

GE_GERICHTE A/934/2020 vom 3. November 2020

GE Cour de justice, 2020-11-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_934_2020

FR: GE_GERICHTE A/934/2020 du 3 novembre 2020

IT: GE_GERICHTE A/934/2020 del 3 novembre 2020

Erwägungen

E. 1

er novembre 2019] » qu'elle contestait, notamment parce que celui-ci se penchait sur les répercussions - avec beaucoup de légèreté - et non les causes de son atteinte à la santé (i.e. ses problèmes dentaires), que le dossier médical était incomplet et que l'évaluation pluridisciplinaire comportait de trop nombreuses erreurs dans les faits rapportés - lesquels avaient été déformés, sous-estimés voire ignorés -, erreurs qui avaient une incidence sur la justesse de l'appréciation médicale, en particulier psychiatrique. Enfin, la recourante a précisé que de nouveaux examens étaient en cours et à venir et qu'elle ne manquerait pas d'en transmettre prochainement les résultats. En l'état, elle annexait d'ores et déjà les pièces suivantes à son recours, soit notamment : - un rapport du 5 mars 2020 par lequel le Dr F_____ attestait qu'elle souffrait d'un problème dentaire (mauvaise occlusion et problème de contact dentaire inadéquat) qui provoquait des tensions cervicales avec irradiations. Cette situation nécessitait une prise en charge par un dentiste compétent. Actuellement, elle avait besoin de séances de physiothérapie pour soulager ses douleurs cervicales ; - un rapport du 15 mars 2019 de Madame K_____, physiothérapeute, dont l'intervention, répartie sur neuf séances en septembre-octobre 2019, avait eu lieu sur prescription du Dr F_____ en raison de douleurs articulaires généralisées, d'une dysfonction circulatoire dans les extrémités et d'un contexte maxillo-facial compliqué, provoquant des tensions cervicales. Selon cette physiothérapeute, elle avait été capable de progresser très nettement, notamment sur la plan antérieur (chaîne abdominale étirée) et de contenir sa tendance à luxer « (antéro-inf.) » ses épaules ; - un rapport du 13 juin 2005 du docteur L_____, angiologue, indiquant qu'elle souffrait, depuis son jeune âge, de ses extrémités qui avaient tendance à être froides et souvent bleutées. Elle présentait aussi régulièrement, lors d'expositions au froid, des engelures des orteils qui survenaient de plus en plus facilement. Dans ses conclusions, le Dr L_____ a posé le diagnostic d'acrocyanose essentielle typique avec une tendance aux engelures à répétition dès la survenue d'une baisse de température. L'hypersensibilité au froid était aggravée par le fait qu'elle fumait beaucoup (environ deux paquets par jour). Il lui avait donc conseillé d'améliorer son hygiène de vie (un peu plus de sport, moins de cigarettes), précisant qu'il n'y avait actuellement pas de traitement médicamenteux à proposer ; 16. Par réponse du 5 mai 2020, l'intimé a soutenu que dans la mesure où la recourante alléguait que l'évaluation pluridisciplinaire comportait de nombreuses erreurs dans la chronologie et les faits rapportés, en particulier dans son volet psychiatrique, il s'agissait d'affirmations non étayées par des exemples concrets qui ne suffisaient pas à démontrer une constatation inexacte des faits, ce d'autant que toutes les atteintes à la santé avaient été prises en compte, tant par les experts et le SMR. Aussi l'intimé a-t-il conclu au rejet du recours et renvoyé à un avis du 4 mai 2020 dans lequel le SMR estimait que le rapport du 5 mars 2020 du Dr F_____ n'apportait pas de nouvel élément médical dont le Dr J_____ n'aurait pas eu connaissance. Dans son rapport du 1 er

