

# **GE\_GERICHTE ATAS/911/2017 vom 17. Oktober 2017**

GE Cour de justice, 2017-10-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_911\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_911_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/911/2017 du 17 octobre 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/911/2017 del 17 ottobre 2017

## **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 - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la

A/3667/2016 - 13/25 - 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, dès lors que la décision attaquée a 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). Interjeté le 27 octobre 2016 contre la décision litigieuse du 26 septembre 2016 (reçue à une date indéterminée, ladite décision ayant été envoyée par courrier simple), le recours a été formé en temps utile (art. 60 LPGA). Il satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues 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 à sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le recours est donc 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. 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 ; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties ; il doit s'attacher à établir les faits de manière correcte, complète et objective (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 ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). 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. consid. 6b). 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).

A/3667/2016 - 14/25 - 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 de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). En l'espèce, la recourante a présenté une nouvelle demande de prestations de l'AI le 3 décembre 2013, en alléguant une aggravation de ses atteintes à la santé survenues depuis la précédente décision de l'intimé, du 2 mai 2012, lui ayant refusé toute prestation de l'AI. Le droit applicable est le droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1er janvier 2012. Au demeurant, ladite révision 6a comme les révisions précédentes de la LAI – à savoir celles des 21 mars 2003 [4ème révision] et

### **E. 6**

a. La question litigieuse en l'espèce est de savoir si, au 26 septembre 2016, les atteintes à la santé de la recourante sont constitutives d'invalidité au sens de la LAI. L'avis des médecins à ce propos joue un rôle essentiel, même s'il ne dispense pas l'administration (ou le juge) d'apprécier les avis médicaux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 et de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées et convaincantes (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence du Tribunal fédéral (et antérieurement du 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. b/aa. 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 permet 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. Ce n'est qu'en présence

de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant

A/3667/2016 - 18/25 - selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). b/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 du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). b/cc. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). c/dd. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV 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).

## **E. 7**

a. En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision de refus de toute prestation de l'AI sur les conclusions d'un rapport d'expertise pluridisciplinaire de la CRR, soit d'experts indépendants mis en œuvre conformément à la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATAS/662/2017 du 25 juillet 2017 consid. 3).

A/3667/2016 - 19/25 - b. Il appert que, d'un point de vue formel, ledit rapport d'expertise satisfait aux exigences permettant de lui reconnaître sous cet angle force probante. Il a été établi à la suite d'une étude fouillée du dossier de la recourante ainsi que d'examen cliniques et/ou entretiens des experts avec cette dernière, par des médecins spécialisés dans les disciplines médicales en l'occurrence pertinentes (à savoir la médecine interne générale, la neurologie, la rhumatologie et la psychiatrie). Il relate une anamnèse détaillée ainsi que les plaintes de la recourante, indique les données objectives, comporte une appréciation du cas, procède d'un consilium et comporte les diagnostics et leur répercussions sur la capacité de travail de la recourante. Il répond aux questions posées et contient des conclusions claires. c. D'un point de vue matériel, le rapport d'expertise en question aborde les questions pertinentes et fournit des réponses claires et convaincantes. c/aa. Ainsi, sur le plan neurologique, l'expert O\_\_\_\_\_ a relevé que, non sans avoir procédé à une étude consciencieuse des pièces médicales et rapports radiologiques existants, l'examen qu'il avait effectué démontrait une légère hypoesthésie tacto-algique pouvant correspondre au territoire L5 et S1 à gauche et un léger déficit pour l'extension dorsale du gros orteil pouvant correspondre à un déficit L5, mais que la marche sur les doigts de pied et les talons était tout à fait sécuritaire et bien effectuée. La description des symptômes des douleurs lombaires irradiant aux membres inférieurs pouvait éventuellement faire penser à une claudication neurogène, mais les documents d'imagerie ne démontraient aucun rétrécissement du canal lombaire ni de conflit radiculaire. Quoiqu'apparaissant authentique, la recourante avait fait montre de quelques incohérences (activation très variable du membre inférieur gauche, présence de céphalées d'une intensité maximale pendant l'examen mais peu de signes objectifs de souffrance). Il pouvait y avoir une limitation pour le port de charges et des positions contraignantes, dont les effets devaient cependant être appréciés par le consilium. Il n'y avait pas de signe d'hypertension cérébrale, ni d'autre signe pour des céphalées spécifiques. L'expert neurologue retenait ainsi des atteintes à la santé, à savoir un status après syndrome radiculaire L5-S1 gauche avec un léger déficit sensitivomoteur (M 54.1), un statut après syndrome radiculaire S1 droit sans déficit (M 54.1), un status après des épisodes d'hypertension intracrânienne compensée sous traitement diurétique (G 93.2) et des céphalées chroniques de probable origine tensionnelle (G 44.21), mais aucune d'elles n'avait de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. c/bb. Sur le plan rhumatologique, après un examen clinique complet complétant les pièces du dossier (en particulier de nombreuses investigations faites en neurologie, rhumatologie et neurochirurgie, des IRM), l'experte Q\_\_\_\_\_ a relevé que toute intervention chirurgicale avait, chaque fois, été refusée en raison de l'absence de clairs signes de conflits disco-radiculaires radiologiques et d'ENMG décrits comme normaux. L'approche clinique l'avait mise face à une assurée enjouée et collaborante mais ayant démontré rapidement un comportement douloureux avec de

