SA. Elle était d'accord de suivre des cours de français pris en charge par l'OAI au titre de l'intervention précoce, mais s'estimait totalement incapable de travailler. [endif]>[if> 15. D'après un rapport médical du 27 mars 2017 du Dr C_____ (que l'assurée a fait suivre à l'OAI suite à l'entretien téléphonique précité), les atteintes à la santé de l'assurée consistaient en des lombalgies chroniques, des lombo-sciatalgies dans un contexte de discopathie L5 et de hernie discale et une spondylarthrite séronégative. Il en résultait, à titre de limitations fonctionnelles, une persistance des douleurs lombaires basses limitant les efforts de charge et la station debout prolongée. L'assurée ayant été licenciée, ledit médecin notait, s'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, que l'assurée avait été en arrêt de travail depuis août 2016 ; concernant une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail serait de 100 %. L'expertise effectuée par le Dr E_____ pouvait être acceptée dans son ensemble, sous réserve de la fixation du 1^{er} avril 2017 comme date de reprise possible du travail dès lors qu'il avait instauré, dès le 23 mars 2017, un nouveau traitement, dont il serait opportun d'attendre le résultat avant une reprise d'activité professionnelle, au moins jusqu'au 1^{er} juin 2017. L'assurée avait répondu significativement aux anti-inflammatoires. [endif]>[if> 16. Dans un rapport de clôture du 11 août 2017, la conseillère en réadaptation de l'OAI a noté que l'assurée lui avait dit s'estimer en mesure ni de suivre un cours de français ni d'exercer une activité lucrative. Elle avait attiré l'attention de l'assurée sur le fait qu'il lui appartenait d'adresser à l'OAI tous éléments propres à prouver une aggravation ou un changement de diagnostic influençant durablement la pleine capacité de travail retenue par le SMR dans une activité adaptée. [endif]>[if> 17. D'après une note de dossier du 11 août 2017, l'assurée avait le statut mixte d'une personne exerçant une activité professionnelle à 50 % et pour le surplus ses tâches ménagères. Une enquête ménagère devait intervenir pour évaluer ses empêchements dans la sphère ménagère. [endif]>[if> 18. Par une communication du 15 août 2017, l'OAI a fait part à l'assurée du fait qu'il estimait que des mesures d'intervention précoce suivies d'éventuelles mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées. Il examinait si elle avait droit à une rente d'invalidité. [endif]>[if> 19. L'OAI a mis en œuvre une enquête ménagère, réalisée par Madame I_____, infirmière. Dans son rapport du 16 octobre 2017, l'enquêtrice a mentionné les diagnostics de lombalgies chroniques et de spondylarthrite séronégative, et décrit les caractéristiques et l'équipement de l'appartement dans lequel l'assurée vivait avec ses deux enfants de respectivement 29 et 27 ans. Elle y a

consigné, pour chacun des champs d'activité constituant les travaux ménagers, les déclarations de l'assurée sur la façon dont ceux-ci étaient accomplis respectivement avant et après les atteintes à la santé retenues, et elle a noté, pour chacun d'eux, leur pondération, l'exigibilité de l'aide des enfants de l'assurée pour leur accomplissement et le taux d'empêchement de l'assurée pour les accomplir. Le tableau des calculs complets se présente ainsi : Champs d'activités Pondération champ d'activité en % Exigibilité Empêchement en % Empêchement pondéré Conduite du ménage 2-5 % planification/organisation/ répartition du travail/contrôle Exigibilité

E. 5

% 0 % 0 % 0 % 0 % 0 % Alimentation 10-50 % préparation/cuisson/service/travaux nettoyage de la cuisine/provisions Exigibilité 40 % 30 % 40 %

E. 10

% 16 % 4 % Entretien du logement 5-20 % épousseter/passé l'aspirateur/ entretenir les sols/nettoyer les vitres/faire les lits Exigibilité 20 % 30 % 70 % 40 %

E. 14

% 8 % Emplettes et courses diverses 5-10 % poste/assurances/services officiels Exigibilité 10 % 10 % 10 % 0 % 1 % 0 % Lessive et entretien des vêtements 5-20 %

laver/suspendre/ramasser/repasser/ raccommoier/nettoyer les chaussures Exigibilité 20 %

