

## **GE\_GERICHTE A/538/2017 vom 6. Februar 2018**

GE Cour de justice, 2018-02-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_538\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_538_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/538/2017 du 6 février 2018

IT: GE\_GERICHTE A/538/2017 del 6 febbraio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

#### **E. 3**

Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, 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 qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les

exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

c. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 11. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).!

a. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

b. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RAI – RS 831.201) 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 LPG) 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).

c/aa. 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/bb. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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 Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour

remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 12. a. Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPG) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPG), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220). Des exceptions ont déjà été admises lorsque la personne concernée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente – de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement professionnel – ou lorsqu'elle disposait d'une agilité et d'une flexibilité particulières et était bien intégrée dans l'environnement social (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5, in SVR 2015 IV n° 41 p. 139 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_92/2016 du 29 juin 2016 consid. 5.1).!

b. En l'occurrence, la recourante était au bénéfice d'une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> février 2001 (décision du 9 décembre 2004) jusqu'au 31 juillet 2015 (décision du 26 mai 2015) mais la rente ne lui a été versée que jusqu'au 30 juin 2015, dans la mesure où la décision du 26 mai 2015 lui avait été notifiée encore en mai 2015 (cf. dossier AI, doc. 168 p. 1). Bien que cette décision ait été annulée par la chambre de céans dans l'arrêt ATAS/279/2016 du 12 avril 2016, il convient d'avoir à l'esprit que si l'effet suspensif est retiré à un recours dirigé contre une décision de révision qui supprime une prestation, ce retrait dure, en cas de renvoi de la cause à l'administration pour complément d'instruction, jusqu'à la notification d'une nouvelle décision à l'assuré (ATF 129 V 370 et 106 V 18 ; voir également arrêt 8C\_451/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2 à 4, in SVR 2011 IV n° 33 p. 96). Étant donné que la décision du 26 mai 2015 prévoyait qu'un recours n'aurait pas d'effet suspensif, la recourante n'a pas bénéficié du rétablissement de sa rente et celle-ci n'a été effectivement versée qu'entre le 1<sup>er</sup> février 2001 et le 30 juin 2015 (cf. dossier AI, doc 192, p. 1), ce qui représente une période de moins de quinze ans. En conséquence, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir rendu la décision querellée (décision du 20 janvier 2017) sans avoir préalablement mis en œuvre des mesures d'ordre professionnel, ce d'autant qu'il ressort du rapport du 14 mars 2017 de la Dresse Y\_\_\_\_\_ que la recourante a repris une activité professionnelle à temps partiel après la fin du versement de sa rente d'invalidité au 31 juillet 2015. L'intimé était ainsi fondé à statuer directement sur la révision de la rente d'invalidité. 13. a. Dans son arrêt ATAS/279/2016 du 12 avril 2016, la chambre de céans avait considéré que bien qu'il parût difficile, du fait du caractère succinct de l'examen matériel du cas de la recourante en 2007 et 2010, de savoir si, pour déterminer la survenance d'un changement notable des