A/3667/2016 - 20/25 - nombreux, grimaces, soupirs et mouvements de retrait ainsi que des résistances lors de l'examen articulaire et du rachis. Tous les points de fibromyalgie étaient positifs et on retrouvait aussi la présence de signes de Waddel pour la lombalgie, mais il n'y avait pas de limitation des amplitudes des articulations périphériques ni de signes

inflammatoires ; la gestuelle était très ample lorsqu'on n'observait pas la recourante, avec des discordances au cours de l'examen clinique. L'examen des documents d'imagerie n'apportait pas d'explication à la diffusion et l'intensité de l'état douloureux. Ce dernier ne s'exprimait pas par des lésions objectives cliniques et radiologiques ; l'expression du handicap contrastait fortement avec l'impression donnée. Les plaintes rachidiennes, qui étaient relativement diffuses et sans rythme défini avec une irradiation ne s'intégrant pas à une topographie radiculaire précise, étaient noyées au sein d'un état douloureux chronique diffus. La recourante remplissait les critères (tant anciens que nouveaux) de la fibromyalgie (M 79.70), mais ce diagnostic ne pouvait être retenu comme invalidant. Les diagnostics de protrusion discales étagées (M 51.2) et de troubles statiques des pieds (M 21.4) étaient aussi posés, mais aucun de ces trois diagnostics n'avait de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. L'état douloureux chronique n'impliquait pas de limitation particulière dans quelque activité que ce soit. c/cc. Du point de vue psychiatrique, l'expert P\_\_\_\_\_ a relevé que l'examen clinique l'avait mis face à une assurée ponctuelle, compliant non hostile, non procédurière, mais que l'entretien avait été parasité par la recherche de positions antalgiques. À ce propos, la chambre de céans ne peut que constater que la recourante paraît avoir tiré la leçon du fait que, lors de sa précédente expertise, l'expert D\_\_\_\_\_ avait relaté, au titre des données objectives, qu'elle avait été « détendue malgré un discours multi-plaintif » et que « durant l'anamnèse (ayant duré) plus d'une heure trente, elle (n'avait pas ressenti) le besoin de changer de position, de modifier sa position et (n'avait manifesté) aucun inconfort », et qu'il en avait fait état dans son rapport d'expertise, ayant conclu lui aussi à l'absence de toute atteinte à la santé invalidante (pièce 31 OAI, p. 14). L'expert P\_\_\_\_\_ a noté que la recourante n'avait pas de doléance psychiatrique particulière, qui ne s'estimait pas porteuse d'une maladie psychiatrique ni même dépressive. Le dernier traitement psychopharmacologique avait été interrompu dès juillet 2015. L'examen thymique était normal ; la modulation affective était présente notamment lorsque la recourante évoquait ses relations avec son entourage. La recourante ne présentait pas de manifestation hallucinatoire cénesthésique pouvant expliquer le vécu algique. Un éventuel syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et ses éventuels facteurs de gravité n'étaient pas retenus. La plainte ne concernait pas une douleur intense persistante accompagnée d'un sentiment de détresse. L'entente conjugale était qualifiée de bonne, et les relations sociales et intra-familiales étaient particulièrement appréciées. L'état psychique de la recourante était loin d'être cristallisé au point de ne plus pouvoir rien faire. Elle appréciait particulièrement les