10 % 10 % 0 % 2 % 0 % Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille 0-30 %

Exigibilité 0 % 0 % 0 % 0 % 0 % Divers 0-50 % soins infirmiers/entretien des plantes et du jardin/garde des animaux domestiques/confection de vêtements/activités d'utilité publique/formation complémentaire/création artistique Exigibilité 5 % 0 % 0 % 0 % 0 %

% Total de l'exigibilité retenue 21 % Total – Empêchement pondéré sans exigibilité 33 %

Total – Empêchement pondéré avec exigibilité 12 % 20. Le 17 octobre 2017, l'OAI a

déterminé le degré d'invalidité de l'assurée, sur la base d'un statut mixte constitué d'un 50 % d'activité professionnelle et d'un 50 % d'activités ménagères. Pour la sphère professionnelle, il a retenu un revenu annuel brut sans invalidité de CHF 19'340.-, ressortant de l'extrait de compte individuel AVS de l'assurée, s'avérant inférieur au montant de CHF 23'170.- du revenu annuel brut avec invalidité fixé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2014, selon le tableau TA1, pour une femme, tous secteurs confondus, pour une activité simple et répétitive de niveau 1, actualisé à 2016 pour une capacité de travail de 100 %, avec un abattement de 15 % eu égard aux limitations fonctionnelles de l'assurée. Pour la sphère ménagère, le taux d'empêchement pondéré avec exigibilité était de 6 % (soit le 50 % du 12 % établi par l'enquête ménagère précitée).

21. Par un projet de décision du 17 octobre 2017, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. La comparaison des revenus sans (CHF 19'340.-) et avec (CHF 23'170.-) atteinte à la santé donnait une perte de revenu de CHF 0.-, donc un empêchement de 0 % pour la sphère professionnelle, et l'enquête sur le ménage un taux d'empêchement de 12 % dans la sphère ménagère, donc de 6 % pour un taux d'activité de 50 %. Ainsi de 6 %, le degré d'invalidité total de l'assurée ne donnait droit ni à une rente d'invalidité, ni à des mesures professionnelles. L'assurée disposait d'un délai de trente jours pour formuler des objections motivées et comportant des conclusions.

22. L'assurée n'a pas formulé d'observations sur ce projet de décision.

23. Par une décision du 28 novembre 2017, reprenant les termes et conclusions dudit projet, l'OAI a refusé à l'assurée tant une rente d'invalidité que des

