

GE_GERICHTE ATAS/872/2016 vom 1. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_872_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/872/2016 du 1 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/872/2016 del 1 novembre 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. 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 - 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). Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. art. 60 LPGA) et il satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir contre cette décision (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

E. 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.

A/1038/2013 - 14/29 - 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, 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c).

Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d). 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 consid. 4d). Il 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 (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).

E. 3

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

A/1038/2013 - 15/29 - de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). La LAI a subi plusieurs modifications depuis que la recourante s'est installée en Suisse en septembre 1994, alors que ladite loi avait pour teneur celle issue de sa 3ème révision, du 22 mars 1991, entrée en vigueur le 1er janvier 1993. La 4ème révision a été adoptée le 21 mars 2003 et est entrée en vigueur le 1er janvier 2004, la 5ème révision respectivement les 6 octobre 2006 et 1er janvier 2008, et la révision dite 6a respectivement les 18 mars 2011 et 1er janvier 2012. Les questions touchant à l'évaluation de l'invalidité n'ont cependant pas connu de modifications substantielles au fil de ces différentes révisions (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). Concernant le droit à une rente d'invalidité en tant qu'il est lié à un nombre d'années de cotisation lors de la survenance de l'invalidité (cf. art. 6 al. 2 et 36 al. 1 LAI) – condition que l'intimé paraît remettre en question dans sa dernière écriture –, il sied d'indiquer que dans la version de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, il appartenait aux assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptaient une année entière au moins de cotisations, mais que dès le 1er janvier 2008, date d'entrée en vigueur de la 5ème révision de la LAI (RO 2007 5129; FF 2005 4215), cette durée a été portée à trois ans (ATAS/786/2016 du

E. 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 demie 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). 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

A/1038/2013 - 16/29 - 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 de travail 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). c. 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, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). 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 que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). d. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux, qui – tant dans une procédure initiale que dans une procédure de révision – doivent étayer les conclusions à tirer quant à l'existence, la nature, l'intensité et les effets d'atteintes à la santé. d/aa. 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

A/1038/2013 - 17/29 - 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 125 V 351 consid. 3). d/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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, et ils ne sont pas dépourvus de 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine).

A/1038/2013 - 18/29 - 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). d/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 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). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

E. 5

a. La décision attaquée en l'espèce se fonde sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique des Drs H_____ et I_____ du 21 mai 2012, qui n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion durable sur la capacité de travail, mais, sans effet sur ladite capacité, d'une part, sur le plan rhumatologique, des dorsolombalgies communes, une surcharge pondérale et une fibromyalgie et, sur le plan psychiatrique, un épisode dépressif léger avec syndrome somatique. D'un point de vue formel, ledit rapport satisfait aux exigences émises sous cet angle à l'endroit des rapports d'expertise. Il émane en effet de spécialistes des disciplines médicales pertinentes pour juger du cas d'espèce, soit la médecine physique et de réadaptation et la psychiatrie, et son complément du 14 février 2014 confirmant le

A/1038/2013 - 19/29 - diagnostic de fibromyalgie a été établi par un spécialiste en médecine physique et de rééducation et en rhumatologie. Il relate les différentes anamnèses devant être recueillies (personnelle, familiale, professionnelle, antécédents médicaux, ostéo-articulaire, psychosociale, psychiatrique et médicale par système), avec mention des plaintes de la recourante, décrit les status général, neurologique, ostéoarticulaire et psychiatrique de la recourante et fait le compte-rendu des rapports radiologiques figurant dans le dossier. Il pose ensuite des diagnostics et comporte une appréciation motivée du cas et des conclusions. b. À ce rapport d'examen clinique bi-disciplinaire du SMR s'opposent d'une part les avis des médecins traitants, respectivement la Dre J_____ sur le plan rhumatologique et la Dre G_____ sur le plan psychiatrique, et d'autre part le rapport d'expertise psychiatrique et son complément du Dr M_____. En plus d'émaner de médecins-traitants, les rapports des Dres J_____ et G_____ figurant au dossier ne sont pas et n'ont d'ailleurs pas vocation à être des rapports d'expertise satisfaisant aux critères formels évoqués ci-dessus. Ils ne peuvent se voir reconnaître une même force probante que des rapports d'expertise, mais cela ne signifie pas qu'ils n'en ont aucune, que ce soit pour les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles retenues ou l'appréciation de la capacité