novembre 2019, cet expert avait déjà évalué le problème cervical et ne l'avait pas qualifié d'incapacitant en l'absence de trouble neurologique et de limitation articulaire de la mobilité cervicale ou de contractures musculaires. Ainsi, même si la recourante présentait des cervicalgies, possiblement associées à un trouble de l'occlusion dentaire, elles ne pouvaient en aucun cas être responsables d'une incapacité de travail au vu de l'examen clinique. Par ailleurs, une prise en charge physiothérapeutique ainsi que le port d'une gouttière représentaient des mesures simples pour soulager les douleurs. Enfin, les experts n'avaient pas constaté de trouble de l'élocution ni d'émission de postillons comme décrits par la recourante, ce qui parlait en défaveur d'un trouble dentaire majeur. 17. Par réplique du 10 juin 2020, la recourante a persisté à soutenir qu'une évaluation dentaire demeurait nécessaire pour établir clairement la cause, toujours présente, de ses problèmes dentaires et des répercussions de ceux-ci sur sa santé et son parcours de vie (douleurs de la nuque, maux de tête, troubles du sommeil dus aux douleurs, épuisement, problèmes d'élocution, éloignement du marché du travail, etc.), raison pour laquelle elle souhaitait qu'une expertise dentaire fût ordonnée, ce d'autant que l'évaluation dentaire faite par le Dr J_____ s'était résumée au fait de demander si le port de la gouttière la soulageait au niveau des tensions de la nuque ; aucun examen de la bouche, de l'ATM ou du visage n'avait eu lieu. Au demeurant, le port de la gouttière soulageait certes les tensions au niveau de la nuque mais ne permettait ni la mastication ni l'interaction sociale. Par ailleurs, cet accessoire ne pouvait pas être porté la nuit. Enfin, la recourante a versé au dossier des analyses sanguines récentes (mai 2020) et un rapport du 2 avril 2020 du docteur M_____, angiologue, indiquant qu'elle présentait une acrocyanose des quatre extrémités avec phénomène de Raynaud occasionnel (la capillaroscopie parlait également dans ce sens). De l'avis de ce spécialiste, l'intéressée n'avait jamais eu d'engelure. Il n'y avait donc pas de traitement spécifique à envisager mais il fallait insister sur l'arrêt du tabagisme. 18. Par écriture du 30 juin 2020, l'intimé a soutenu que de plus amples investigations s'avéraient inutiles et que l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante. Pour corroborer ces affirmations, l'intimé s'est référé à un avis du 18 juin 2020, dans lequel le SMR mentionnait que les derniers rapports médicaux produits par l'intéressée ne relevaient pas d'anomalies au niveau sanguin et que le bilan angiologique du 2 avril 2020 confirmait les diagnostics d'acrocyanose et de phénomène de Raynaud que la recourante présentait depuis son adolescence. Ces diagnostics nécessitaient certaines précautions (éviter l'exposition au froid sans se protéger) mais n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail. Ainsi, pour le SMR, les précédentes appréciations du cas demeuraient valables. 19. Le 3 juillet 2020, une copie de ce courrier a été transmise, pour information, à la recourante. 20. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la 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. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à

des mesures d'ordre professionnel. 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 6. Au terme de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). 7. Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1 bis LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI précise que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1^{er} du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V

258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a). 8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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. c/aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c/bb. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). c/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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 9. a. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 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). b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise bi-disciplinaire (psychiatrique et orthopédique) du 1^{er} novembre 2019 pour évaluer l'invalidité de la recourante. Il en ressort en synthèse que les troubles constatés sur le plan psychique et orthopédique n'empêchent pas - et n'ont jamais empêché durablement (cf. ci-dessus : consid. 6) - la recourante d'exercer son activité habituelle ou toute autre activité à plein temps, sans diminution de rendement. Force est de constater que ce rapport se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique approfondi et qu'il tient compte des plaintes de l'intéressée. Il a en outre été établi en pleine connaissance du dossier ; ses conclusions sont dûment motivées et ne laissent apparaître aucune contradiction. Les rapports du Dr B _____ et de Monsieur D _____, du 2 août 2018, ainsi que le rapport du 22 octobre 2018 du Dr F _____ comportent certes une appréciation différente de la capacité de travail de la recourante mais ils ont été pris en compte par les experts (cf. expertise, annexe 1, pp. 4-5) et ne révèlent aucun élément objectivement vérifiable que ces derniers auraient ignoré. Ce constat s'applique a fortiori au rapport du 5 mars 2020 du Dr F _____, lequel se limite à postuler l'existence d'un lien de causalité entre la mauvaise occlusion dentaire et les douleurs cervicales - hypothèse que l'expert J _____ déclare possible (car les troubles du rachis cervical mis en évidence sur les clichés radiologiques ne sont pas importants) mais non invalidante, faute, d'une part, d'avoir pu mettre en évidence des troubles orthopédiques ou rhumatologiques justifiant une incapacité de travail et, d'autre part, de trouble neurologique, rhumatologique ou d'atteinte