mesures professionnelles, en considération d'un degré d'invalidité de 6 %. Recours pouvait être formé contre cette décision dans un délai de trente jours. [endif]>[if> 24. Par acte daté du 12 janvier 2018, posté le lendemain, l'assurée a recouru contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), en concluant à l'octroi d'un délai pour compléter son recours et produire des rapports médicaux de ses médecins traitants, principalement à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi de prestations de l'AI ou au renvoi de la cause à l'OAI, sous suite de frais et dépens. Contrairement à ce que retenait l'OAI, l'état de santé de l'assurée ne permettait plus à cette dernière d'exercer son activité professionnelle ; elle souffrait d'un syndrome lombovertébral et d'une spondylarthrite axiale entraînant des lombalgies chroniques avec une importante impotence fonctionnelle. Son rhumatologue avait instauré, dès le 23 mars 2017, un nouveau traitement pour soulager sa symptomatologie articulaire, sans beaucoup de résultat. L'assurée contestait avoir une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée ; exercer son activité professionnelle (consistant à préparer des repas) n'était pas possible compte tenu de ses graves problèmes de santé et de ses limitations ; elle n'arrivait pas à marcher ni à se tenir assise plus de dix minutes ; elle avait des lombalgies irradiant dans les fesses, et ses douleurs étaient insupportables. Elle était limitée non seulement dans sa vie professionnelle, mais aussi dans sa vie quotidienne. Selon la Dresse H_____, sa capacité de travail dans une activité adaptée n'était que de 25 %. [endif]>[if> D'après un rapport du 11 septembre 2017 de la Dresse H_____, joint au recours : - L'assurée présentait depuis début 2016 une exacerbation de lombalgies chroniques avec impotence fonctionnelle. Après une évolution d'abord partiellement favorable fin 2016 suite à une infiltration L4 gauche (cependant sans retour à l'état antérieur), elle avait consulté les HUG en mai 2017 en raison de la persistance des douleurs lombaires et d'un diagnostic posé de spondylarthrite axiale. À l'examen clinique, il y avait un important syndrome lombovertébral avec une raideur à l'inclinaison, l'extension et la flexion, toutes très limitées en raison des douleurs, avec une modification du rythme lombo-pelvien, de même que des douleurs à la sacro-iliaque gauche. L'assurée n'avait jamais bénéficié de physiothérapie active, mais uniquement de massages ; l'évolution était discrètement favorable avec le début de la physiothérapie active en juin 2017 ; le temps de marche avait passé de 10 à 15 minutes, mais il y avait eu récurrence d'un blocage au niveau vertébral en août 2017 ; l'assurée n'avait pas encore de traitement pour une éventuelle composante de spondylarthrite axiale ; un bilan infectiologique était en cours avant d'essayer un traitement biologique ; [endif]>[if> - Au vu de l'important syndrome lombovertébral, l'assurée avait une totale incapacité de travail pour une activité de manutentionnaire comme celui qu'elle exerçait jusqu'alors. Dans un travail adapté (sans port de charge, sans mouvement répété du tronc, sans mouvement en hauteur de bras et avec possibilité de changer fréquemment de position), elle avait probablement une capacité de travail de 25 % (2 heures par jour) ; [endif]>[if> - Le port de charges, les mouvements répétés en rotation, flexion, extension du tronc, bras en hauteur, la marche plus de 15 minutes, utiliser des escaliers ou des échelles, les stations debout ou assise prolongées (plus de 30 minutes) étaient impossibles ; [endif]>[if> - L'évolution était discrètement favorable avec la physiothérapie active, et un essai de traitement anti-TNF pendant trois mois allait être proposé pour évaluer une composante de spondylarthrite axiale dans la symptomatologie. Vu la chronicité des symptômes, une résolution complète n'était cependant probablement pas à attendre ; [endif]>[if> - Le traitement consistait en une physiothérapie active avec renforcement, mobilisation, gainage, étirements à sec et en piscine ; [endif]>[if>

- La situation de l'assurée ne devait pas s'être fortement améliorée avant mai 2017 ; entre sa dernière consultation chez ses médecins traitants et celle des HUG, l'assurée devait donc avoir eu une capacité de travail de 0 % dans son activité habituelle et de 25 % dans une activité adaptée ;

25. L'assurée s'était toujours présentée à ses rendez-vous avec ponctualité. Par écriture du 6 février 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. D'après le dossier, l'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais avait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (comportant une épargne lombaire), ainsi que le Dr C _____ l'avait confirmé le 27 mars 2017. Elle ne faisait état d'aucune nouvelle atteinte ou d'éléments médicaux objectivement vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, qui auraient été ignorés par l'OAI. Compte tenu de son statut mixte d'active à 50 % et de ménagère à 50 %, une enquête avait été effectuée à son domicile le 16 octobre 2017, et le rapport d'enquête avait pleine valeur probante. D'après un avis médical du 6 février 2018 du docteur J _____, médecin auprès du SMR, le rapport du 11 septembre 2017 de la Dresse H _____ n'était pas convaincant, d'autant plus qu'en dépit de plaintes douloureuses signalées comme très conséquentes, le traitement n'était axé que sur une physiothérapie active, produisant d'ailleurs une évolution favorable ; la Dresse H _____ n'apportait aucun élément permettant de retenir une atteinte lombaire sévère ; le Dr C _____ avait attesté d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