de travail de la recourante. Ils ont cependant une valeur probante atténuée, qui ne suffirait pas à renverser celle des examinateurs précités du SMR, d'autant plus d'ailleurs que, du moins s'agissant d'une fibromyalgie, ils ne se complètent pas mais tendent plutôt à se contredire, la Dre J _____ a indiqué ne pas partager, en l'état de décembre 2013, le diagnostic de fibromyalgie (courrier du 10 décembre 2013), tandis que la Dre G _____ a fait mention d'une capacité de travail diminuée, voire nulle, en raison de la pathologie somatique de la recourante, assimilée à de la fibromyalgie (courrier du 13 décembre 2013). Quant à lui, le rapport d'expertise du Dr M _____ du 17 novembre 2015, complété le 21 août 2016, satisfait, d'un point de vue formel, aux exigences jurisprudentielles posées à l'égard de tels rapports. Non seulement il émane d'un spécialiste reconnu en psychiatrie et psychothérapie, de surcroît indépendant, mais encore il traite, rubrique par rubrique, les points devant l'être dans un rapport d'expertise, sous cet angle à l'instar du rapport d'examen précité du SMR. Peu importe qu'il soit plus concis que celui-ci, dès lors que, sur le plan matériel, il a une substance faisant autorité, dûment motivée et convaincante. c. D'un point de vue matériel, le rapport d'expertise judiciaire en question, portant sur le volet psychiatrique, retient, à l'inverse du rapport d'examen du SMR, des diagnostics affectant la capacité de travail de la recourante, à savoir – à teneur des explications fournies dans le complément de rapport du 21 août 2016 (levant une ambiguïté contenue à ce propos dans le rapport d'expertise du 17 novembre 2015) – deux diagnostics distincts au regard de la classification de référence mais intrinsèquement liés, un épisode dépressif moyen chronique et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

A/1038/2013 - 20/29 - c/aa. Force est de retenir comme convaincant que – comme enfant puis jeune femme ayant vécu la guerre dans le Kurdistan iranien, le pilonnage de son village, ayant vu sa jeune sœur de cinq ans être tuée, avoir été déportée avec sa famille dans le sud de l'Irak et y avoir été internée dans un camp de prisonniers kurdes durant quelque quinze ans, y avoir été victime de brutalités, y avoir été mariée à l'âge de dix-huit ans et y avoir connu une hémorragie sévère après un accouchement difficile – la recourante a eu un parcours de vie jalonné non simplement de difficultés, mais bien de traumatismes. À ces derniers se sont ajoutées par la suite, même alors que la recourante se trouvait en sécurité en Suisse, des difficultés d'intégration et des charges de famille avec alors trois jeunes enfants, analphabète, dans un contexte de tensions conjugales, marquées en 2003 par une séparation du couple et en 2011 le divorce, en plus, en 2013, de soucis concernant la détresse d'une de ses filles en proie à une agressivité physique et psychologique de la part de son ancien petit ami. L'expert judiciaire n'a au demeurant pas retenu les diagnostics précités sur la seule base des éléments anamnestiques de son expertise, mais aussi de ses constatations ; tous les critères desdits diagnostics étaient réalisés. Aussi s'impose-t-il d'admettre comme étant pour le moins hautement vraisemblable que la recourante a développé un état dépressif moyen, d'évolution chronique, présent au moins depuis 2011, et que sa personnalité a été modifiée durablement des suites de ces événements traumatiques. S'il se pouvait que, comme l'avait retenu l'examineur du SMR, le Dr I _____, la recourante avait, en mai 2012, un épisode dépressif léger avec syndrome somatique, elle avait aussi, probablement depuis longtemps, des troubles anxieux, sous-estimés sinon même oubliés par ledit examineur du SMR. Aussi se justifie-t-il de retenir, avec l'expert judiciaire, que la recourante souffre d'atteintes à la santé psychique cataloguées sous les diagnostics conjoints précités d'épisode dépressif moyen chronique et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. De même faut-il accorder du crédit à l'affirmation de l'expert qu'en septembre et octobre 2011, la symptomatologie rapportée

par la Dre G _____ (même à la lumière des réponses fournies le 13 décembre 2013 par ladite psychiatre à la chambre de céans) ne justifiait pas de retenir une dépression d'un degré de gravité sévère justifiant de poser le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, ainsi que la Dre G _____ l'avait fait. L'intimé n'émet pas d'objections susceptibles de jeter le doute sur la pertinence des diagnostics posés par l'expert judiciaire. La chambre des assurances sociales retient donc que le rapport d'expertise et son complément ont pleine valeur probante déjà sur la question des diagnostics posés par l'expert judiciaire. c/bb. Dès lors qu'il retient, sur le plan psychiatrique, les deux diagnostics intriqués précités plutôt qu'un épisode dépressif léger avec syndrome somatique, et indépendamment de l'effet incapacitant ou non d'une fibromyalgie, il n'est pas surprenant que l'expert judiciaire parvienne à la conclusion, à l'inverse des