A/3667/2016 - 21/25 - nombreuses promenades au sein du centre commercial de son quartier. Sa capacité hédonique était performante ; la recourante appréciait les beaux objets. Elle débordait de ressources. Elle était capable de s'intégrer dans des processus d'organisation. La planification et la structuration des tâches quotidiennes demeuraient efficaces malgré l'état algique. Elle avait une bonne flexibilité de ses capacités d'adaptation. Elle avait le sens du contact envers les tiers et la capacité d'évoluer au sein d'un groupe. Elle avait des activités spontanées, et son hygiène et ses soins corporels ne faisaient pas défaut. Elle possédait de bonnes capacités cognitives. Elle ne présentait pas de trouble psychotique. L'expert P\_\_\_\_\_ ne posait aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. c/dd. Le rapport de l'expert principal N\_\_\_\_\_, résumé sous le ch. 20 de la partie En fait du présent arrêt, est non seulement fidèle aux appréciations et conclusions des trois autres experts, mais aussi procède d'une concertation entre les quatre experts. d/aa. Dans la mesure où le diagnostic de fibromyalgie a été retenu, il faut rappeler

qu'une atteinte à la santé n'est prise en considération en matière d'invalidité 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 (appelées aussi « troubles somatoformes douloureux ») et d'autres affections psychosomatiques assimilées, dont précisément la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 3 et 4.1). d/bb. Revenant sur un arrêt de principe du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352) – posant 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 –, le Tribunal fédéral a, par un nouvel arrêt de principe rendu le 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), abandonné cette présomption et jugé qu'en cas de troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées, 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 ; Jacques-André SCHNEIDER, L'invalidité, les douleurs dites « non objectivables » et le Tribunal

A/3667/2016 - 22/25 - fédéral : la rupture, in *Regards de marathoniens sur le droit suisse*, 2015, p. 409 ss ; Bettina KAHIL-WOLFF, *Revirement au sujet d'atteints non objectivables : l'ATF 141 V 281 (troubles somatoformes douloureux) et l'ATF 141 V 574 (« coup du lapin »)*, in *Journées du droit de la circulation routière*, éd. par Franz WERRO / Thomas PROBST, 2016, p. 135 ss). 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 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/cc. Il ressort du rapport d'expertise de la CRR que l'appréciation du caractère invalidant ou non de la fibromyalgie de la recourante a été faite conformément à la grille d'évaluation qu'a établie le Tribunal fédéral. Les experts ont procédé à une approche globale de cette atteinte et des pathologies concomitantes de la recourante. Ils ont tenu compte de la personnalité et des ressources de cette dernière. Ils ont dû relever une importante discordance entre les douleurs annoncées et les constatations cliniques et radiologiques, de même que des incohérences et sensibles exagérations.

