

# **GE\_GERICHTE ATAS/586/2016 vom 19. Juli 2016**

GE Cour de justice, 2016-07-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_586\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_586_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/586/2016 du 19 juillet 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/586/2016 del 19 luglio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05), en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/4375/2015 - 15/24 - b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA, en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI). Déposé le 14 décembre 2015 contre une décision du 9 novembre 2015, le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il contient un exposé des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions de la recourante, et satisfait ainsi aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). La recourante a qualité pour recourir contre la décision attaquée, en tant qu'elle lui refuse des prestations de l'AI auxquelles elle estime avoir droit, car elle est touchée par cette décision et a un intérêt digne de protection à son annulation ou modification (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

### **E. 2**

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; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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 ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). Les faits pertinents dans la présente affaire se sont produits entre 2012 et 2015, soit sous l'empire de la LAI dans sa version actuelle (pour mémoire, les trois dernières révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4ème révision], 6 octobre 2006 [5ème révision] et 18 mars 2011 [révision dite 6a], sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004, 1er janvier 2008 et 1er janvier 2012). Le droit éventuel aux prestations doit donc être examiné en l'espèce au regard du droit actuel (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ; à noter que les trois révisions précitées n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier sur la notion d'invalidité et le cas échéant la manière d'évaluer 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]). Par ailleurs, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications qu'a apportées la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur

A/4375/2015 - 16/24 - contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance- invalidité, en particulier à une rente d'invalidité.

### **E. 4**

a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 – RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_754/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.1). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références). b. En l'occurrence, il convient de déterminer si l'état de la recourante s'est modifié entre le 16 décembre 2008 (suppression du droit à la rente) et le 9 novembre 2015 (refus de la nouvelle demande de prestation), dans des proportions suffisantes pour lui donner le droit à une rente d'invalidité.

### **E. 5**

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

A/4375/2015 - 17/24 - après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

## **E. 6**

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). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

## **E. 7**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré

A/4375/2015 - 18/24 - est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le

principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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). 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). 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 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

A/4375/2015 - 19/24 - du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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 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). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

## **E. 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

A/4375/2015 - 20/24 - les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

## **E. 9**

a. En l'espèce, la recourante soutient être en incapacité totale de travailler dans son activité habituelle de vendeuse depuis janvier 2004 et subir une dégradation de son état de santé depuis 2012, ce qui l'empêche d'exercer la profession de secrétaire/réceptionniste pour laquelle elle avait reçu une formation prise en charge par l'intimée en 2008. Son état de santé et les limitations fonctionnelles en découlant justifiaient l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, au moins. Pour parvenir à cette conclusion, elle se fonde sur les rapports de ses médecins traitants, soit les Drs F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_. Elle conteste également la valeur probante de l'expertise des Drs M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, la considérant comme subjective et incohérente. Pour sa part, l'intimé considère que l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié d'une manière suffisante pour justifier l'octroi d'une rente. Selon lui, elle présente une incapacité totale de

travail dans son activité habituelle de vendeuse, mais une capacité de travail de 100%, sans diminution de rendement, dans l'activité adaptée de secrétaire/réceptionniste, tout comme en 2008, lorsqu'il avait mis fin au versement de la rente d'invalidité. Il fonde ses conclusions sur l'expertise des M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, à laquelle il reconnaît une pleine valeur probante, et les avis du SMR, qui valident ladite expertise. b. À titre liminaire, il convient de relever que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle de vendeuse n'est pas litigieuse, les parties et les différents médecins consultés la considérant comme nulle depuis 2004. Seul demeure litigieux le point de savoir si, entre 2008 et 2015, la recourante a vu son état de santé se dégrader suffisamment pour justifier l'octroi d'une rente, soit en d'autres termes si elle présente encore ou non une capacité de travail de 100%, sans diminution de rendement, dans l'activité adaptée de secrétaire/réceptionniste (degré d'invalidité de 20% en 2008). c. S'agissant de l'expertise des Drs M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, ces derniers ont retenu les diagnostics de fracture plurifragmentaire du fémur droit, de status post-prothèse totale de hanche du 7 mars 2006, de dégénérescence protrusive des disques intervertébraux L4 à L5 et L5 à S1, de discarthrose C3 à C4 et C5 à C6 et de troubles de l'adaptation, réaction dépressive prolongée. La recourante présentait des limitations fonctionnelles, soit l'impossibilité de maintenir la station debout prolongée et la nécessité d'éviter les ports de charges lourdes ou très lourdes, en raison de la fracture plurifragmentaire du col fémoral. Sa capacité de