26. Par réplique du 9 mars 2018, désormais représentée par Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, l'assurée a persisté dans les termes et conclusions de son recours. Elle a produit un rapport médical du 8 (recte : 5) mars 2018 du docteur K _____, médecin adjoint agrégé auprès du département des spécialités de médecine (service de rhumatologie) des HUG. Elle souffrait de spondylarthrite axiale et de lombalgies chroniques très invalidantes ; malgré les divers traitements suivis, elle présentait un important déficit musculaire des muscles du tronc avec une importante répercussion fonctionnelle. Un nouveau traitement avait débuté en février 2018 pour améliorer la fonctionnalité du corps, mais il fallait attendre de trois à six mois pour pouvoir évaluer son efficacité. Au vu de ses importantes limitations, l'assurée avait au mieux une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée qui lui permettrait de facilement alterner les positions, n'impliquant pas de mouvements répétitifs et limitant le port de charge au minimum.

D'après ledit rapport du 5 mars 2018 du Dr K _____ : - L'assurée avait été vue pour la première fois à la consultation de rhumatologie des HUG en mai 2017 ;

- Une spondylarthrite axiale (sacro-iliite bilatérale) avait été diagnostiquée malgré un HLA B27 négatif et l'absence d'un syndrome inflammatoire, deux critères non indispensables, ainsi qu'une probable lombalgie commune surajoutée, participant à l'intensité des symptômes et à leurs répercussions fonctionnelles ;

- En raison de l'intensité des répercussions fonctionnelles, le traitement des deux affections avait été associé, à savoir une modification du traitement de la spondylarthrite axiale et une prise en charge multidisciplinaire pour la lombalgie commune ;

- Cette prise en charge multidisciplinaire introduite entre novembre 2017 et fin janvier 2018 n'avait pas amené d'amélioration notable d'un point de vue physique, même si les mouvements étaient mieux effectués et plus fluides. Il persistait un important déficit musculaire des muscles du tronc avec une importante répercussion fonctionnelle ; il y avait une amélioration au niveau du moral et des capacités organisationnelles ;

- Parallèlement à la poursuite du traitement anti-inflammatoire et antalgique, un nouveau traitement avait été instauré début février

2018, dont l'efficacité ne pourrait être évaluée avant trois à six mois ;![endif]>![if> - L'ensemble des observations réalisées tant par le Dr K_____ que par l'équipe multidisciplinaire (constituée de physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychiatres, psychologues) et le bilan des capacités fonctionnelles réalisé mettaient en évidence de très importantes limitations fonctionnelles, touchant à la fois la capacité à rester longuement assise (nécessité de se lever régulièrement toutes les 10 à 15 minutes pour soulager le dos) et les capacités de se déplacer (limitation à la marche à environ 30 minutes, montée d'escaliers difficile sans utiliser la main courante) ; les positions basses étaient extrêmement mal tolérées et le port de charge était limité à 2.5 kg. Il était illusoire d'envisager une capacité professionnelle à 100 % même dans un travail dit adapté. L'exigibilité était de 50 % dans une activité permettant de facilement alterner les positions, n'impliquant pas de mouvements répétitifs et limitant le port de charge au minimum ;![endif]>![if> - Le Dr K_____ n'était pas d'accord avec l'avis médical du SMR ;![endif]>![if> - Le pronostic restait réservé, dès lors qu'il fallait attendre au moins trois mois pour évaluer le nouveau traitement introduit pour la spondylarthrite et que, notoirement, il fallait que les recommandations médicales données soient suivies pendant six mois pour que, pour certains patients, une amélioration suive la fin du programme de traitement. En l'état, ledit programme avait produit une très faible amélioration. ![endif]>![if> 27. Par duplicata du 16 avril 2018, l'OAI a persisté dans les termes et conclusions de la décision attaquée et de sa réponse au recours. D'après un avis médical du 10 avril 2018 du Dr J_____ du SMR, on ne comprenait pas pourquoi la capacité de travail de l'assurée ne pourrait pas être pleine dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ; il y avait divergence, non sur la possibilité d'une activité adaptée, mais sur le taux de la capacité de travail résiduelle de l'assurée ; sur un plan strictement médico-théorique, il était clair que, dans une activité respectant strictement toutes les limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assurée était entière. Il existait un nombre significatif d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assurée, accessibles sans formation particulière, l'assurée pouvait exercer sans restriction une activité d'épargne, comme des activités de surveillance, de contrôle dans l'industrie légère, notamment à l'établi. ![endif]>![if> 28. Dans des observations du 18 mai 2018, l'assurée a objecté que l'appréciation du SMR, reprise par l'OAI, allait à l'encontre des avis concordants des Drs C_____, H_____ et K_____, pour qui les importantes limitations résultant des lombosciatalgies et de la spondylarthrite axiale de l'assurée s'opposaient à ce que cette dernière exerce à 100 % une activité adaptée. L'assurée avait, depuis plusieurs années, de graves problèmes de santé très invalidants au niveau rhumatologique, dont la chronicité, au vu des différents traitements tentés, ne permettait pas d'attendre une résolution complète et qui limitaient au maximum à 50 % l'exigibilité d'une activité adaptée. ![endif]>![if> 29. Cette écriture a été communiquée à l'OAI le 22 mai 2018. ![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), la CJCAS 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. ![endif]>![if> Le recours a été interjeté en temps utile (art. 38 al. 3 et 4 let. c et art. 60 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Ayant été partie à la procédure ayant abouti à la

