

# **GE\_GERICHTE ATAS/258/2016 vom 31. März 2016**

GE Cour de justice, 2016-03-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_258\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_258_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/258/2016 du 31 mars 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/258/2016 del 31 marzo 2016

## **Erwägungen**

### **E. 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 depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et

A/1788/2015 - 8/16 - les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

### **E. 2**

Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 et 56 à 61 LPGA).

### **E. 3**

Le litige porte sur la suppression du trois-quarts de rente d'invalidité versé à la recourante sur la base des dispositions finales relatives à la 6ème révision de la LAI.

### **E. 4**

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution

résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur depuis le 1er janvier 2008). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

#### **E. 5**

Selon la let. a al. 1 des dispositions finales de la LAI concernant la modification du 18 mars 2011 (6ème révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2012), les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique sont réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA (concernant la révision

A/1788/2015 - 9/16 - en cas de modification notable du taux d'invalidité) ne sont pas remplies (let. a al. 1 des dispositions finales de la LAI concernant la modification du 18 mars 2011). L'al. 4 de la let. a précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen.

#### **E. 6**

Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser les conditions auxquelles un réexamen du droit à la rente sur la base de la let. a al. 1 des dispositions finales pouvait avoir lieu. Ainsi, en principe, sont seules susceptibles d'être réexaminées les rentes allouées qui ne tenaient pas déjà compte de la jurisprudence relative au syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (ATF 140 V 8 consid. 2.2.2). Dans ce cas, il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. En d'autres termes, la rente ne peut être réduite ou supprimée que si elle a été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et que le tableau clinique est toujours de cet ordre à la date du réexamen (ATF 139 V 547 consid. 10.1.2). Néanmoins, lorsqu'une rente en cours a été allouée aussi bien en raison de plaintes peu claires que de plaintes explicables, rien ne s'oppose à ce que l'on applique la let. a, al. 1, des dispositions finales en ce qui concerne les premières. En effet, ces rentiers ne peuvent pas être avantagés par rapport à ceux qui touchent une rente seulement pour des troubles dont la pathogenèse et l'étiologie ne sont pas claires. De même, ils ne peuvent pas être privilégiés par rapport aux assurés qui déposent une nouvelle demande de prestation à la fois en raison de troubles explicables et de troubles que l'on ne peut pas objectiver (ATF 140 V 197 consid. 6).

#### **E. 7**

a. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie et à la neurasthénie (ATF 132 V 65 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral I 70/07 du 14 avril 2008). L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de

A/1788/2015 - 10/16 - volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). b. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. c. Si dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a notamment abandonné la présomption du caractère surmontable d'un syndrome douloureux somatoforme, il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (voir le consid. 2.2. de l'ATF 141 V 281). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation

de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_899/2014 et 9C\_173/2015 du 29 juin 2015).

A/1788/2015 - 11/16 - d. Il convient encore de préciser que les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve : il convient de procéder à un examen global du cas particulier avec ses spécificités et les griefs invoqués et d'examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut suffire (ATF 141 V 281, consid. 8).

## **E. 8**

a. 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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. 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). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en 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. A cet égard, il

A/1788/2015 - 12/16 - 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). b. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). 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).

#### **E. 9**

En l'espèce, la chambre de céans constate qu'une rente d'invalidité a été accordée à la recourante dès août 2004 sur la base de l'expertise réalisée par le COMAI en 2002, laquelle retenait une incapacité de travail de 70 à 80% résultant d'une neurasthénie. Vu son ancienneté, cette expertise ne tenait pas compte de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, applicable par analogie aux cas de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral I 70/07). Il résulte du dossier que la rente a été accordée en raison d'une affection sans pathogenèse ni étiologie claire, mais sans tenir compte de la jurisprudence topique. La première condition requise pour son réexamen sur la base des dispositions finales relatives à la 6ème révision de la LAI est donc remplie (ATF 140 V 8 consid. 2.2.2).