A/1038/2013 - 21/29 - examinateurs du SMR, que la recourante ne dispose pas d'une pleine capacité de travail, autrement dit que ses atteintes à la santé ont des répercussions sur sa capacité de travail. Des avis globalement convergents ont été émis par les médecins traitants concernant les limitations fonctionnelles physiques de la recourante. Ainsi, le Dr D _____ estimait en septembre 2011 que cette dernière ne devait pas exercer d'activités uniquement en position assise ou debout, ni en marchant, en se penchant, avec les bras au-dessus de la tête, accroupie, à genoux, en rotation en position assise ou debout, ni soulever ou porter des poids de plus de 5 kg, ni monter une échelle, un escabeau ou des escaliers ; elle avait des capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et une résistance limitées depuis 2009. En mai 2012 (et de même, substantiellement, en août 2013), la Dre J _____ indiquait que la recourante était limitée dans les travaux lourds, les ports de charges, les positions assise ou debout prolongées et les mouvements répétés avec l'épaule droite principalement en élévation de l'épaule. En juillet 2013, pour la Dre G _____, la recourante devait éviter le port de charges lourdes. Dans ce contexte, force est de voir une faiblesse du rapport d'examen clinique des médecins du SMR, en tant que ces derniers y affirment que la recourante ne présente aucune limitation fonctionnelle, tout en préconisant – sans en tirer de conclusion cohérente en termes de capacité de travail – que la recourante privilégie les activités à faibles charges physiques du fait, selon eux, d'un trouble douloureux chronique non incapacitant. De son côté, l'expert judiciaire, dont l'expertise a porté sur le volet psychiatrique, a retenu des limitations fonctionnelles liées à l'état dépressif et à l'anxiété pathologique de la recourante, à savoir de la fatigue, une diminution marquée de l'énergie, la tristesse de l'humeur et l'abattement moral, le ralentissement psychomoteur, la perte de motivation, le repli sur soi, un sentiment d'incompétence et d'inutilité, l'apathie et l'apragmatisme, ainsi que des réactions de peur et un sentiment d'insécurité participant au confinement de l'assurée à son domicile. Sans préjudice de la question d'une répercussion de limitations fonctionnelles physiques sur la capacité de travail de la recourante, un crédit certain doit être attribué à l'appréciation que l'expert judiciaire a faite sur le plan psychiatrique, de l'impact des atteintes à la santé psychique de la recourante et de ses limitations fonctionnelles, telles qu'il les a retenues les unes et les autres. L'appréciation divergente à ce propos des examinateurs et autres médecins du SMR ne sont pas propres à susciter le doute sur la pertinence des conclusions de l'expert judiciaire. La chambre de céans retient ainsi que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de la recourante est diminuée de 50 % et que, dans la mise en œuvre de sa capacité de travail résiduelle (donc aussi de 50 %), la recourante connaît une baisse de rendement de l'ordre de 25 %. d. Il s'ensuit, à ce stade de l'examen du recours, que la décision attaquée ne saurait être jugée

bien fondée, mais doit être annulée, dès lors qu'elle retient que la

A/1038/2013 - 22/29 - recourane a une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle et lui refuse en conséquence toute prestation de l'AI.

E. 6

a. Il faut cependant encore aborder la question d'une fibromyalgie, que l'intimé a en l'espèce retenue à titre de diagnostic mais dont il a nié tout caractère invalidant. Avant d'examiner si ce diagnostic est pertinent et le cas échéant quelles conséquences sont susceptibles de devoir en être déduites, il sied d'exposer brièvement le cadre juridique de cette pathologie. b. Il a déjà été relevé (cf. consid. 4), à propos de la notion d'invalidité, qu'une atteinte à la santé n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain (ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur la capacité d'accomplir les travaux habituels), effets qu'il y a lieu d'évaluer en intégrant les efforts de volonté raisonnablement exigibles de la part de l'assuré. Les atteintes à la santé pertinentes peuvent être des atteintes à la santé physique, mentale ou psychique, y compris psychosomatique. Cette dernière catégorie d'atteintes comporte les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (autrement appelées « troubles somatoformes douloureux ») et d'autres affections psychosomatiques assimilées, dont précisément la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 3 et 4.1). Dans un arrêt de principe du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral avait posé la présomption que les affections psychosomatiques pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible, si bien que les personnes concernées n'avaient en règle générale aucun droit à une rente de l'assurance-invalidité. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Au premier plan de ces critères figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée ; d'autres critères pouvaient tenir à un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, en dépit d'une attitude coopérative de l'assuré. Plus ces critères se manifestaient et imprégnaient les constatations médicales, moins une exigibilité d'un effort de volonté pouvait être admise ; à l'inverse, le droit à des prestations d'assurance devait être nié si des limitations d'exercice d'une activité lucrative résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, comme une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très