décision attaquée, étant touchée par cette dernière et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Le recours est donc recevable. 2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD [éd.], Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi ci-dessous consid. 5b et c ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss). 3. Le litige porte sur le degré d'invalidité reconnu à la recourante et, partant, le droit de cette dernière à une rente d'invalidité, voire – quoique la recourante n'aborde pas cette question – à des mesures professionnelles. 4. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demi-rente, un trois-quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO [éd.], Droit suisse de

la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss). Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité. b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., vol. I, n. 156 ss, 160 ss). 5. a. Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent 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). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ;

ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. c/aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c/bb. 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). c/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). c/dd. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis 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 LPG) 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). 6. a. En l'espèce, il n'y a, s'agissant des diagnostics posés ou retenus, pas de divergence un tant soit peu marquée entre l'intimé (se fiant aux avis médicaux du SMR) et les médecins auxquels la recourante s'est ou a été adressée, à savoir d'une part ses médecins traitants qu'ont été les Drs D _____ et C _____ (le premier étant un généraliste et le second un rhumatologue) et d'autre part les rhumatologues H _____ et K _____, occupant les fonctions respectives de médecin interne et de médecin adjoint agrégé auprès du département des spécialités de médecine des HUG, à la consultation de rhumatologie duquel elle est suivie depuis mai 2017. [endif]>[if> Ainsi, il n'est pas contesté que la recourante souffre de lombalgies chroniques et de spondylarthrite axiale. b. Il n'est pas non