A/3667/2016 - 23/25 -

## **E. 8**

a. Si elle qualifie la position de l'intimé, alignée sur celle des experts, de stupéfiante, curieuse et sommaire, et a produit en cours de procédure divers rapports médicaux, force est de constater que la recourante n'a pas avancé pour autant d'éléments médicaux qui auraient déjà existé lors de la prise de la décision attaquée, qui seraient objectivement vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, et qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise de la CRR tout en étant suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou établir le caractère incomplet de leur expertise (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_573/2009 du 19 décembre 2009 consid. 2.3). Le dossier ne comporte par ailleurs guère de rapports médicaux allant franchement à l'encontre de la position des experts. b. Déjà avant la prise de la décision attaquée, dans un avis médical du 6 juin 2016, le SMR, se concentrant sur la question d'une prétendue aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la précédente décision, avait relevé que la cardiologue G \_\_\_\_\_ ne retenait pas de diagnostics invalidants, le neurochirurgien T \_\_\_\_\_ n'avait pas revu la recourante depuis septembre 2011 et que la rhumatologue H \_\_\_\_\_, rapportant des lombosciatalgies gauches chroniques récidivantes et des gonalgies bilatérales, se prononçait en faveur d'une capacité de travail pleine dans une activité adaptée. En tant qu'ils divergeraient des conclusions des experts, ces avis n'ont pas une force probante suffisante pour remettre ces dernières en question. Quant à elle, la prise de position du SMR du 24 février 2017 résume et explique de façon convaincante que les rapports médicaux produits en cours de procédure ne remettent pas de façon pertinente en question les conclusions des experts, dans la mesure où ils n'apportaient pas d'éléments nouveaux. C'était en particulier le cas de l'IRM de la colonne lombaire du 15 décembre 2016 par rapport aux IRM précédentes, ainsi que des plaintes d'insomnie, d'asthénie et du sentiment de découragement de la recourante. Le diagnostic de douleurs abdominales sur constipation et colon irritable figurant dans le rapport de la Dre V \_\_\_\_\_ du 9 décembre 2016 ne peut se voir reconnaître un caractère invalidant. La consultation de la Dre F \_\_\_\_\_ du 1er décembre 2016 n'avait apporté aucun élément nouveau. L'IRM cérébrale du 27 juin 2016 avait été dans la norme, comme les précédentes, et le kyste sous-arachnoïdien découvert fortuitement en regard du lobe temporal gauche, bénin et asymptomatique est sans influence sur la capacité de travail de la recourante. c. Les deux diagnostics nouveaux émis par la Dre Y \_\_\_\_\_ le 5 janvier 2017 – à savoir un asthme bronchique et une allergie au paracétamol et aux AINS) – n'ont pas à être

pris en considération en l'espèce, dès lors qu'ils sont postérieurs à la décision attaquée (ATF 131 V 242 consid. 2.1 , 121 V 362 consid. 1b). Au demeurant, selon les explications convaincantes du SMR à ce propos, ils n'ont pas un caractère invalidant. L'asthme en question répondait bien au traitement et restait modéré, à teneur des lettres de sorties des HUG produites, et il y avait des alternatives aux traitements antalgiques auxquels la recourante serait allergique.

A/3667/2016 - 24/25 -

#### **E. 9**

a. En conclusion, la chambre de céans ne voit pas de raison de s'écarter de l'appréciation et des conclusions des experts de la CRR, dont le rapport d'expertise doit se voir reconnaître une pleine force probante. b. Les éléments figurant au dossier commandent de l'admettre. Il n'y a pas lieu d'administrer d'autres preuves, qu'il s'agisse de la comparution personnelle des parties (en particulier de la recourante), de l'audition de son médecin traitant ou d'autres médecins, ni d'ordonner une expertise complémentaire. De telles preuves ne sont pas propres à modifier l'appréciation que les conclusions des experts sont bien fondée (cf. ATF 122 II 464 consid. 4a et ATF 122 III 219 consid. 3c sur l'appréciation anticipée de preuves requises). c. Aussi la chambre de céans retient-elle que les atteintes à la santé dont se plaint la recourante, en particulier celles qui ont été diagnostiquées, n'ont pas de répercussion sur sa capacité de travail. À défaut d'invalidité, ou même d'invalidité menaçante, il n'y a pas de droit à des prestations de l'AI, qu'il s'agisse d'une rente d'invalidité ou de mesures de réadaptation. Le recours est donc mal fondé. Il doit être rejeté.

#### **E. 10**

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument, arrêté au minimum de CHF 200.-. Vu l'issue donnée au recours, il n'y a pas matière à octroyer une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA). \* \* \* \* \*

A/3667/2016 - 25/25 - 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.