circonstances, il fallait comparer l'état de fait prévalant lors de la troisième procédure de révision à celui qui se présentait au moment de la décision initiale, en 2004, ou lors des deux précédentes procédures de révision, en 2007 et en 2010, cette question pouvait rester ouverte dès lors qu'à la suite du rapport d'expertise du 3 février 2015 – qui estimait qu'il n'était pas possible, en l'absence de données suffisantes, tant en 2004 qu'en 2007 et 2010, de se positionner rétrospectivement sur les comorbidités psychiatriques –, l'intimé n'avait pas situé l'amélioration sensible de l'état de santé de la recourante à une date antérieure à celle dudit rapport. Par voie de conséquence, la chambre de céans avait estimé que si le bien-fondé des communications des 6 mars 2007 et 28 juin 2010, maintenant le degré d'invalidité de la recourante à 75 %, n'était pas remis ni à remettre en question, il n'en demeurait pas moins qu'une amélioration de l'état de santé de la recourante apparaissait indéniable, à tout le moins depuis janvier 2015, et qu'ainsi, une amélioration de la capacité de travail et de gain paraissait en tout cas possible. En revanche, la chambre de céans avait renoncé à départager les experts et les médecins traitants de la recourante – Dresse N\_\_\_\_\_ et Dresse Y\_\_\_\_\_ sur la question de la capacité de travail, les premiers estimant que celle-ci était entière dans une activité adaptée en janvier 2015, alors que les secondes étaient d'avis que cette capacité était partielle (Dresse N\_\_\_\_\_), voire nulle, la fibromyalgie, conjuguée au trouble anxieux et dépressif mixte, constituant un obstacle infranchissable à une reprise du travail selon la Dresse Y\_\_\_\_\_. À l'appui de sa position, la chambre de céans avait considéré que ces divergences entre experts et médecins traitants auraient pu en principe être écartées au profit de l'appréciation des experts : 1) si le rapport d'expertise de synthèse du 3 février 2015 n'avait été affecté d'un défaut d'explication, voire d'une contradiction par rapport à l'expertise rhumatologique du 15 janvier 2015 de la Dresse R\_\_\_\_\_ quant à l'intensité de la fibromyalgie ; 2) s'il était plus détaillé sur les interférences médicales entre les atteintes à la santé admises – tout de même nombreuses ; 3) si les limitations fonctionnelles reconnues à la recourante (pas de port de charges supérieures à 5 kg ni de mouvements du tronc en porte-à-faux) n'étaient pas concrètement moins anodines que leur seule énumération ne le laissait penser ; 4) si la frontière entre des atteintes à la santé incapacitantes et celles qui ne le sont pas n'était pas tenue dans un tel complexe d'atteintes à la santé ; 5) s'il n'était pas étonnant qu'un assuré pût passer en un si bref délai (janvier 2015) d'une totale incapacité de travail à une pleine capacité de travail ; 6) si les experts avaient rendu leurs conclusions en disposant d'examens radiologiques récents. b. Dans le complément d'expertise du 24 août 2016, le Dr O\_\_\_\_\_ indique au sujet du premier point que l'intensité de la douleur, distincte de l'intensité du trouble, a bien été prise en compte dans le rapport du 15 janvier 2015 de la Dresse R\_\_\_\_\_ au vu du nombre de points de fibromyalgie retenus. À l'examen de ce rapport d'expertise rhumatologique, la chambre de céans rappelle cependant que la Dresse R\_\_\_\_\_ mentionne de « nombreux points de fibromyalgie » alors que le rapport de synthèse fait uniquement état de « quelques points de fibromyalgie » et retient un syndrome douloureux somatoforme persistant – non incapacitant – en lieu et place d'une fibromyalgie, ce qui éveille l'impression que ce dernier rapport minimiserait les douleurs de la recourante. Cela étant, quel que soit le qualificatif numérique employé, la Dresse R\_\_\_\_\_ n'en considère pas moins que l'état douloureux chronique de type fibromyalgie ne constitue qu'un diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, motif pris que les constatations cliniques objectives ne suffisent pas à expliquer l'intensité du tableau douloureux. Quant au passage du diagnostic de fibromyalgie à celui de syndrome douloureux persistant, les experts l'expliquent en relation avec le status psychiatrique de la recourante, en ce sens que « les plaintes douloureuses