plus contesté, d'un point de vue médical, que les atteintes à la santé précitées et les limitations fonctionnelles qu'elles occasionnent ne permettent pas à la recourante d'exercer son activité habituelle d'employée de catering à l'aéroport, sinon par le Dr E_____, dont l'intimé n'a pas pris la peine de se procurer le « deuxième avis » (motivé, doit-on imaginer) du 17 janvier 2017 auprès de l'assureur perte de gain maladie, mais qui, d'après les décisions rendues par ce dernier, doit avoir estimé que la recourante était apte à exercer à 100 % son « métier de base » depuis d'abord le 1^{er} mars puis le 1^{er} avril 2017. En effet, les Drs C_____ (les 7 décembre 2016 et 27 mars 2017), D_____ (le 3 janvier 2017), H_____ (le 11 septembre 2017) et K_____ (le 5 mars 2018) ont fait mention d'une totale incapacité d'exercer l'activité habituelle, et les médecins du SMR (successivement le Dr F_____, le 23 janvier 2016, et le Dr J_____, le 6 février 2018) ont adhéré à cette appréciation. Il appert au demeurant que les limitations fonctionnelles (évoquées ci-après) engendrées par les affections précitées ne sont pas compatibles avec un travail consistant – ainsi que la recourante l'a décrit de façon crédible lors de son entretien du 6 février 2017 avec une conseillère en réadaptation de l'AI – à préparer des plateaux de repas utilisés dans les avions, impliquant d'être en position debout et à travailler à un rythme soutenu, parfois plusieurs jours de suite durant 8 à 9 heures par jour. c. S'agissant des limitations fonctionnelles que subit la recourante du fait de ses atteintes précitées à la santé, il y a quasi-unanimité, parmi les médecins l'ayant auscultée, pour admettre qu'elles sont importantes. Le 3 janvier 2017, le Dr D_____ indiquait que la recourante ne devait pas exercer d'activités uniquement en position assise (pas plus d'une demi-heure par jour), ni uniquement en position debout (pas plus d'une heure par jour), ni dans différentes positions (pas plus d'une heure par jour), ni principalement en marchant (pas plus d'un quart d'heure par jour), ni en se penchant, ni en travaillant avec les bras au-dessus de la tête, ni en position accroupie, ni à genoux, ni en effectuant des mouvements de rotation, ni en soulevant des poids, ni en montant sur une échelle ou un échafaudage, ni en montant des escaliers ; ses capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation n'étaient pas limitées, mais sa capacité de résistance et son aptitude à se déplacer l'étaient. Le 11 septembre 2017, la Dresse H_____ estimait que la recourante ne devait pas avoir une activité impliquant le port de charges, les mouvements répétés en rotation, flexion, extension du tronc, bras en hauteur, la marche plus de 15 minutes, utilisation d'escaliers ou d'échelles, les stations debout ou assise prolongées (plus de 30 minutes). Dans son rapport du 5 mars 2018, relatant tant ses propres observations que celles de l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire du service de rhumatologie des HUG, le Dr K_____ a évoqué de « très importantes limitations fonctionnelles, touchant à la fois la capacité de la recourante à rester longtemps assise (nécessité de se lever régulièrement toutes les 10 à 15 minutes pour soulager son dos) et ses capacités de se déplacer (limitation à la marche à environ 30 minutes, montée d'escaliers difficile sans utiliser la main courante), étant ajouté que les positions basses étaient extrêmement mal tolérées et le port de charge limité à 2.5 kg. Sans doute le Dr C_____ a-t-il été moins explicite à ce sujet, se contentant de faire mention, le 27 mars 2017, de persistance des douleurs lombaires basses limitant les efforts de charge et la station debout prolongée ; l'intimé aurait d'autant plus dû, en exécution de son devoir d'établir les faits (art. 43 al. 1 LPGA), solliciter des précisions de la part dudit médecin sur les limitations fonctionnelles détaillées de la recourante que, le 7 décembre 2016, celui-ci n'avait pas même indiqué quels travaux pouvaient encore être exigés de la recourante compte tenu de ses limitations dues à son état de santé dans le cadre d'une activité adaptée à son handicap, autrement dit pas même répondu aux questions faisant l'objet du ch. 3 (p. 6)