des ATM. La recourante soutient que l'expertise du 1^{er} novembre 2019 aurait dû se voir adjoindre un volet dentaire pour investiguer non pas les répercussions mais la cause de ses problèmes de santé. Ce faisant, la recourante oublie que la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale et qu'ainsi, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). En d'autres termes, l'atteinte à la santé n'est pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1), élément qu'en l'espèce, l'expert orthopédiste réfute de manière convaincante, sans qu'il en résulte une contradiction avec sa recommandation de requérir un nouvel avis spécialisé sur la meilleure façon de résoudre le problème d'occlusion (cf. expertise, p. 36). En outre, la chambre de céans ne voit pas pour quels motifs l'intimé aurait également dû mandater un expert dentiste dès lors que les rapports recueillis par l'intimé au cours de l'instruction médicale mettent principalement en exergue le lien entre les problèmes dentaires et les cervicalgies. Par ailleurs, il ne ressort d'aucun rapport versé au dossier, dû à la plume d'un médecin-dentiste, que les troubles dentaires de la recourante, qui sont incontestés, auraient une répercussion sur la capacité de travail de cette dernière. Enfin, même si une forme de handicap (mastication, élocution) liée aux problèmes dentaires ne saurait être niée au vu des pièces du dossier, il n'en demeure pas moins qu'il existe des éléments d'autolimitation et d'amplification à cet égard (cf. expertise, p. 21, dernier §), que la recourante confirme à sa façon dans son écriture du 10 juin 2020 en affirmant, d'une part, que « le fait de devoir parler entre mes dents - ou du moins ce qu'il en reste - pour conserver un semblant de dignité a pour résultat que je ne postillonne pas et ne prétends pas le faire, contrairement à ce qu'affirme le [...] SMR dans son avis médical du 27 avril [recte : 4 mai] 2020 » et, d'autre part, que « j'ai atteint un stade où je peux affirmer aller mieux [...] ». La recourante s'en prend également aux inexactitudes factuelles que comporterait, selon elle, l'expertise réalisée par la Dresse I_____. Force est de constater, tout d'abord, qu'il n'a pas échappé aux experts que certaines réponses dans les anamnèses différaient entre l'expertise psychiatrique et l'expertise orthopédique quant au nombre de cigarettes fumées, aux activités professionnelles, aux postes occupés à quelle date, etc. Cependant, les experts ont estimé d'un point de vue consensuel que ces différences n'avaient pas d'incidence sur leur appréciation de la capacité de travail (rapport d'expertise, p. 7), de sorte qu'on ne saurait ni leur reprocher un manque de diligence, ni mettre en doute la pertinence de leurs déductions. En outre, si tant est que le grief de la recourante soit fondé, les imprécisions que celle-ci prête à la Dresse I_____ dans la transcription des propos tenus apparaissent d'autant plus dénuées de portée véritable qu'aucune pièce médicale - ni même une déclaration de l'intéressée - ne contredit l'experte psychiatre quant à l'absence de trouble psychique incapacitant. La chambre de céans relève enfin que les aspects médicaux non soumis à l'appréciation des experts (tests sanguins, acrocyanose) ont été examinés de manière probante par le SMR sur la base des pièces produites. On rappellera à cet égard que les compétences dévolues légalement au SMR, qui consistent notamment à évaluer l'intégralité du dossier et à donner son avis sur les capacités fonctionnelles de la personne assurée, interviennent précisément dans un tel cas (art. 59 al. 2 bis LAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_906/2010 du 5 avril 2010 consid. 3.4.2 et les références). La cause étant suffisamment instruite et les explications données par la recourante bien circonstanciées, la chambre de céans se dispensera, par appréciation anticipée des preuves de fixer une audience de comparution personnelle des parties. 11. Il est ainsi établi, au degré de la

vraisemblance prépondérante, que la recourante ne souffre d'aucune atteinte à la santé invalidante, de sorte qu'elle ne peut prétendre à une rente d'invalidité. Son droit à une mesure d'ordre professionnel doit également être nié puisque son handicap ne l'empêche pas, d'un point de vue médical, d'exercer toute activité à plein temps, y compris la dernière en date (cf. art. 8 al. 1 let. a LAI). 12. Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté. La procédure n'étant plus gratuite depuis le 1^{er} juillet 2006 (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-. ***** 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.