A/4375/2015 - 21/24 - travail était de 100%, sans diminution de rendement dans l'activité adaptée de secrétaire-téléphoniste-réceptionniste au jour de l'expertise, soit le 20 janvier 2015, depuis la demande de prestation fin 2012. En l'occurrence, la longueur de cette expertise, les nombreuses redondances qu'elle contient et le choix d'appliquer la méthodologie choisie par la clinique Corela, en particuliers les diagnostics différenciés, rendent la lecture de ce document peu aisée, ce qui est regrettable. Toutefois, cela n'est pas suffisant pour lui nier sa force probante. En effet, sur le fond, force est de constater qu'en l'occurrence, ladite expertise répond aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. En effet, elle se fonde sur un examen somatique conduit par la Dresse M\_\_\_\_\_, un examen psychiatrique réalisé par le Dr N\_\_\_\_\_, un avis de médecine générale du Dr O\_\_\_\_\_ et une étude approfondie du dossier de la recourante. Elle tient compte des plaintes exprimées par la recourante et contient une anamnèse très détaillée, sur tous les plans. Les diagnostics retenus, ou non, sont clairs et discutés en détail et les conclusions sont motivées à satisfaction. Dans le cadre de leur analyse du cas, les experts ont pris le soin d'expliquer les éléments les ayant conduits à retenir les différents diagnostics et à en écarter d'autres. Ils ont également expliqué pourquoi certains diagnostics retenus par les médecins traitants de la recourante devaient être écartés, étant précisé que ces explications étaient convaincantes et bien motivées. Leurs appréciations permettent de comprendre les troubles affectant la recourante et leurs conséquences sur sa capacité de travail. La recourante reproche à cette expertise d'être subjective et incohérente. En réalité, l'intéressée se contente de marquer sa désapprobation avec les conclusions de l'expertise et de lui préférer celles de ses médecins traitants, ce qui ne saurait être suffisant pour remettre en cause une expertise administrative. En outre, contrairement à ce que soutient la recourante, il n'est pas contradictoire de retenir des diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, ou des limitations fonctionnelles, et de conclure à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, il existe un grand nombre d'activités professionnelles, lesquelles n'ont pas toutes les mêmes exigences du point de vue physique ou psychique. Ainsi, les exigences d'un poste de vendeuse dans un grand magasin seront différentes de celles attendues d'une

secrétaire ou d'une réceptionniste. S'agissant des rapports des Drs F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, il convient en premier lieu de relever qu'ils ont été établis dans le cadre du mandat thérapeutique qui lie ces médecins à la recourante, éléments dont il faut tenir compte dans le cadre de l'appréciation de leur valeur probante. En second lieu, les experts ont précisément expliqué pour quelles raisons certains des diagnostics retenus par ces médecins devaient être écartés, de sorte que les rapports de ces derniers ont été pris en compte dans le cadre de l'expertise. Les rapports des 16 janvier 2013 et 21 août 2015 du Dr F\_\_\_\_\_ contiennent de nombreux diagnostics et des limitations fonctionnelles particulièrement restrictives, sans que ce médecin ne motive ses conclusions. De plus, les limitations

A/4375/2015 - 22/24 - fonctionnelles retenues fluctuent entre le premier et le second rapport, sans que rien ne permette de comprendre les raisons de ces changements. Dès lors, l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ ne saurait remettre en cause les conclusions de l'expertise. Le rapport du 20 janvier 2013 du Dr G\_\_\_\_\_ est relativement bref. En outre, ses conclusions ne sont pas suffisamment motivées, de sorte qu'elles ne permettent pas de modifier l'appréciation de la chambre de céans sur la valeur probante de l'expertise. Quant au Dr H\_\_\_\_\_, il ne prend pas position sur la capacité de travail dans son rapport du 3 février 2013, suggérant la nécessité de mettre en œuvre une expertise. Dans son rapport du 23 septembre 2015, il relève que l'état de santé de la recourante n'a pas évolué depuis 2012, ce qui va dans le sens des conclusions de l'expertise. Toutefois, il retient une capacité de travail dans une activité adaptée de 50%, sans le motiver. Ces rapports ne permettent donc pas de remettre en question les conclusions de l'expertise. Le rapport du 26 février 2013 du Dr C\_\_\_\_\_ est particulièrement bref et peu motivé. De plus, il contient une contradiction manifeste, puisque ce médecin considère que la recourante ne présente aucune restriction physique, mentale ou psychique, tout en retenant des limitations fonctionnelles et une incapacité de travail totale depuis 2004, ce qui est manifestement contraire à la réalité, dans la mesure où la recourante avait pu bénéficier d'une formation professionnelle en 2008 et travailler par la suite, sans que sa santé ne l'en empêche. Le rapport du 25 mars 2013 de la Dresse I\_\_\_\_\_ laisse transparaître une analyse centrée sur les plaintes de la recourante et sur les facteurs psychosociaux qui, à la lumière de l'expertise de la clinique Corela, semblent entraver la recourante. Faute d'une objectivité suffisante, ledit rapport ne permet pas à la chambre de céans de revoir sa position quant à l'expertise. Enfin, en ce qui concerne le rapport du 30 juillet 2015 de la Dresse Q\_\_\_\_\_, force est de constater que les diagnostics retenus ne sont pas clairs et l'état de santé décrit est principalement fondé sur le contexte de la demande de prestation de la recourante et ses plaintes. Ainsi, les conclusions de la Dresse Q\_\_\_\_\_ ne sauraient être préférées à celles des Drs M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_. d. Dans la mesure où les avis du SMR des 16 juin et 30 octobre 2015 valident les conclusions de l'expertise, il convient de suivre les recommandations qu'ils contiennent, en particulier en ce qui concerne la limitation fonctionnelle de port de charges plus favorable à la recourante que celle de l'expertise. Compte tenu de ces éléments, il convient de suivre les conclusions de l'expertise des Drs M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ et les avis du SMR des 16 juin et 30 octobre 2015, et d'admettre que la recourante présente une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, dans l'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles de secrétaire/réceptionniste, de sorte qu'entre 2008 et 2015, son état de santé, ou du moins l'influence de ce dernier sur sa capacité de travail, est resté

A/4375/2015 - 23/24 - stable. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante. e. On précisera encore que dans la mesure où les mesures professionnelles mises en œuvre par l'intimé en 2008 ont permis à la recourante de se former dans une activité toujours adaptée à ses limitations fonctionnelles, aucune autre mesure ne se justifie, faute d'évolution de la situation.

**E. 10**

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). \* \* \* \* \*

A/4375/2015 - 24/24 - 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.