du formulaire que l'intimé l'avait invité à remplir, intitulé « Rapport médical : réadaptation professionnelle / rente ». S'il peut assurément être attendu d'une personne assurée qu'elle change d'activité professionnelle, il n'en faut pas moins veiller, lors de l'examen de sa capacité (résiduelle) de travail et de gain, à ne pas simplement quitter le terrain concret de l'activité habituelle, connu tant par les possibilités et les difficultés de la personne assurée d'y exercer ses compétences et son expérience, pour préférer placer le débat sur le terrain devenant vite théorique et abstrait d'activités dites adaptées aux limitations fonctionnelles et se réfugier trop facilement derrière l'argument que si la personne concernée ne trouve pas d'emploi cela tient au fait, non pertinent pour l'AI, que le marché du travail ne serait pas équilibré dans le domaine considéré des activités entrant théoriquement en considération. Une sous-estimation de ces dernières ne doit pas être couverte par l'esquive que risque de constituer le fait que, presque par définition, une capacité de travail pourrait généralement être admise « dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles » si l'on n'est pas suffisamment réaliste dans l'appréciation des capacités de travail et de gain que celles-ci laissent subsister. En l'espèce, de sérieux doutes doivent être émis que l'intimé, en évoquant simplement la nécessité d'une épargne lombaire, a sous-estimé les limitations fonctionnelles effectives de la recourante. d. Il appert que l'intimé – dont les médecins, au demeurant non spécialistes de la discipline médicale ici pertinente (la rhumatologie), n'ont pas même ausculté la recourante – s'est réfugié à la légère derrière l'avis peu motivé et difficilement explicable du Dr C_____, qui a certes fait état, les 7 décembre 2016 et 27 mars 2017, d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, tout en indiquant, le 27 mars 2017, accepter dans son ensemble l'« expertise » du Dr E_____ (apparemment sans voir que celle-ci contredisait son avis relatif à la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle) et estimer qu'il était prématuré de fixer une date de reprise possible du travail. L'avis que la recourante a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles est contredit par les autres médecins l'ayant auscultée, à savoir non seulement par son médecin traitant, le Dr D_____ (qui a nié toute capacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, en date du 3 janvier 2017), mais aussi par les Drs H_____ (pour qui la recourante, en date du 11 septembre 2017 mais aussi antérieurement, avait une capacité de travail de 25 % dans une activité adaptée) et K_____ (qui – par un rapport détaillé du 5 mars 2018 ne pouvant être écarté du seul fait qu'il est postérieur à la décision attaquée, en tant qu'il contribue à éclairer la situation antérieure à la prise de cette décision – a indiqué qu'il était illusoire d'envisager une capacité professionnelle à 100 % même dans un travail dit adapté et fait état d'une exigibilité de 50 %), étant ajouté que la valeur probante des avis de ces deux médecins ne saurait se trouver amoindrie au vu d'une part du caractère développé de leur rapport respectif et d'autre part de leur qualité de spécialistes du service de rhumatologie des HUG ne permettant pas de les considérer comme des médecins traitants susceptibles d'être enclins à un manque d'objectivité. Il sied au demeurant de relever que, pour les travaux ménagers (susceptibles d'être fractionnés et étalés dans le temps et même de n'être guère ou mal effectués), l'infirmière de l'intimé est parvenue à la conclusion que, sans l'exigibilité de ses enfants, la recourante a un empêchement pondéré de tout de même 33 %. e. En conclusion, l'intimé n'emporte nullement conviction lorsqu'il estime qu'aucun élément ne permet de retenir une atteinte lombaire sévère et admet une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Il est possible voire probable, au vu des avis des trois médecins précités (et des dates auxquelles ceux-ci se sont prononcés), que la recourante a recouvré progressivement une capacité de

travail résiduelle partielle dans une activité adaptée. Il n'est en tout état pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante qu'elle a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il appert que l'intimé n'a pas instruit sérieusement et suffisamment le cas de la recourante. 7. a. 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). b. En l'espèce, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé, pour un complément d'instruction visant à déterminer de façon précise et fiable, fondée médicalement, tant les limitations fonctionnelles que la capacité de travail résiduelle que la recourante a eues durant la période pertinente et qu'elle a le cas échéant encore. S'il apparaît qu'une expertise médicale, ordonnée conformément aux exigences légales (art. 44 LPGA ; ATAS/431/2017 du 30 mai 2017 consid. 3 ; Jacques Olivier PIGUET, in Anne-Sylvie DUPONT / Margrit MOSER-SZELESS [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales [ci-après : CR LPGA], 2018, n. 1 ss ad art. 44 ; Jean MÉTRAL, CR LPGA, n. 40 ss ad art. 56), constituerait assurément un moyen approprié d'établir ces faits, la chambre de céans n'écarte pas complètement l'hypothèse que l'intimé puisse obtenir les renseignements utiles pour pouvoir ensuite statuer en sollicitant de nouveaux rapports médicaux et/ou des réponses à des questions précises et actualisées de la part des médecins ayant ausculté la recourante. 8. À tout le moins partiellement bien fondé, le recours doit être admis partiellement, la décision attaquée être annulée et la cause être renvoyée à l'intimé pour effectuer un complément d'instruction au sens des considérants puis rendre une nouvelle décision. 9. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 800.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à la charge de l'intimé (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). La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé, qui succombe, 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.