

GE_GERICHTE A/3667/2016 vom 17. Oktober 2017

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3667_2016

FR: GE_GERICHTE A/3667/2016 du 17 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE A/3667/2016 del 17 ottobre 2017

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Antoine BOESCH recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1975, originaire de Somalie, épouse de Monsieur A_____, s'est installée en Suisse, dans le canton de Genève, en 2000. Elle a travaillé comme agente de nettoyage pour divers employeurs.![endif]>![if> 2. Le 21 octobre 2010, l'assurée a adressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en raison de douleurs au niveau lombaire, dans les jambes et à une épaule ainsi que de cœliaquie, atteintes existant depuis 2004, lui occasionnant une totale incapacité de travail depuis le 23 juillet 2010, selon des certificats établis par la docteure B_____, spécialiste FMH en médecine interne. ![endif]>![if> 3. Le 6 juin 2011, après que divers rapports médicaux avaient été produits dans le cadre de l'instruction de cette demande de prestations, la docteure C_____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a émis un avis médical, en conformité des conclusions duquel l'OAI a mandaté le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, pour déterminer, par le biais d'une expertise médicale, les atteintes de l'assurée, ses limitations fonctionnelles et leurs répercussions sur sa capacité de travail. ![endif]>![if> 4. Le Dr D_____ a rendu son rapport d'expertise le 7 septembre 2011. ![endif]>![if> Ce rapport évoque, au titre des circonstances de l'expertise, des lombosciatalgies, une cœliaquie, une valvulopathie mitrale sans répercussion fonctionnelle et une hypertension intracrânienne bénigne idiopathique, avec des limitations fonctionnelles mal définies. Il comporte un résumé des pièces médicales du dossier (3 pages), soit de 16 rapports rendus entre le 31 août 2004 et le 17 mars 2011, relevant de plusieurs disciplines médicales (rhumatologie, cardiologie, neurologie et neurochirurgie, gastroentérologie, radiologie). Il se poursuit par l'énoncé des données personnelles et familiales (2 pages), une anamnèse (4 pages) incluant les antécédents personnels (de 2004 à 2008), l'histoire médicale récente (depuis juillet 2010), les plaintes de l'assurée (lombalgies, cervicalgies, céphalées, vertiges, gonalgies bilatérales), une anamnèse systématique (cardio-vasculaire, pulmonaire, digestive, urogénital, ostéo-articulaire, neurologique, ophtalmique), les activités et habitudes de la vie quotidienne, ainsi que le traitement actuel et les médicaments. Il relate ensuite les données objectives (4¾ pages), soit le status clinique (général, peau et phanères, ORL, cardio-vasculaire, pulmonaire, abdominal, neurologique, nerfs crâniens, membres supérieurs, membres inférieurs, appareil locomoteur [en relatant 18/18 points de fibromyalgie avec mouvements de retraits et grimaces, la présence de tous les signes comportements décrits par Waddell], épaules, coudes, poignets et mains, hanches, genoux, chevilles et pieds, rachis). Aucun diagnostic n'est posé qui aurait des répercussions sur la