chroniques, associées à quelques signes évocateurs de fibromyalgie à l'examen rhumatologique, font retenir un trouble somatoforme douloureux [qui] ne réunit pas l'ensemble des critères de gravité » (cf. dossier AI, doc 153, p. 15, antépénultième §). Quoiqu'il en soit, selon le Tribunal fédéral, le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient se révèle plutôt secondaire : d'une part, il n'appartient pas à l'administration ou au juge de remettre en cause le diagnostic posé par un médecin, quel que soit le courant médical dont il se réclame ; est seul décisif que le diagnostic s'appuie sur les critères d'un système de classification reconnu. D'autre part, ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail (art. 4 al. 1 LAI, art. 16 LPG). Seule la réponse à cette question intéresse finalement le juriste dans une procédure portant sur l'incapacité de travail ou l'invalidité (ATF 132 V 65 consid. 3.4). À la lumière de ces éléments, en particulier de la convergence de vues entre la Dresse R\_\_\_\_\_ d'une part et l'ensemble des experts d'autre part, sur le caractère non incapacitant de la fibromyalgie, respectivement du syndrome douloureux somatoforme persistant, le Dr O\_\_\_\_\_ peut être suivi en tant qu'il retient, dans le complément d'expertise du 24 août 2016, qu'il n'existe pas de contradiction entre le rapport de synthèse et le rapport de l'experte rhumatologue, en particulier à la lumière des indicateurs de la nouvelle jurisprudence (cf. ci-après : consid. 16 relatif à la catégorie « cohérence »). c. S'agissant du second point, il est vrai que le rapport d'expertise de synthèse n'est guère détaillé sur les interférences médicales entre les atteintes à la santé admises, tout de même nombreuses. Toutefois, comme le relève le Dr O\_\_\_\_\_ dans le complément d'expertise, deux diagnostics – l'éperon calcanéen et l'hallux rigidus – sont des constatations respectivement radiologique et clinique, non assorties de plaintes. Quant aux céphalées de tension épisodiques et aux migraines sans aura, elles sont certes sources de plaintes mais il ressort de l'examen neurologique du 13 janvier 2015 du Dr P\_\_\_\_\_ et des explications de la recourante à ce dernier que les céphalées, qui survenaient deux à trois fois par semaine, étaient soulagées par la prise de Dafalgan et n'interféraient pas sur sa capacité de travail. S'agissant des migraines, celles-ci étaient moins fréquentes qu'auparavant et survenaient une à deux fois par mois. Dans ce cas, les accès étaient bien contrôlés par la prise d'un anti-migraineux spécifique (Zomig). Au vu de ces éléments, il est possible de suivre le Dr O\_\_\_\_\_ en tant qu'il retient, le 24 août 2016, que « les céphalées et migraines sont écartées par elles-mêmes ». Ainsi, en exceptant la spondylolyse de L5 qui avait conduit les experts, dans leur rapport de synthèse du 3 février 2015, à retenir « d'authentiques lombalgies » susceptibles de limiter la capacité de la recourante à porter des charges supérieures à 5 kg ou à exercer des mouvements en porte-à-faux du tronc – soit des limitations non pertinentes dans l'activité de vendeuse en parfumerie exercée jusqu'au 9 février 2000 – et en l'absence de toute anomalie du status neurologique relevée par le Dr P\_\_\_\_\_, il ne reste que les plaintes liées à des douleurs rachidiennes et à des douleurs plus diffuses rapportées par la recourante. Or, comme le constate ce neurologue, il n'y a pas d'explication neurologique sur l'origine de ces douleurs, pas plus qu'il n'existe d'explication rhumatologique à ce sujet. En effet, comme le souligne la Dresse R\_\_\_\_\_, les constatations cliniques objectives ne suffisent pas à expliquer l'intensité du tableau douloureux, alors que l'état douloureux chronique en lui-même, en l'absence de limitations fonctionnelles, n'entraîne pas d'incapacité dans une quelconque activité. S'agissant enfin du diagnostic de dysthymie, le Dr O\_\_\_\_\_ explique de façon convaincante que l'expert psychiatre Q\_\_\_\_\_ a dissocié le diagnostic de dysthymie de celui de trouble somatoforme douloureux et qu'ainsi, il a

distingué la fluctuation de l'humeur de la stabilité des troubles somatoformes sans envisager d'interaction entre ces diagnostics, ce qu'il aurait fait en revanche, dans le cadre d'une interaction plus profonde. Au vu de ces explications, la question des interférences médicales entre les diverses atteintes à la santé est désormais exposée à satisfaction de droit. Pour le surplus, on rappellera que même dans l'hypothèse où il existerait un rapport linéaire entre le nombre de troubles corporels qui ne s'expliquent pas de manière suffisante d'un point de vue organique (respectivement le nombre de syndromes somatoformes dans leurs diverses manifestations) et le degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle, un tel rapport ne pourrait en tout cas pas être transposé en une règle rigide. Le Tribunal fédéral considère en effet que l'application d'une règle de cette nature, fondée sur l'idée selon laquelle « plus le nombre des diverses plaintes est grand, plus importantes sont les limitations fonctionnelles », reviendrait à utiliser un type de critère – schématique – d'examen qu'il convient précisément d'éviter (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