A/1038/2013 - 23/29 - démonstratives laissaient l'expert insensible, et l'allégation d'un lourd handicap malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 ; 131 V 49 ; 130 V 352 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1199 ss ; Jacques-André SCHNEIDER, L'invalidité, les douleurs dites « non objectivables » et le Tribunal fédéral : la rupture, in Regards de marathoniens sur le droit suisse, 2015, p. 409 ss). c. Or, selon un nouvel arrêt de principe rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption 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. 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. Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources ; il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes ; un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer les ressources mobilisables de l'assuré. Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si l'assuré est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs), si possible en comparant le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la

A/1038/2013 - 24/29 - survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie. d. La nouvelle jurisprudence sur les troubles somatoformes et affections psychosomatiques assimilées est applicable au cas d'espèce, dès lors que la décision de l'intimé n'a pas acquis force de chose décidée (ATAS/364/2016 du

E. 10

mai 2016 consid. 10c). e. En l'espèce, s'ils ont retenu le diagnostic de fibromyalgie, les examinateurs du SMR et, à leur suite, l'intimé lui ont dénié tout caractère invalidant, en faisant référence logiquement aux critères jurisprudentiels posés par l'ATF 130 V 352 précité. Selon eux, il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa durée, l'épisode dépressif sévère ayant évolué favorablement ; il n'y avait pas non plus perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ; il n'y avait pas non plus résistance à un traitement conforme aux règles de l'art, la recourante ayant

répondu favorablement à un tel traitement. Il n'apparaît pas et les parties ne prétendent pas que s'il fallait retenir en l'espèce un diagnostic de fibromyalgie, l'application de la nouvelle jurisprudence conduirait à devoir admettre que cette atteinte à la santé psychosomatique générerait une incapacité de travail supplémentaire insurmontable par un effort de volonté exigible, qui viendrait s'ajouter à celle qui – selon l'expert judiciaire, dont la chambre de céans admet les conclusions – restreint la capacité de travail de la recourante à 50 % et, dans la mise en œuvre de sa capacité de travail résiduelle, diminue son rendement de l'ordre de 25 %. Sans doute le Dr M_____ n'a-t-il pas passé en revue les conditions auxquelles un caractère invalidant doit être reconnu à un trouble somatoforme douloureux, que ce soit au regard des critères de la jurisprudence devenue dans l'intervalle ancienne ou des indicateurs de la nouvelle jurisprudence. Et sans doute aussi le critère d'une comorbidité psychiatrique n'a-t-il plus le même poids qu'auparavant. L'expert judiciaire a cependant retenu les deux diagnostics intriqués l'un dans l'autre d'épisode dépressif moyen chronique et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe comme désignant les seules atteintes incapacitantes à la santé de la recourante. La question peut au demeurant rester ouverte, dans la mesure où elle s'inscrit dans le contexte d'une hypothèse dont il y a lieu de retenir – avec la Dre J_____ et l'expert judiciaire – qu'elle n'est pas réalisée en l'espèce. Le diagnostic de fibromyalgie, posé initialement par le médecin traitant généraliste (non qualifié pour ce faire), apparaît avoir été retenu par l'intimé simultanément à la considération qu'il n'était pas incapacitant. La rhumatologue traitante J_____ a suivi la recourante régulièrement depuis novembre 2011 ; elle a contesté ledit diagnostic en connaissance de cause, soulignant que les plaintes de la recourante concernaient des douleurs localisées au niveau de l'épaule droite et des lombaires et