capacité de travail, mais les diagnostics suivants sans répercussion sur cette dernière : fibromyalgie, lombosciatalgies gauches chroniques non déficitaires, maladie cœliaque sous régime sans gluten (2008), valvulopathie mitrale sans répercussion fonctionnelle (août 2000), status après hypertension intracrânienne bénigne (2006). Suivent une appréciation du cas et un pronostic (3½ pages). L'assurée avait adopté depuis longtemps un statut d'invalidé avec douleurs chroniques sous forme de lombosciatalgies gauches connues dès 2000 d'intensité aggravée dès 2009 mais toujours sans substrat organique satisfaisant ; il n'y avait pas de discopathie mise en évidence, pas de signe inflammatoire radiologique, pas de hernie discale, pas de troubles dégénératifs radiologiques. Cliniquement, il n'y avait pas d'atteinte neurologique dûment établie, ce qui contrastait fortement avec l'importance des plaintes. Avec les années, le catalogue des plaintes s'était étoffé tant sur le plan ostéo-articulaire que sous la forme de symptômes peu spécifiques à type de céphalées, vertiges, sensation de faiblesse avec fatigabilité. Les divers traitements menés avaient tous été mis en échec. Les impressionnantes restrictions physiques annoncées notamment dans les activités de la vie quotidienne et la conduite du ménage étaient en discordance avec l'état clinique, puisque, objectivement, l'examen ne permettait pas de retrouver de déficit sensitif ou moteur évident ; l'examen de l'appareil locomoteur était marqué d'incohérences ; les signes de Waddell étaient présents et 18 points sur 18 de fibromyalgie étaient retrouvés. Il n'y avait aucun argument en faveur d'une maladie rhumatismale évolutive. Les examens de laboratoire décrivaient l'absence de syndrome carenciel, d'ostéomalacie et de dysthyroïdie. L'assurée se trouvait dans une impasse thérapeutique, souffrant de lombalgies chroniques à substrat morphologique pratiquement absent et non susceptible de rendre compte de l'importance du handicap annoncé. S'ajoutait probablement une part de déconditionnement physique avec perte de l'endurance, de la mobilité globale et de la coordination. Le pronostic était sombre au vu de l'importance de l'incapacité de travail et des facteurs extra-médicaux largement prédominants (précarité de l'emploi, fin du droit au chômage, difficultés économiques, difficultés liées à l'affection médicale du mari non prise en charge par l'AI), excluant l'établissement de limitations fonctionnelles. La capacité de travail comme nettoyeuse restait complète, sans perte de rendement. Des limitations d'ordre psychiatrique étaient possibles, mais ne ressortaient ni de l'examen ni du dossier. Toute activité était exigible, à plein temps, sans diminution de rendement. 5. Le 19 décembre 2011 – donnant suite à un avis médical 10 novembre 2011 de la Dre C_____ du SMR, préconisant un examen psychiatrique compte tenu du fait que le Dr D_____ retenait le diagnostic de fibromyalgie et les signes de Waddell suggérant la présence d'une pathologie non organique –, l'OAI a convoqué l'assurée pour le 11 janvier 2012 en vue d'un examen psychiatrique au SMR de Vevey, où elle a été examinée par le docteur E_____, spécialiste en psychiatrie. 6. Daté du 14 février 2012, le rapport d'examen clinique psychiatrique dudit psychiatre du SMR relate, sur plus de 2 pages, l'anamnèse de l'assurée, ses plaintes, ses habitudes, sa vie quotidienne, puis décrit le status psychiatrique. Il ne retient aucun diagnostic sur le plan psychiatrique. L'appréciation du cas tient en une page. L'entretien, ayant duré une heure, n'a permis d'objectiver aucune pathologie d'ordre psychiatrique, tant sur le plan anamnestique que sur le plan clinique. Il n'y avait aucune comorbidité psychiatrique ; il y avait certes affection chronique s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable, et échec de traitement, mais il était difficile d'affirmer que l'état psychique de l'assurée était cristallisé en l'absence de toute prise en charge spécialisée. L'assurée ne présentait aucune perte d'intégration sociale. Les critères de sévérité posés par la jurisprudence d'alors n'étaient pas

réunis ; la fibromyalgie diagnostiquée par le Dr D_____ n'avait donc pas de caractère incapacitant au sens de l'AI. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail ; la capacité de travail de l'assurée était de 100 % dans toute activité, depuis le début de sa vie lucrative.

7. Comme la Dre C_____ du SMR l'a recommandé le 24 février 2012, l'OAI a retenu, dans un projet de décision qu'elle a envoyé le 7 mars 2012 à l'assurée, que cette dernière ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de l'AI, avait une capacité de travail entière dans toute activité entrant en ligne de compte, et a prévu en conséquence de lui refuser toute prestation de l'AI. L'assurée a requis et obtenu la communication du dossier à son médecin traitant, la Dre B_____, mais n'a pas présenté d'objection à l'encontre de ce projet de décision dans les trente jours mis à sa disposition à cette fin. Par décision du 2 mai 2012, reprenant les termes et conclusions du projet de décision précité, l'OAI a refusé à l'assurée toute prestation de l'AI. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours. 8. En date du 3 décembre 2013, l'assurée a adressé à l'OAI une demande de prestations de l'AI, invoquant des dorsolombalgies, des céphalées mixtes chroniques, des vertiges, depuis 2003 et 2013. Son incapacité de travail était de 100 %. Elle était femme au foyer depuis 2003. Ses médecins étaient la Dre B_____ de façon générale depuis 2002 pour l'ensemble de ses atteintes à la santé, la docteure F_____, spécialiste en neurologie, depuis 2006 pour son hypertension intracrânienne, la docteure G_____, spécialiste en cardiologie, depuis 2003 pour son hypotension orthostatique et sa valvulopathie mitrale, et le docteur H_____, spécialiste en rhumatologie, depuis 2004 pour sa polyarthralgie. 9. Le 5 février 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière sur cette nouvelle demande, motivé par le fait qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 2 mai 2012. 10. Le 10 mars 2014, désormais représentée par un avocat, l'assurée s'est référé à un rapport de la Dre B_____ du 19 février 2014 faisant état d'une péjoration de son état de santé. Selon ledit rapport de la Dre B_____, depuis le prononcé de l'OAI du 2 mai 2012, l'état de santé de l'assurée se caractérisait par une persistance de la pathologie douloureuse avec l'apparition d'un état dépressif et la mise en évidence d'un canal lombaire étroit. Les diagnostics, mentionnés pour rappel, étaient les suivants : lombosciatalgies chroniques, cervicalgies chroniques, hypertension intracrânienne idiopathique, céphalées chroniques, maladie cœliaque compensée, déficit vitaminique et fer nécessitant des substitutions, hypotension artérielle orthostatique, valvulopathie mitrale compensée. Les troubles les plus importants étaient ostéo-articulaires avec des douleurs de type lombosciatalgique et des cervicalgies avec des blocages itératifs empêchant l'assurée d'effectuer toute activité physique ou professionnelle. Une hospitalisation avait mis en évidence un canal lombaire étroit constitutionnel pouvant être à l'origine des douleurs. Les douleurs s'étaient aggravées suite à une chute en mars 2013 avec réception sur le coccyx. Une IRM réalisée le 17 février 2014 montrait une protrusion discale L3-L4 à droite pouvant être à l'origine d'une irritation radiculaire. L'assurée restait très asthénique en raison d'insomnies occasionnées par les douleurs. La persistance de ces symptômes avait fait apparaître un syndrome dépressif depuis mars 2013. Les diagnostics supplémentaires étaient donc un canal lombaire étroit, une protrusion discale L3-L4 à droite et un état dépressif. 11. Le 20 mai 2014, le SMR a estimé que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé sur le plan somatique. 12. Dans un rapport médical reçu le 12 juin 2014 de la Dre G_____, l'assurée n'avait pas été hospitalisée ni n'avait eu d'incapacité de travail pour des

raisons cardiologiques. Depuis 2003, année en laquelle étaient apparues une discrète régurgitation mitrale, une bonne fonction ventriculaire gauche et une tendance à l'hypotension orthostatique, le status cardiologique n'avait pas connu de modification significative et il n'y avait pas d'élément en faveur d'une évolution défavorable. Des mesures de réadaptation et des aménagements à apporter sur le lieu de travail ou l'exigibilité d'une activité professionnelle devaient être évalués en fonction de comorbidités extracardiaques. ![/endif]>![if> 13. Le 16 juin 2014, en réponse à une demande de l'OAI de lui adresser un rapport médical, le docteur I_____, médecin adjoint auprès du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a transmis à l'OAI cinq rapports de consultation de polyclinique établis en 2010 et 2011. ![/endif]>![if> 14. À teneur d'un rapport du 26 juin 2014 de la Dre H_____, l'assurée souffrait, avec effet sur sa capacité de travail, de lombosciatalgies gauches chroniques récidivantes. Une IRM au niveau lombaire de janvier 2013 décrivait une petite protrusion discale L4-L5 pouvant irriter la racine L5 gauche. Un EMG des membres inférieurs et une IRM cervicale de janvier 2014 n'expliquaient pas les symptômes du membre inférieur gauche. L'assurée se plaignait principalement de lombalgies fluctuantes et de gonalgies bilatérales, du fait desquelles elle était limitée dans les travaux lourds, les positions penchées en avant, les positions accroupies et dans les ports de charges. Sa capacité de travail était de 100 % dans une activité légère, plutôt en position assise, sans port de charges, sans travaux lourds, sans position penchée en avant, avec possibilité de changer régulièrement de position. On ne pouvait s'attendre à une amélioration de sa capacité de travail dans son activité de nettoyeuse. ![/endif]>![if> 15. D'après un rapport médical intermédiaire du 21 août 2014 de la Dre B_____, il n'y avait pas de changement dans les diagnostics, sauf une légère protrusion discale L3-L4, mais les lombalgies s'étaient intensifiées. Il n'y avait aucune amélioration de la symptomatologie douloureuse malgré le traitement médicamenteux et la physiothérapie. Le pronostic allait dans le sens d'une dégradation, sans espoir de retrouver une capacité fonctionnelle de 100 %. L'assurée avait une capacité de travail de 0 % ; un point d'interrogation était mis s'agissant d'une capacité de travail dans une activité adaptée. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Il n'y avait pas de troubles psychiques nécessitant une prise en charge psychiatrique. Il serait nécessaire que l'assurée soit vue par un expert pour évaluer les conséquences de ses atteintes à la santé sur sa capacité de travail. ![/endif]>![if> À ce rapport étaient joints notamment : - Un courrier du docteur J_____, spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie, du 26 mai 2014 à la Dre B_____, complétant un courrier de novembre 2013 et un rapport de février 2014, concernant la maladie cœliaque de l'assurée. D'après ces documents, l'évolution biologique était excellente avec une quasi-disparition du syndrome carenciel et une négatation de l'anticorps anti-transglutaminase sous le régime sans gluten, mais il persistait une dyspepsie. Il y avait rémission clinique, biologique et histologique complète de la maladie cœliaque sous régime sans gluten. ![/endif]>![if> - Un extrait d'un rapport de la Dre F_____, aux termes duquel il n'y avait pas d'argument clinique ou électromyographique pour une atteinte radiculaire, ni nécessité d'un changement thérapeutique sur le plan des céphalées, stabilisées. ![/endif]>![if> - Un rapport d'IRM lombaire du 17 février 2014 de la docteure K_____, mentionnant en conclusion des critères osseux d'un rétrécissement constitutionnel du canal lombaire, l'apparition depuis 2010 d'une légère protrusion discale L3-L4 postéro-latérale droite s'étendant au niveau de l'orifice interne du trou de conjugaison L3-L4 droit sans franche image de conflit disco-radiculaire (pouvant

néanmoins être à l'origine d'une irritation radiculaire L3 ou L4 droite), et une discrète arthrose interfacettaire bilatérale étagée. ![/endif]>![if> 16. Selon un rapport du 22 octobre 2014 de la docteure L_____, cheffe de clinique au service de neurologie des HUG, concernant une consultation du 15 octobre 2014 à la demande d'un ophtalmologue des HUG pour suspicion d'une maladie démyélinisante, l'assurée s'était présentée le 10 octobre 2014 aux urgences ophtalmologiques en raison d'une vision floue dans le contexte de céphalées. Le diagnostic d'une hypertension intracrânienne bénigne semblait confirmé. L'examen neurologique était dans la limite de la norme, et une IRM cérébrale du 20 octobre 2014 n'avait pas mis en évidence de lésion de type démyélinisante, maladie en faveur de laquelle il n'y avait pas d'argument. Les multiples IRM du névraxe en entier qu'avaient eus l'assurée n'avaient jamais mis en évidence d'arguments en faveur d'une sclérose en plaques. ![/endif]>![if> 17. Par avis médical du 1^{er} décembre 2014, la docteur M_____ du SMR a estimé qu'une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, rhumatologie, neurologie et psychiatrie devait être effectuée afin de déterminer la capacité de travail exigible de l'assurée et surtout s'il existait une aggravation manifeste de son état de santé depuis 2013. ![/endif]>![if> 18. Par communication du 16 janvier 2015, l'OAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire, qu'effectuerait un centre d'expertises médicales choisi de manière aléatoire, et lui a soumis les questions qu'il entendait poser aux experts. ![/endif]>![if> 19. Par communication du 25 janvier 2016, suite à l'attribution du mandat d'expertise par le biais de la plateforme SuisseMED@P, l'OAI a précisé à l'assurée que l'expertise serait effectuée par la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) à Sion, par le docteur N_____ pour la médecine interne générale, le docteur O_____ pour la neurologie, le docteur P_____ pour la psychiatrie et psychothérapie et un rhumatologue (encore à déterminer, qui l'a été le même jour en la personne de la docteure Q_____). ![/endif]>![if> 20. Le rapport d'expertise médicale de la CRR a été rendu le 12 avril 2016, sur la base de l'anamnèse et examen clinique de l'expert principal N_____, de l'expertise rhumatologique de la Dre Q_____, de l'expertise neurologique du Dr O_____, de l'expertise psychiatrique du Dr P_____ – experts dont les rapports étaient annexés au rapport principal –, ainsi que du dossier médical de l'AI et des documents apportés par l'assurée. ![/endif]>![if> Le rapport énumère et résume les différents rapports et documents constituant le dossier (4½ pages), relate (sur 3½ pages) les données fournies par l'assurée (anamnèse sociale et professionnelle, antécédents en rapport avec l'affection actuelle, plaintes actuelles, anamnèse par système, déroulement d'une journée actuelle, habitudes, médication), et indique les données objectives (1 pages). Aucun diagnostic n'est posé qui aurait une répercussion sur la capacité de travail, mais les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail : état douloureux chronique diffus de type fibromyalgique (M 79.70), protrusions discales étagées (M 51.2), troubles statiques des pieds (M 21.4), status après syndrome radiculaire L5-S1 gauche avec léger déficit sensitivomoteur (M 54.1), status après syndrome radiculaire S1 droit sans déficit (M 54.1), status après des épisodes d'hypertension intracrânienne compensée sous traitement diurétique (G 93.2), maladie cœliaque diagnostiquée en 2008 compensée sous régime sans gluten, et valvulopathie mitrale discrète diagnostiquée en 2003. L'appréciation du cas (2¾ pages) est la suivante. De l'étude du dossier ressortait la notions de plusieurs pathologies somatiques avérées mais sans critère de gravité et compensées sous traitement, ainsi qu'un syndrome douloureux chronique rachidien de forte intensité, résistant aux traitements proposés depuis plus de dix ans, syndrome dont les constatations cliniques et neuroradiologiques peinaient à expliquer l'importance et sa résistance à tous les traitements.

Les plaintes de l'assurée concernaient en premier lieu des douleurs rachidiennes s'étendant de la région cervicale jusque dans la région lombo-fessière, fréquemment accompagnées de sciatalgies bilatérales à prédominance gauche ; il y avait une impression de faiblesse de l'hémicorps gauche avec des paresthésies des mains et des pieds ; les douleurs étaient de très forte intensité, très partiellement améliorées par la prise de médicaments et le repos ; l'assurée décrivait des céphalées constantes en hémicrânie gauche associées à des troubles visuels, des nausées et des douleurs péri-orbitaires ; elle décrivait également des gonalgies bilatérales globales prédominant lors de la marche et de la montée d'escaliers ; elle avait des douleurs pratiquement généralisées concernant les poignets, les épaules, les chevilles et les pieds ; la gêne fonctionnelle subjective était élevée, interférant avec toutes les activités quotidiennes ; le recours aux soins médicaux était important. L'examen de l'assurée avait mis les experts en face d'une assurée de 40 ans en excellent état général, qui, quoique collaborante et cohérente, avait adopté un comportement douloureux très démonstratif et avait rechigné à tous les tests impliquant le rachis et la racine des membres ; il y avait discordance entre les difficultés et les douleurs déclenchées dans tous les tests proposés et les mouvements effectués spontanément ; elle avait des signes d'auto-limitation dans les tests de force et des douleurs diffuses à la palpation des insertions musculo-tendineuses sur le rachis et les membres. Du point de vue rhumatologique, l'experte Q_____ constatait un comportement douloureux démonstratif ; tous les points de fibromyalgie étaient positifs, de même que les signes de non-organicité de Waddell pour la lombalgie, mais elle ne retrouvait pas de limitation des amplitudes articulaires ni de signe inflammatoire. L'examen des documents d'imagerie montraient de discrètes discopathies avec des protrusions discales, sans conflit disco-radicaire ni rétrécissement important du canal rachidien. Sur le plan neurologique, l'expert O_____ constatait une légère hypoesthésie tacto-algique pouvant correspondre à un territoire radicaire L5 et S1 gauche ; il y avait cependant des incohérences avec un léger déficit de l'extension dorsale du gros orteil mais une marche sur les talons effectuées normalement ; une autre incohérence était la présence de céphalées annoncées d'intensité maximale contrastant avec l'absence de signe objectif de souffrance ; il n'y avait aucun signe de répercussion significative de l'hypertension intracrânienne bénigne, et les céphalées n'avaient pas de caractère spécifique. Au total, sur le plan somatique, on pouvait retenir un diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques dans un contexte de troubles dégénératifs lombaires discrets, sans évidence de facteur de gravité, notamment neurologique. Les céphalées chroniques et l'hémisyndrome moteur subjectif n'avaient pas clairement de cause organique ; il n'y avait pas de signe de complication d'une hypertension intracrânienne bénigne connue depuis 2006 ; une affection démyélinisante avait été exclue par les différentes investigations effectuées ces dernières années. L'assurée présentait une maladie cœliaque connue depuis 2008 avec une évolution tout à fait favorable sous régime sans gluten, avec disparition du syndrome carenciel et diminution des anticorps anti-transglutaminases. Sa valvulopathie mitrale, stable depuis 2003, était sans répercussion fonctionnelle significative. Le syndrome douloureux chronique n'était pas explicable par les constatations objectives. Le tableau clinique était évocateur d'un syndrome fibromyalgique pour lequel l'assurée remplissait tant les anciens que les nouveaux critères de classification. Dans ce contexte de discordance, une évaluation des particularités psychiques de l'assurée avait été faite. L'expert P_____ ne retrouvait aucune psychopathologie ; il n'y avait aucun signe de trouble dépressif ou anxieux significatif, ni aucun argument pour un trouble de la personnalité ; le syndrome douloureux ne pouvait être classifié comme un trouble douloureux somatoforme persistant, notamment

en l'absence de détresse ; l'assurée bénéficiait de ressources ; l'expert psychiatre ne retenait aucune limitation de la capacité de travail pour des raisons psychiatriques. En conclusion, les experts s'accordaient à estimer que l'assurée souffrait en premier lieu d'un syndrome douloureux de type fibromyalgie qui n'était pas associé à des anomalies somatiques incapacitantes ; du fait de la mauvaise concordance entre le syndrome douloureux et les constatations objectives, notamment radiologiques, les experts ne retenaient aucune limitation fonctionnelle ; dès lors, d'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail exigible était complète, quelle que soit l'activité envisagée. La prise en charge médicale était adéquate. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. 21. Dans un avis médical du 6 juin 2016, le docteur R_____ du SMR relève la position des médecins traitants postérieures au dépôt de la seconde demande de prestations de l'AI. La cardiologue S_____ ne retenait pas de diagnostics incapacitants. Le neuro chirurgien T_____ n'avait pas revu l'assurée depuis septembre 2011. La rhumatologue H_____ rapportait des lombosciatalgies gauches chroniques récidivantes et des gonalgies bilatérales et se prononçait en faveur d'une capacité de travail pleine dans un poste adapté. La Dre B_____ retenait un état dépressif, un canal lombaire étroit et une pathologie douloureuse persistante, symptomatologie accompagnée de vertiges et céphalées. À teneur d'une expertise convaincante, prenant en compte les plaintes de l'assurée et s'appuyant sur un examen clinique approfondi, une appréciation de la situation médicale et des conclusions claires, motivées et cohérentes, les experts de la CRR ne retenaient pas de diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Il n'y avait pas lieu de s'écarter de leur appréciation et de leurs conclusions. 22. Le 16 juin 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de lui nier tout droit à des prestations de l'AI. Il n'y avait pas de maladie justifiant une diminution de sa capacité de travail de longue durée ou des empêchements dans le ménage. L'assurée ne présentait pas d'invalidité. 23. Par recommandé du 22 août 2016 – après que la Dre B_____ eut obtenu le rapport d'expertise de la CRR et que l'avocat de l'assurée eut obtenu copie du dossier de l'AI –, l'assurée a formulé des objections à l'encontre de ce projet de décision. Selon le rapport de la Dre B_____ du 21 août 2014, son état de santé s'était péjoré. Après avoir mis en évidence ses affections, y compris leur péjoration, relevé la gêne fonctionnelle subjective élevée qu'elles provoquaient, interférant avec toutes les activités quotidiennes, et admis qu'elle souffrait de fibromyalgie, le rapport d'expertise de la CRR soutenait de façon stupéfiante qu'elle jouissait d'un excellent état général et concluait curieusement et sommairement que cette fibromyalgie n'était pas associée à des anomalies somatiques incapacitantes. L'OAI affirmait tout et son contraire, même que l'assurée pourrait reprendre à 100 % son ancienne activité de nettoyeuse. Il était choquant que l'OAI soutienne pareille thèse, se fondant sur une expertise pluridisciplinaire n'ayant que l'apparence du sérieux, n'expliquant pas pourquoi on pouvait passer outre à des rapports médicaux et aux plaintes de l'assurée autrement qu'en traitant cette dernière de simulatrice. L'assurée persistait à requérir des prestations de l'AI sur la base d'une invalidité de 100 %. 24. Le 26 septembre 2016, l'OAI a adressé à l'assurée une décision lui niant le droit à des prestations de l'AI, conformément aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR et à l'avis médical du SMR. L'assurée n'avait apporté aucun élément probant justifiant une autre appréciation de son cas. L'expertise de la CRR avait pleine valeur probante. 25. Par acte du 27 octobre 2016, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à son annulation, à l'octroi en sa faveur de prestations de l'AI basées sur une invalidité de 100 %

depuis mars 2013 et à l'accomplissement d'actes d'instruction, sous suite de frais et dépens. Elle a énuméré les affections dont elle souffrait, pour partie nouvelles et pour partie s'étant péjorées, à savoir : lombalgies, lombosciatalgies, gonalgies avec début de chondropathie, douleurs généralisées (notamment articulaires), troubles neurologiques (tels que céphalées, vertiges, troubles de la concentration et du sommeil), lésions à la colonne lombaire (protrusion discale/hernie), rétrécissement du canal rachidien/lombaire, arthrose (notamment périarthrite de la hanche gauche), hypertension intracrânienne, faiblesse du membre supérieur gauche, troubles cardiaques (valvulopathie). Elle s'est référée au rapport de la Dre B _____ du 21 août 2014. Elle a repris sa critique du rapport d'expertise de la CRR figurant dans ses observations relatives au projet de décision de l'OAI. Elle avait dû être hospitalisée tout récemment. Elle n'a produit aucune pièce nouvelle. 26. Le 1^{er} novembre 2016, l'assurée a été admise au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 21 octobre 2016 et son avocat, Me Antoine BOESCH, commis à ces fins. 27. Par mémoire de réponse du 25 novembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le rapport d'expertise de la CRR avait pleine valeur probante. Il ne retenait aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. S'agissant du syndrome douloureux de type fibromyalgie, l'expert psychiatre l'avait examiné au regard des nouveaux critères jurisprudentiels. Des plaintes subjectives ne pouvaient suffire à justifier une invalidité. L'assurée ne faisait valoir aucun élément médical objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique, qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise de la CRR et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts. Des mesures d'investigation complémentaires n'étaient pas nécessaires. Des faits survenus postérieurement à la clôture de la procédure administrative ne pouvaient être pris en considération pour juger de la décision attaquée, mais devaient le cas échéant faire l'objet d'une nouvelle décision. 28. Invitée à formuler des observations, l'assurée a, par écriture du 1^{er} février 2017, communiqué à la chambre des assurances sociales des pièces reçues de la Dre B _____, à savoir : - Une prise de position de la Dre B _____ du 5 janvier 2017, selon laquelle l'assurée était en souffrance physique et psychique depuis de nombreux mois et présentait deux pathologies supplémentaires s'additionnaient aux précédentes, soit un asthme aigu grave et une allergie au paracétamol et aux AINS rendant impossible la prise des médicaments pour soulager ses souffrances, si bien qu'elle souffrait en plus d'insomnies et d'asthénie. - Un rapport d'imagerie du 15 décembre 2016 de la docteure U _____, faisant état d'un état dégénératif nouveau, d'une part L3-L4 avec rétrécissement de l'émergence de la racine L4 à droite en recessal et d'autre part au niveau L4-L5 avec contact étroit avec l'émergence de la racine L5 à droite. - Un rapport de consultation d'urgence du Centre Médial Servette, où la docteure V _____, spécialiste FMH en médecine générale l'avait reçue le 9 décembre 2016, diagnostiquant une douleur abdominale fosse iliaque gauche sans syndrome inflammatoire et une lombosciatalgie avec déficit sensitif connu depuis 2004 en péjoration. - Une lettre de sortie des HUG du 7 novembre 2016, où l'assurée avait séjourné deux jours aux urgences puis au service de médecine interne en raison de dyspnée et de douleurs rétrosternales. - Un rapport de la neurologue F _____ du 1^{er} décembre 2016 relatif à une consultation pour le suivi de céphalées d'origine multifactorielle, avec une composante migraineuse, une ancienne composante de céphalées sur hypertension intracrânienne idiopathique et dans un contexte de syndrome douloureux chronique. - Une lettre de sortie des HUG du 14 octobre 2016, où l'assurée avait séjourné huit jours aux urgences puis au service de

pneumologie en raison de dyspnée. Un rapport d'IRM du cerveau du 27 juin 2016 du docteur W_____, ne révélant pas d'effet de masse ni déplacement de la ligne médiane, un kyste sous-arachnoïdien en regard du lobe temporal gauche, une selle turcique vide plaquant l'antéhypophyse contre le bas-fond sellaire. 29. Le 27 mars 2017, se référant à l'avis médical établi le 24 février 2017 par la docteure X_____ du SMR, l'OAI a indiqué que les documents médicaux produits par l'assurée ne parlaient pas en faveur d'une aggravation de son état de santé. Selon ledit avis médical, l'IRM de la colonne lombaire du 15 décembre 2016 n'apportait pas d'élément nouveau par rapport aux IRM précédentes des 31 janvier 2013, 17 février 2014 et 4 février 2015. Quant au rapport de la Dre Y_____ du 5 janvier 2017, il rappelait des atteintes déjà connues ainsi que des plaintes prises en compte par les experts (insomnie, asthénie, sentiment de découragement) ; s'agissant des deux nouveaux diagnostics (asthme bronchique et allergie au paracétamol et aux AINS) et des deux lettres de sorties des HUG, ils restaient sans influence sur la capacité de travail de l'assurée ; pour ladite allergie, il y avait des alternatives aux traitements antalgiques considérés et l'asthme diagnostiqué répondait bien au traitement et restait modéré. Le rapport de la Dre V_____ du 9 décembre 2016 retenait le diagnostic de douleurs abdominales sur constipation et colon irritable, ce qui ne constituait pas une atteinte incapacitante. La consultation de la Dre F_____ du 1^{er} décembre 2016 n'avait apporté aucun élément nouveau. Quant à elle, l'IRM cérébrale du 27 juin 2016, réalisée à la recherche d'une pathologie intracrânienne dans le contexte de céphalées, avait été dans la norme, comme les précédentes, et le kyste sous-arachnoïdien découvert fortuitement en regard du lobe temporal gauche, bénin et asymptomatique était sans influence sur la capacité de travail. 30. L'assurée n'a pas fait part de remarques consécutivement à cette écriture de l'OAI et cet avis médical du SMR.

EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1^{er} 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 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. 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 le 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). d. Quant au degré de preuve requis, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss). 3. 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 1 er janvier 2012. Au demeurant, ladite révision 6a comme les révisions précédentes de la LAI – à savoir celles des 21 mars 2003 [4 ème révision] et 6 octobre 2006 [5 ème révision], entrées en vigueur respectivement les 1 er janvier 2004 et 1 er janvier 2008 –, n'ont pas amené de modifications substantielles, en particulier en matière d'évaluation de 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). S'agissant des dispositions matérielles de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, 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 contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 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 représente quant à elle toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est pas à elle seule déterminante ; elle n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., vol. I, n. 156 ss, 160 ss). 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 faut-il, 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).

5. a. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), ainsi qu'elle l'a fait en l'espèce, elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 consid. 5), pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut

motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2). Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du Tribunal fédéral I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1 et I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités).

b. En l'espèce, par une décision du 2 mai 2012 entrée en force, l'intimé avait procédé à un examen matériel du droit de la recourante à des prestations de l'AI (en particulier à une rente d'invalidité), en retenant alors – sur la base d'un rapport d'expertise médicale complété par un rapport d'examen clinique psychiatrique – que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de l'AI. Seule était dès lors pertinente, pour statuer sur la nouvelle demande de prestations de l'AI présentée le 3 décembre 2013 par la recourante, la question de savoir si, depuis le 2 mai 2012, était intervenue une modification sensible des circonstances au point que, cette fois-ci, une invalidité devait être reconnue à la recourante, lui ouvrant le droit à des prestations de l'AI. Il s'avère qu'en réalité l'intimé, sur la base du rapport d'expertise de la CRR du 12 avril 2016 et de l'avis médical du SMR du 6 juin 2016, a statué sur la nouvelle demande de prestations de l'AI comme s'il s'agissait d'une première demande, sans faire de distinction entre des atteintes à la santé estimés non invalidantes au 2 mai 2012 et d'éventuelles nouvelles atteintes à la santé ou une modification des conséquences desdites atteintes à la santé sur la capacité de gain de la recourante. Cette approche était favorable à la recourante, même si elle a comporté la négation d'une aggravation de son état de santé de la recourante depuis le 2 mai 2012. La question est sans conséquence sur l'issue à donner au recours.

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 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). 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 LPG (ATAS/662/2017 du 25 juillet 2017 consid. 3). 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'exams 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 récusée 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 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, compliante 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 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 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. 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 1^{er} 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. 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. 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 LPG). * * * * * 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.