d. Prenant position au sujet du troisième point, soit du caractère pas si anodin des limitations fonctionnelles pointé par la chambre de céans dans son arrêt du 12 avril 2016, le Dr O\_\_\_\_\_ souligne que l'impossibilité de porter des charges supérieures à 5 kg et d'effectuer des mouvements du tronc en porte-à-faux a été retenue par l'experte rhumatologue, la Dresse R\_\_\_\_\_, ce qui ne l'a pas empêchée de relever que la gestuelle de la recourante était ample, qu'elle se déplaçait et se déshabillait sans épargne particulière, sans que l'on retrouve de limitation des amplitudes de l'appareil locomoteur. Du reste, dans la vie courante, en exceptant les activités qui impliquaient l'élévation des bras ou le soulèvement d'objets lourds, la recourante parvenait à faire elle-même l'essentiel du ménage, y compris le repassage, la lessive, la confection de repas et le passage de l'aspirateur. Selon le Dr O\_\_\_\_\_, il s'agit là d'un indicateur de la légèreté, non seulement du trouble somatoforme, mais aussi des lombalgies. Au vu de ces explications, le Dr O\_\_\_\_\_ peut être suivi en tant qu'il affirme que les limitations fonctionnelles retenues ne sont pas sous-estimées par leur énumération.

e. S'agissant du quatrième point, la chambre de céans prendra également acte du fait que les experts maintiennent de manière consensuelle qu'il existe plusieurs diagnostics qualifiés de banals et fréquents, qui demeurent sans impact sur la capacité de travail de la recourante dans son activité antérieure même en les cumulant. Bien que brève, cette réponse paraît suffisante au regard des développements que comporte le complément d'expertise en rapport avec le second point (cf. ci-dessus : consid. 13c).

f. Prenant position au sujet du cinquième point, le Dr O\_\_\_\_\_ relève qu'il n'a pas échappé à la chambre de céans qu'en « l'absence de données suffisantes sur le plan de l'anamnèse [...], il n'était pas possible aux experts de se prononcer rétrospectivement [de sorte qu'une] amélioration de la capacité de travail ne pouvait être retenue qu'à la date de l'expertise ». Il ressort par ailleurs des explications données par le Dr O\_\_\_\_\_ le 24 août 2016 que même si les experts étaient convaincus que l'amélioration de la capacité de travail était bien antérieure à la date de l'expertise, ils n'étaient pas en mesure d'en déterminer la date en raison du faible nombre de rapports médicaux reçus par l'intimé au cours de ces dernières années, le dernier rapport remontant à 2012. Il convient, là aussi de prendre acte de ces explications, qui n'appellent pas de critique particulière.

g. S'agissant du sixième point, le Dr O\_\_\_\_\_ maintient que de nouveaux examens radiologiques n'auraient rien apporté à l'évaluation de la capacité de travail de la recourante. À l'appui de cette assertion, il fait valoir que de nombreux examens radiologiques ont été versés au dossier et même d'autres, plus récents, apportés par la recourante et examinés par l'experte rhumatologue, la Dresse R\_\_\_\_\_ et qu'aucun élément médical nouveau, postérieur à ces examens, n'a été signalé par la recourante elle-même.