A/1038/2013 - 25/29 - que les examens cliniques et radiologiques mettaient en évidence des signes de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de ladite épaule ainsi qu'un spondylolisthésis L5-S1 sur probable lyse isthmique bilatérale et discopathie L5-S1, constats assez similaires à ceux du Dr H_____, dont elle partageait l'avis que lesdites atteintes n'étaient pas incapacitantes, sous réserve de respecter les limitations fonctionnelles de la recourante. Il n'est par ailleurs nullement ressorti, devant l'expert judiciaire, que cette dernière souffrirait de fibromyalgie. 7. a. L'intimé a utilisé sa dernière écriture pour mettre en doute que la recourante remplît les conditions d'assurance, autrement dit pour laisser entendre qu'elle pourrait avoir été sinon fût déjà atteinte d'invalidité lors de son entrée en Suisse en septembre 1994, en tirant argument du fait que, d'après l'expert judiciaire, elle avait subi dans son enfance et sa jeunesse au Kurdistan iranien et en Irak des traumatismes qui expliquaient l'épisode dépressif moyen chronique et la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe que celui-ci avait diagnostiqués. b. La condition de la durée minimale de cotisation ouvrant droit à la rente doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité. Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449). Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'intéressé ; il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et il ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance (ATF 126 V 157 consid. 3a ; 118 V 79 consid. 3a et les références ; 103 V 130 ; ATAS/212/2011 du 21 février 2011 consid. 6c ; ATAS/311/2013

du 26 mars 2013 consid. 9 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1232). La survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est ainsi réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première fois (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], n. 1028). La LAI ne repose pas sur une notion uniforme du cas d'assurance. Celui-ci doit être envisagé et déterminé par rapport à chaque prestation entrant concrètement en ligne de compte (« System des leistungsspezifischen Versicherungsfalles »). Il faut examiner pour chaque prestation pouvant entrer en considération selon les circonstances, au sens de l'art. 4 al. 2 LAI, quand l'atteinte à la santé est susceptible, de par sa nature et sa gravité, de fonder le droit à la prestation particulière (ATF 140 V 246 consid. 6.1 ; 126 V 241 consid. 4 ; ATAS/220/2015 du 24 mars 2015 consid. 8b ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1234). S'agissant d'une rente, l'invalidité est réputée survenue au moment où le droit à la rente prend naissance, c'est-à-dire au moment où – à teneur de l'actuel art. 28 al. 1

A/1038/2013 - 26/29 - LAI (cf. art. 29 al. 1 aLAI) – l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne depuis une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année son incapacité de travail ait perduré à 40 % au moins, les conditions supplémentaires conditionnant le droit à la rente prévues par l'art. 29 LAI restant réservées (Michel VALTERIO, op. cit., n. 1237 ; CIIAI, n. 1029). L'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne crée pas un nouveau cas d'assurance. En revanche, l'apparition d'une atteinte à la santé complètement différente de l'atteinte initiale peut faire survenir un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 ; CIIAI, n. 1028.1). Le principe de l'unité du cas d'assurance n'est pas absolu ; il cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou lorsque l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les différentes phases, qui deviennent autant de cas nouveaux de survenance d'invalidité (ATF 126 V 10 consid. 2c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 54/03 du 13 janvier 2004 consid. 3 ; ATAS/212/2011 du 21 février 2011 consid. 6c ; Michel VALTERIO, op.cit., n. 1235). c. En l'espèce, si les principaux traumatismes subis par la recourante remontent à une période antérieure à son installation en Suisse, il n'est nullement établi qu'ils auraient développé des effets sur sa santé et sa capacité de gain avant ce moment-là et même avant plusieurs années plus tard, de surcroît dans une mesure suffisante en termes de temps et d'intensité. Il appert au contraire qu'après s'être occupée de ses alors très jeunes enfants, elle a suivi, durant cinq mois en 1999, une formation « nettoyage et entretien » et que – dans la mesure où les conditions du marché du travail le lui ont permis, de même que son analphabétisme, sa mauvaise maîtrise du français et le souhait de continuer à s'occuper de ses enfants (la cadette ayant alors cinq ans) –, elle a effectivement travaillé, fût-ce au bénéfice de prestations sociales, durant des périodes entrecoupées de périodes de chômage (sans qu'elle ne soit déclarée inapte au placement), et ce jusqu'en automne 2003, soit plus de neuf ans après son installation en Suisse. La recourante apparaît n'avoir pas consulté de médecins, du moins pour des motifs durablement incapacitants, avant la fin des années 2000. Dans son rapport médical du 8 septembre 2011, le Dr D_____ a évoqué des problèmes de santé remontant à plusieurs années mais s'étant aggravés depuis 2009. Les rapports radiologiques du Dr O_____ des 17 août 2010, 26 avril 2011 et 3 mai 2011 n'autorisent pas à conclure à une atteinte à la santé incapacitante, pas davantage que le rapport du Dr F_____ du 23 décembre 2010. Dans son rapport du 19 septembre 2011, la Dre G_____ fait remonter l'épisode dépressif qu'elle avait diagnostiqué à quelque huit ans, donc à l'année 2003, qui est l'année où le