#### **E. 10**

Il convient de vérifier si l'intimé a respecté les délais fixés par la let. a des dispositions finales de la 6ème révision de la LAI. L'OAI a débuté le réexamen de la rente en mai 2012. La procédure a donc été initiée dans le délai de trois ans prévu par la loi (al. 1 de la let. a des dispositions finales). De plus, en mai 2012, cela faisait sept ans et neuf mois – soit moins de quinze ans – que la rente d'invalidité, dont le versement a débuté en août 2004, était servie. Née en 1970, l'assurée n'avait pas atteint l'âge de cinquante-cinq ans au 1er janvier 2012, date de l'entrée en vigueur de la 6ème révision de l'AI (1er volet).

A/1788/2015 - 13/16 - Partant, la recourante fait bel et bien partie du cercle des personnes visées par la procédure de réexamen.

#### **E. 11**

Il sied d'examiner, sous l'angle de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, si les atteintes sans étiologie claire dont souffre l'assurée (fibromyalgie et neurasthénie) peuvent être considérées comme surmontables. L'intimé soutient que tel est le cas, ce que l'intéressée conteste, en rétorquant que les expertises sur lesquelles il se fonde sont dénuées de valeur probante. a. À titre liminaire, on rappellera que la nouvelle jurisprudence relative aux affections psychosomatiques assimilées au trouble somatoforme douloureux s'applique aux affaires pendantes devant la Cour au moment du changement (ATF 141 V 281 ; 108 V 3). b. Sur le plan rhumatologique et neurologique, la chambre de céans constate que l'expertise de la CRR se fonde sur une anamnèse détaillée et des examens cliniques complets. Elle prend en considération les plaintes exprimées et ses conclusions, attestant

d'une pleine capacité de travail dans toute activité, sont claires et motivées, aucune limitation fonctionnelle n'ayant été constatée. Partant, une pleine valeur probante peut lui être reconnue. c. Sur le plan psychiatrique, l'expertise de la Dresse O\_\_\_\_\_ répond également aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante : elle repose sur une anamnèse détaillée et sur un examen clinique. Elle tient compte des plaintes et ses conclusions, dûment motivées, sont exemptes de contradictions. d. Les conclusions des experts sont corroborées par celles des examinateurs du SMR, aux termes desquelles la fibromyalgie et la neurasthénie sont sans répercussion sur la capacité de travail. L'assurée est considérée comme capable d'exercer à plein temps toute activité adaptée, moyennant le respect de mesures d'épargne lombaire en lien avec des troubles du rachis mineurs. e. La recourante ne met pas en évidence de contradiction ou d'omission susceptible de remettre en cause la valeur probante des expertises de la CRR et de la Dresse O\_\_\_\_\_. Les rapports de ses médecins traitants sont peu motivés et ne mettent pas non plus en exergue d'élément dont les experts n'auraient pas tenu compte. La Dresse I\_\_\_\_\_ allègue certes que l'expert psychiatre remet en cause un traitement de Ritaline sans raison valable. Sa critique tombe cependant à faux, car il résulte de l'expertise psychiatrique et du dernier rapport du Dr P\_\_\_\_\_ que l'assurée ne souffre d'aucun déficit de l'attention. Par ailleurs, si le psychiatre consulté par l'assurée ne semble pas partager l'opinion de l'expert quant à l'absence de limitation psychique, son appréciation paraît sujette à caution puisqu'elle repose uniquement sur les plaintes de l'assurée et sur un suivi de deux mois et demi. Enfin, on ne voit pas quel argument la recourante pourrait tirer du rapport du Centre multidisciplinaire de la douleur des HUG, lequel n'atteste d'aucune incapacité de travail.

A/1788/2015 - 14/16 - f. Si dans sa nouvelle jurisprudence (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption du caractère surmontable du syndrome douloureux somatoforme, il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. En l'occurrence, les divers rapports versés au dossier font état de multiples observations allant dans le sens d'une exagération, ainsi, notamment : - selon les examinateurs du SMR, la gestuelle spontanée de l'assurée n'est pas cohérente avec les douleurs importantes dont elle se plaint, autoévaluées à 7/10 en position couchée ; l'examen clinique est normal, sous réserve d'un trouble du rachis mineur, et aucune asthénie n'est décelable ; - selon les experts de la CRR, l'assurée débute l'entretien en parlant à voix faible, l'air fatigué, puis après dix minutes, sa voix s'élève et le cours de sa parole se normalise ; son apparence est finalement perçue comme celle d'une femme souriante et pimpante ; elle déplore des céphalées, mais son discours fluctue de manière significative en fonction des interlocuteurs (elle n'en parle pas du tout pendant l'anamnèse générale réalisée en début d'expertise, puis indique que celles-ci sont quotidiennes durant son entretien avec l'expert en neurologie) ; enfin, elle déclare sortir tous les jours en été pour prendre le soleil au bord de la piscine de ses voisins ; - selon la Dresse O\_\_\_\_\_, expert psychiatre, l'assurée ne manifeste pas le moindre signe d'inconfort, de souffrance ou de fatigue pendant un entretien de deux heures, malgré ses plaintes exprimées en début d'entretien, selon lesquelles « c'est la torture » lorsqu'elle doit rester assise pendant cette durée ; socialement, l'intéressée mentionne des contacts réguliers avec des amies, participe une à deux fois par semaine à des réunions de témoins de Jéhovah, utilise sa voiture deux fois par semaine pour faire les courses avec sa mère, et effectue ses tâches ménagères à son rythme ; - enfin, le Dr

P\_\_\_\_\_ considère qu'un suivi psychiatrique est inutile dans la mesure où la recourante l'a consulté, selon ses dires, seulement parce que « cela a du poids pour le recours (...) ». Ces éléments témoignent d'une nette discordance entre les plaintes de l'assurée et le comportement observé par les médecins, ainsi que d'un environnement psycho-social intact. Il se justifie par conséquent d'admettre l'existence de motifs d'exclusion au sens de l'ATF 131 V 49 et de conclure à l'absence d'atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations d'assurance. g. C'est en vain que l'assurée soutient que sa rente ne peut être réexaminée, faute d'amélioration de son état de santé. En effet, la procédure prévue par les dispositions finales de la 6ème révision de la LAI permet la suppression de rentes

A/1788/2015 - 15/16 - versées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires, même en l'absence de motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. i. Eu égard aux considérations qui précèdent, toutes les conditions permettant le réexamen de la rente d'invalidité sous l'angle de la 6ème révision de la LAI sont remplies.

### **E. 12**

Reste à examiner le droit aux mesures de nouvelle réadaptation. Aux termes de la lettre a al. 2 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011, en cas de réduction ou de suppression de rente, l'assuré a droit aux mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a. Les bénéficiaires de rente ont droit à des mesures de nouvelle réadaptation si leur capacité de gain peut, selon toute vraisemblance, être améliorée et si ces mesures sont de nature à améliorer leur capacité de gain (al. 1). Durant la mise en œuvre de telles mesures, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente (al. 3). La chambre de céans constate que l'intimé a omis de statuer sur le droit éventuel de l'assurée aux mesures de nouvelles réadaptation prévues par la let. a des dispositions finales. Il n'appartient toutefois pas à la juridiction cantonale de se prononcer à sa place sur ce point, de sorte que la cause lui sera renvoyée, étant rappelé que seuls peuvent être jugés les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative s'est prononcée préalablement sous la forme d'une décision (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Ce renvoi s'impose également afin de ne pas priver la recourante d'un degré de juridiction.

### **E. 13**

En définitive, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'OAI afin qu'il statue sur le droit à des mesures de réadaptation. Le recours est rejeté pour le surplus. L'assurée, représentée par un conseil, obtient très partiellement gain de cause, de sorte qu'elle a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 750.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

A/1788/2015 - 16/16 - Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement au sens des considérants. 3. Renvoie la cause à l'intimé, à charge pour ce dernier de statuer sur le droit de l'assurée à des mesures de réadaptation. 4. Rejette

le recours pour le surplus. 5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 750.- à titre de participation à ses frais et dépens. 6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé. 7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du

**E. 17**

juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Marie-Catherine SÉCHAUD

La présidente

Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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