D'autre part, les diagnostics étaient connus et une évolution des images radiologiques, si elle n'était pas associée à une nouvelle plainte, n'aurait eu aucune conséquence sur l'évaluation de la capacité de travail, cette dernière étant basée sur l'évaluation fonctionnelle clinique et non sur les diagnostics. À la lumière de ces explications, la chambre de céans considère que même si le raisonnement du Dr O\_\_\_\_\_ paraît critiquable en tant qu'il laisse à la recourante l'initiative de signaler d'éventuels éléments médicaux nouveaux aux experts, il convient de relativiser la portée de cette prise de position dans le présent contexte dès lors que d'un point de vue somatique, les rapports médicaux produits par la recourante les 18 novembre 2016 et 3 avril 2017, ainsi que les IRM auxquelles les Dr S\_\_\_\_\_ et Dr V\_\_\_\_\_ font référence en mai 2012, respectivement février 2017, confirment l'absence d'atteinte nouvelle pouvant influencer durablement la capacité de travail, selon les explications bien motivées et convaincantes du SMR, au demeurant non contredites par la recourante en ce qui concerne l'absence d'atteinte nouvelle. En effet, cette dernière affirme elle-même que « les diagnostics sont toujours les mêmes depuis de nombreuses années » (cf. complément au recours du 3 avril 2017, p. 3, point 6) alors que son interniste traitant, le Dr V\_\_\_\_\_, note un état de santé stable à l'époque de la décision querellée, précédé uniquement d'affections passagères en 2016 (fibromyalgie exceptée). Dans ce contexte, on ne saurait reprocher aux experts de ne pas s'être procuré des examens radiologiques plus récents. 14. Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'expertise de la CRR du 3 avril 2015, complété le 24 août 2016, satisfait aux réquisits jurisprudentiels permettant en principe de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il porte sur les disciplines médicales pertinentes pour évaluer les atteintes à la santé de la recourante et leurs répercussions sur la capacité de travail de cette dernière, à savoir la rhumatologie, la neurologie et la psychiatrie, et la mission d'expertise a été accomplie par des spécialistes de ces disciplines médicales. Ces derniers ont procédé à une étude circonstanciée du dossier, dûment constitué ; ils ont examiné la recourante, établi son anamnèse complète et pris en considération ses plaintes. Ils sont parvenus à des conclusions pouvant être qualifiées de claires et convaincantes. Au regard des considérants qui précèdent, force est en effet de constater que les réserves exprimées dans l'arrêt ATAS/279/2016 du 12 avril 2016 ont été levées par le complément d'expertise du 24 août 2016. La recourante objecte que les indicateurs consacrés par la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281 ) ne seraient pas présentés de façon structurée dans le complément d'expertise et que ce document renverrait le lecteur à rechercher dans l'expertise principale les différents indicateurs et à en faire la synthèse lui-même. En raison de ces manquements, il serait impossible à la recourante de passer en revue les différents indices et leur appréciation par la CRR pour tenter d'argumenter sur le fond de façon structurée également, violant ainsi son droit d'être entendue et rendant une nouvelle expertise incontournable. Ces critiques s'avèrent partiellement fondées en tant qu'elles visent l'absence de présentation structurée des indicateurs dans le complément d'expertise et les multiples renvois que celui-ci comporte. Toutefois, il est constant que le changement de jurisprudence opéré par l'arrêt précité ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports

médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_716/2015 du 8 décembre 2015 consid. 9b). Au demeurant, s'il est attendu de la chambre de céans qu'elle se livre à un tel exercice, on ne voit pas pour quel motif la recourante serait dispensée, pour sa part, d'expliquer en quoi les indicateurs déterminants – réputés connus – ne permettraient pas de faire une appréciation concluante du cas. En toute hypothèse, le moyen tiré de la violation du droit d'être entendu tombe manifestement à faux en tant qu'il vise à exiger la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pour des motifs formels visant l'ordonnancement des indicateurs. Partant, il convient d'examiner le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par les experts de la CRR à l'aune des nouveaux critères fixés par le Tribunal fédéral. 15. a. S'agissant de l'atteinte à la santé, le rapport de synthèse du 3 février 2015 retient que les plaintes douloureuses chroniques, associées à quelques signes évocateurs de fibromyalgie à l'examen rhumatologique, font retenir un trouble somatoforme douloureux (TSD) qui ne réunit pas l'ensemble des critères de gravité, est dépourvu de comorbidité psychiatrique incapacitante et ne peut donc être reconnu comme incapacitant. Dans le complément d'expertise du 24 août 2016, le Dr O\_\_\_\_\_ indique que les indicateurs du complexe « atteinte à la santé » ont été « longuement complétés par l'expert psychiatre [...] ». En relisant l'expertise psychiatrique du Dr Q\_\_\_\_\_ du 14 janvier 2015 à travers le prisme des nouveaux indicateurs, il apparaît que la recourante présente une symptomatologie algique qu'elle qualifie d'intense et persistante et qui génère chez elle un sentiment de détresse. L'expert psychiatre ajoute que ce genre de symptomatologie, en l'absence de pathologie somatique pouvant rendre compte de l'entier du tableau clinique, l'amène dans le registre du syndrome douloureux somatoforme persistant ou de la fibromyalgie avec, dans le cas concret, un tableau algique au premier plan, sans comorbidité psychiatrique significative. Survenu dans un contexte de facteurs émotionnels et psychosociaux, le syndrome douloureux somatoforme retenu présente à tout le moins le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic puisqu'il existe une persistance des plaintes douloureuses depuis de nombreuses années, sans rémission, malgré une prise en charge psychiatrique. En revanche, le Dr Q\_\_\_\_\_ ne retient pas de comorbidité significative (dysthymie) et indique que « la comorbidité somatique sera de son côté débattue par mes confrères somaticiens ». Dans la mesure où la nouvelle jurisprudence prévoit que les anciens critères de la « comorbidité psychiatrique » et des « affections corporelles concomitantes » doivent être réunis en un indicateur unique, de manière à permettre une approche globale des interactions et autres liens du trouble douloureux avec tous les autres troubles concomitants qui ont valeur de maladie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3), force est de constater que l'expertise psychiatrique du 14 janvier 2015 et le rapport de synthèse du 3 février 2016 ne se prononcent que très partiellement sur ces interactions mais que le complément d'expertise du 24 août 2016 remédie à cette lacune dans la réponse aux critiques formulées dans l'arrêt ATAS du 12 avril 2016 sur le caractère guère détaillé des interférences médicales entre les atteintes à la santé admises tout de même nombreuses (cf. ci-dessus : consid. 13c). Il ressort en synthèse de cette prise de position que même si des plaintes multiples ont été évoquées par la recourante comme interférant avec sa capacité de travail, les experts n'ont retenu de limitations fonctionnelles qu'en lien avec l'atteinte au plan ostéo-articulaire – lombalgies et spondylolyse – alors que d'un point de vue psychique, une interaction entre les deux diagnostics (TSD et dysthymie) n'a pas été envisagée. Ce dernier point ne prête pas le flanc à la critique dans la mesure où la nouvelle jurisprudence retient que la comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale,

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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). Or, le complément d'expertise explique bien qu'une telle interaction aurait été envisagée dans le cadre d'une dépression plus profonde, affection que l'expert psychiatre déclare incompatible avec le status psychiatrique lors de l'examen du 14 janvier 2015 (cf. dossier AI, doc. 153, p. 22).

b. S'agissant de l'axe « personnalité », il ressort de l'expertise psychiatrique du 14 janvier 2015 et du complément d'expertise du 24 août 2016 que même s'il n'a pas échappé aux experts qu'il existe certains facteurs de fragilité psychique, de faibles acquisitions scolaires et un probable faible potentiel intellectuel, la recourante n'en a pas moins réussi à obtenir, visiblement sans difficultés, l'équivalent d'un CFC dans le domaine de la coiffure, ce qui devrait dès lors être suffisant pour qu'elle puisse s'inscrire dans une activité adaptée à son bagage socio-culturel, d'autant qu'elle ne présente pas de trouble de la personnalité (notamment de type dépendante ou borderline), ni de particularité ou de bizarrerie dans le contact (absence de symptômes psychotiques).

c. Le complément d'expertise relève également que si le contexte social a probablement longtemps joué un rôle négatif (séparation d'avec son premier mari, dettes, etc.), plusieurs fois souligné par les rapports médicaux, celui-ci est aujourd'hui favorable et constitue donc une ressource. La recourante bénéficie de l'aide de son conjoint et de la grande proximité de ses enfants et petits-enfants, décrits par elle comme « son soleil », ce que l'on peut comprendre comme un élément de soutien à son humeur.