couple s'est séparé (l'année 2011 étant celle du divorce) ; quant au trouble de la personnalité évitante que ladite psychiatre avait par ailleurs diagnostiqué, il remontait certes à l'adolescence mais était sans effet sur la capacité de travail. Dans leur rapport du 21 mai 2012, les

A/1038/2013 - 27/29 - examinateurs du SMR ont fait mention de dorsolombalgies communes évoluant depuis 1994, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail ; ils ont conclu que, sur le plan psychiatrique, la recourante avait eu une incapacité de travail de 20 % au moins depuis début 2011, qui s'était améliorée à partir de mars 2012, si bien que sa capacité de travail exigible était, selon eux, de 100 % dans toute activité à partir de mars 2012. Selon le rapport médical du 11 mai 2012 de la Dre J_____, la recourante présentait des lombalgies de longue date et des douleurs de l'épaule droite depuis mi-2011, sans en inférer d'incapacité de travail sous réserve du respect des limitations fonctionnelles. Dans son rapport d'expertise du 17 novembre 2015, le Dr M_____ a fait mention d'une incapacité de travail vraisemblablement présente depuis novembre 2011, puis d'une amélioration, suivie d'une aggravation depuis mars 2012. L'objection esquissée par l'intimé que la recourante ne remplirait pas les conditions d'assurance doit donc être rejetée. 8. a. Dès lors qu'il a décidé que la recourante avait une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle, l'intimé ne s'est pas prononcé sur le statut qu'il y a lieu de reconnaître à la recourante pour la ou les périodes entrant ici en considération, à savoir en particulier si, à défaut d'atteinte incapacitante à la santé, celle-ci aurait exercé une activité lucrative (ce qui apparaît être le cas, vu qu'elle s'était mise à travailler dès 1999, du moins à temps partiel), le cas échéant à plein temps ou à temps partiel. b. Or, cette question est déterminante pour l'évaluation de l'invalidité. En effet, pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). La méthode mixte s'applique aux assurés qui se consacrent pour partie à l'exercice d'une activité lucrative à temps partiel et pour partie à l'accomplissement de leurs tâches ordinaires, en particulier ménagères. Elle revient à déterminer l'invalidité respectivement selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus pour la part dite professionnelle, et la méthode spécifique pour la part dite ménagère ou des travaux habituels (art. 28a LAI et 27 et 27bis du règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; art. 8 al. 3 et art. 16 LPGA). La part respective de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels s'établit d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le

A/1038/2013 - 28/29 - reste du pourcentage, par rapport à un plein temps (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 104 V 136 consid. 2a). c. Si donc il y a lieu d'annuler la décision attaquée, parce qu'une incapacité de travail de 50 % et une baisse de rendement de l'ordre de 25 % dans la mise en œuvre de sa capacité de travail résiduelle doivent être reconnues à la recourante, il importe encore d'évaluer son invalidité, en déterminant notamment son statut, les activités professionnelles qui lui sont effectivement accessibles compte tenu desdits

effets de ses atteintes à la santé, au besoin (en cas de statut mixte) ses empêchements à effectuer ses travaux ménagers, et/ou d'effectuer une comparaison de ses revenus sans et malgré son invalidité, au surplus sur des bases actualisées au jour où, après avoir repris et complété l'instruction du dossier, l'intimé rendra une nouvelle décision. 9. a Le recours sera ainsi partiellement admis, et la décision attaquée annulée, la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision. b. La procédure n'étant pas gratuite, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 300.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI). c. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, respectivement à l'assistance juridique (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), indemnité qui sera arrêtée à CHF 1'500.- compte tenu du fait que le recours est admis partiellement. Le bénéfice de l'assistance juridique n'implique pas qu'une telle indemnité ne doive pas être allouée ; elle est prise en compte par le service de l'assistance juridique, qui en a automatiquement connaissance au moment où il traite l'état de frais que lui adresse le moment venu l'avocat nommé d'office. * * * * *

A/1038/2013 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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