16. Il ressort enfin du complément d'expertise du 24 août 2016 que si les experts ont renoncé à examiner la cohérence entre le poids effectif des souffrances de la recourante et les traitements prescrits, en n'effectuant délibérément pas de prélèvements sanguins pour vérifier l'observance aux traitements antalgiques et antidépresseurs – ce qu'ils expliquent notamment en raison de l'inutilité d'un dosage d'éventuels psychotropes en l'absence d'une pathologie dépressive grave –, ils n'en ont pas moins estimé que la cohérence était déjà battue en brèche du point de vue d'une éventuelle limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de la vie. Ceci résultait du maintien d'une activité domestique significative – lors de laquelle l'assurée ne s'épargnait que les tâches lourdes ou requérant l'élévation des bras –, de la gestuelle fluide, de la « forme » retrouvée pendant les vacances au soleil et du maintien d'un réseau social. S'agissant de ce dernier point, les experts n'étaient certes pas en mesure de comparer la situation à celle qui prévalait avant l'apparition des signes il y a plus de vingt ans, il n'en restait pas moins que la socialisation actuelle était normale.

17. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans constate qu'il ressort clairement du rapport d'expertise et de son complément du 24 août 2016 que le degré fonctionnel de l'atteinte à la santé (cf. ci-dessus : consid. 15a à c) peut être qualifié de faible, appréciation qui est également corroborée par l'examen de la cohérence, en termes de limitation uniforme de l'activité dans tous les domaines de la vie.

Les experts estiment ainsi la recourante pleinement capable de travailler dans l'activité antérieure de vendeuse de produits cosmétiques, ainsi que – sauf à respecter ses limitations fonctionnelles – dans un autre secteur de vente, voire dans toute autre activité, à tout le moins depuis janvier 2015. L'amélioration de l'état de santé de la recourante, qui sous-tend le retour à une capacité de travail pleine et entière dans ladite activité, n'est pas contredite par les pièces du dossier. En effet, l'experte psychiatre, la Dresse H\_\_\_\_\_, précisait déjà, dans son rapport du 7 février 2003, qu'on pouvait s'attendre à une rémission partielle des symptômes liés à la fibromyalgie. Le 17 juin 2010, la généraliste traitante de la recourante, la Dresse N\_\_\_\_\_, précisait ne pas suivre cette

dernière pour la fibromyalgie – diagnostic posé en 2000 par le Dr I\_\_\_\_\_, rhumatologue. Le 15 août 2012, la Dresse N\_\_\_\_\_ avait rappelé le diagnostic incapacitant de fibromyalgie tout en précisant qu'elle n'attribuait plus d'effet sur la capacité de travail au diagnostic de hernie discale L5-S1 et que le pronostic était « bon si repos ». De plus, selon l'attestation du 16 juin 2015 de ce même médecin, la recourante se portait assez bien sur le plan somatique, ses crises de fibromyalgie étaient peu fréquentes et sa capacité de travail était limitée – dans une mesure à redéfinir avec sa psychiatre, la Dresse Y\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 17 juin 2015, cette dernière mentionnait que si l'évolution de l'état de santé de la recourante avait été en dents de scie jusque vers 2010, elle avait été plus stable ensuite, même si la symptomatologie anxieuse et douloureuse restait en évidence et de niveau important. Ne partageant pas les conclusions des experts, la recourante a produit une série de rapports médicaux qu'il convient d'examiner, à l'exception de la lettre de sortie du 27 décembre 2017 de la Clinique de Montana, le séjour hospitalier du 22 novembre au 6 décembre 2017 et les renseignements médicaux que ce document comporte étant postérieurs à la décision entreprise (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_149/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.4, in SVR 2009 IV n° 57 p. 177 ; voir également arrêt 9C\_235/2009 du 30 avril 2009 consid. 3.3). Même s'il existe un doute que le rapport de la Dresse S\_\_\_\_\_ du 28 mai 2012 et le rapport relatif à l'IRM lombaire du 31 mai 2012 aient été soumis à l'appréciation des experts, il n'en reste pas moins que selon les explications claires du SMR du 10 janvier 2017, le premier rapport ne permet pas de conclure à des troubles neurologiques durables alors que l'IRM du 31 mai 2012 confirme certes la présence d'une hernie L5-S1 mais également l'absence de compression radiculaire pouvant justifier une symptomatologie neurologique douloureuse. Ces conclusions sont corroborées non seulement par l'examen neurologique du 13 janvier 2015 de l'expert, le Dr P\_\_\_\_\_ mais aussi par la consultation donnée plus récemment par le Dr W\_\_\_\_\_, neurologue, comme l'atteste le rapport du 17 février 2017 du Dr V\_\_\_\_\_. Dans son attestation du 16 juin 2015, la Dresse N\_\_\_\_\_ mentionne que même si la recourante se porte assez bien et que les crises de fibromyalgie sont heureusement peu fréquentes, elle considère que la capacité de travail de la recourante est limitée et doit être redéfinie par sa psychiatre, la Dresse Y\_\_\_\_\_. Cette dernière considère pour sa part, dans son rapport du 17 juin 2015, que la recourante présente un trouble anxieux et dépressif mixte (depuis 2010) et une fibromyalgie rendant la reprise d'une activité de travail, même à temps partiel impossible compte tenu de l'âge et de la symptomatologie persistante. Enfin, la Dresse Y\_\_\_\_\_ précise dans un rapport du 14 mars 2017, identique en termes de diagnostics, qu'au vu de sa symptomatologie persistante, la reprise d'une activité professionnelle même partielle – que la suppression de la rente d'invalidité au 1<sup>er</sup> août 2015 aurait par ailleurs rendue nécessaire d'un point de vue économique – serait insoutenable et la mettrait en graves difficultés, d'autant que son état physique et psychique se serait aggravé ces derniers temps. Force est de constater que s'il existe une divergence d'opinion entre les experts de la CRR et les Dresse N\_\_\_\_\_ et Dresse Y\_\_\_\_\_, en termes de diagnostics et de capacité de travail, ces médecins traitants ne font toutefois pas état d'éléments objectivement vérifiables et suffisamment pertinents qui auraient été ignorés par ces experts. On relèvera pour le surplus que même si l'on se référerait aux diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et de fibromyalgie retenus par la Dresse Y\_\_\_\_\_, il n'en resterait pas moins que ce médecin et la Dresse N\_\_\_\_\_ s'abstiennent de motiver l'incapacité de travail qui en découlerait selon les indicateurs de gravité fonctionnelle et de cohérence prévus par la jurisprudence. Enfin, le rapport du 17 février 2017 du Dr V\_\_\_\_\_ mentionne des affections passagères traitées avec succès, par conséquent incompatibles

avec une incapacité de travail de longue durée. Compte tenu de ces éléments, les rapports des médecins traitants de la recourante ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise principale et de son complément du 24 août 2016. Il s'ensuit que les mesures d'instruction requises par la recourante ne sont pas justifiées. Les pièces médicales figurant au dossier comportent des éléments suffisants qui convainquent que l'intéressée ne souffre d'aucune atteinte incapacitante depuis janvier 2015 et qu'elle est pleinement capable d'exercer son activité antérieure de vendeuse de produits cosmétiques ainsi que toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il en découle que son degré d'invalidité est nul depuis lors.

18. a. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

!endif>!  
>!  
[if> Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). En vertu de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. b. En l'espèce, la décision du 26 mai 2015, supprimant la rente entière de la recourante au 1<sup>er</sup> août 2015 a certes été annulée par l'arrêt ATAS/279/2016 du 12 avril 2016, il n'en demeure pas moins que la décision en question prévoyait qu'un recours n'aurait pas d'effet suspensif, de sorte que la recourante ne pouvait pas bénéficier d'un rétablissement de sa rente à tout le moins jusqu'à la décision entreprise (cf. ci-dessus : consid. 12b). On rappellera par ailleurs que la rente n'a été effectivement versée que jusqu'au 30 juin 2015. Dans la mesure où la décision litigieuse supprime la rente au 1<sup>er</sup> juillet 2015 en se fondant sur la même constatation que la recourante dispose à nouveau d'une capacité de travail entière dans toute activité depuis janvier 2015, il n'y a pas lieu de se fonder sur la date de notification de ladite décision mais sur celle du 26 mai 2015 pour déterminer le moment auquel la suppression de la rente prend effet. La décision du 26 mai 2015 ayant été notifiée à la recourante en mai 2015, c'est à bon droit que l'intimé a supprimé la rente avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> juillet 2015 (art. 88bis al. 2 let. a RAI). 19. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

!endif>!  
>!  
[if> Étant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument, qui sera arrêté au montant minimal de CHF 200.-. Vu l'issue donnée au recours, il n'y a pas matière à allocation d'une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA). \*\*\*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :