

GE_GERICHTE A/98/2016 vom 25. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_98_2016

FR: GE_GERICHTE A/98/2016 du 25 août 2016

IT: GE_GERICHTE A/98/2016 del 25 agosto 2016

Erwägungen

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 asséurologique 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. Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il y a 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. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 8)!>[if> 11. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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, à ce motif, 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)!>[if> 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. A 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). 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. 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). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles

somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leur les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4). Un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 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 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). Ils 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 (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). 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. cc). 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. A 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). 12. 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). 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 319 consid. 5a).
13. a) 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 (Cst, RS 101; 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).
b) En l'espèce, l'intimé considère que la recourante ne présente ni limitation fonctionnelle, ni incapacité de travail, quelle que soit l'activité déployée. Il se base pour cela sur l'expertise du CEMed et les avis du SMR y relatifs, dont la recourante conteste la valeur probante.
En réalité, la recourante ne fait que substituer sa propre appréciation et celle de la Dresse B_____ à celles des Drs D_____ et E_____ du CEMed. Or, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).
En l'occurrence, l'expertise du CEMed est fondée sur un examen rhumatologique et de médecine interne du Dr D_____, un examen psychiatrique du Dr E_____ et sur une étude approfondie du dossier. Elle expose l'anamnèse de l'intéressée et tient compte de ses plaintes et des conclusions de la Dresse B_____. Contrairement à ce que soutient la recourante, les diagnostics retenus sont clairs et discutés en détails, et les conclusions motivées à satisfaction de droit. Les experts ont pris le soin de détailler leur analyse du cas dans les domaines de la médecine interne, de la rhumatologie et de la psychiatrie et d'expliquer pour quelles raisons ils ont retenu ou écarté des diagnostics. Leurs appréciations permettent de comprendre les troubles affectant la recourante et leur absence de conséquences sur sa capacité de travail. Compte tenu de ces éléments, force est de constater que l'expertise du CEMed doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Quant au rapport de la Dresse B_____ du 23 octobre 2012, outre le fait qu'il émane du médecin traitant de la recourante, ce dont il faut tenir compte, il est entaché d'un défaut de motivation. En effet, la Dresse B_____ se contente d'énumérer les diagnostics de polyarthrose (plus de dix ans), de discopathie L5/S1, d'état dépressif (2000) et de statut post

onze grossesses et d'évaluer la capacité de travail à 0% dans toute activité professionnelle et à 50% dans l'activité ménagère, sans fournir la moindre explication quant aux taux d'activité retenus ou aux éventuelles limitations fonctionnelles engendrées par les atteintes à la santé. En tout état de cause, le rapport de la Dresse B _____ n'apporte aucun élément objectif qui aurait été ignoré par les Drs D _____ et E _____. Or, le simple fait que ses conclusions diffèrent de celles des experts ne suffit pas pour remettre en cause l'expertise.

c) Dans le cadre de son opposition au projet de décision, puis de son recours, la recourante a reproché à l'intimé de s'être fondé sur ladite expertise, sans tenir compte de la dernière jurisprudence du Tribunal fédéral et des nouveaux indicateurs mis en place pour évaluer le caractère invalidant de syndromes du type troubles somatoformes douloureux. Dans ce contexte, l'intimé a requis l'avis du SMR, qui s'est prononcé à deux reprises sur le cas de la recourante. Dans son avis du 9 février 2016, le SMR a examiné en détail chacun des indicateurs mis en place par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral et est parvenu à la conclusion que les atteintes identifiées par les experts n'engendraient aucune incapacité de travail.

d) Il n'est pas contesté que la nouvelle jurisprudence doit trouver ici application dans la mesure où la procédure était pendante au moment où le Tribunal fédéral a rendu son arrêt de principe 9C_492/2014 du 3 juin 2015. Se pose dès lors la question de savoir si une expertise complémentaire psychiatrique est nécessaire. Tel ne sera pas le cas si l'expertise déjà rendue permet de déterminer si le trouble somatoforme douloureux est invalidant au regard des nouveaux critères jurisprudentiels. S'agissant de l'atteinte à la santé, les experts retiennent les diagnostics de dysthymie (2000), de syndrome douloureux somatoforme persistant (2006), sous forme de fibromyalgie, de cervicalgies et lombalgies communes sur modifications dégénératives modérées (1994), de périarthrite de la hanche gauche (2012), d'hypothyroïdie post thyroïdite de Hashimoto (2006) substituée, de colopathie fonctionnelle, de maladie de reflux et gastrite à Helicobacter (2006) et d'anémie ferriprive (2004). Le syndrome douloureux somatoforme persistant n'est pas contesté mais, selon les experts, il n'entraîne pas de limitations fonctionnelles, de sorte que la capacité de l'assurée à accomplir les tâches ménagères est préservée. En ce qui concerne le traitement, les experts constatent que la symptomatologie dépressive n'a nécessité ni prise en charge psychiatrique ni hospitalisation dans un hôpital psychiatrique. Le traitement antidépresseur a été prescrit à petite posologie et arrêté fin 2013. Selon le principe de la vraisemblance prépondérante et à défaut d'une médication et/ou d'un traitement spécifique, il convient de conclure à l'absence de gravité de la pathologie psychique, d'autant qu'à l'examen, les experts n'ont constaté qu'une dysthymie, soit une symptomatologie dépressive chronique atténuée par rapport à un trouble dépressif. En effet, ainsi, il convient de considérer que la recourante n'est pas entravée dans ses ressources pour surmonter les douleurs ressenties et tenir son ménage. Par ailleurs, les experts n'ont relevé aucun trait de personnalité pathologique, tant au niveau anamnestique qu'à l'examen psychiatrique. Légèrement dépressive, la recourante ne souffre ni de trouble cognitif, de déficit attentionnel, ni de ralentissement psychomoteur. Le contact avec les experts a été normal et sans ralentissement. L'assurée a été décrite comme orientée dans les quatre modes et sans trouble de la mémoire à court ou à long terme, son jugement et son raisonnement comme sans particularité. Ces éléments viennent corroborer le fait qu'elle dispose de ressources personnelles préservées. S'agissant du contexte social, les experts ont rappelé que la recourante a fui la guerre de Somalie en 1991, qu'elle est très peu scolarisée, sans formation et ne parle pas le français ; mariée à 17 ans, elle a eu onze enfants, dont un enfant lourdement handicapé, et vit repliée autour de son entourage familial. Cela étant, l'intéressée peut bénéficier de l'aide de ses enfants

valides et vivant encore au domicile familial - pour huit d'entre eux - pour effectuer les tâches ménagères les plus lourdes et les tâches administratives. S'ajoute à cela que son mari est à la retraite et qu'il est donc également disponible pour l'assister dans la tenue du ménage. L'environnement social de la recourante est ainsi plutôt positif et soutenant. S'agissant en particulier des tâches administratives, rien dans l'expertise, ni le dossier ne permet de conclure que l'atteinte à la santé de la recourante a eu une influence directe sur celles-ci. En effet, il est très probable, dans la mesure où la recourante ne parle pas le français, à l'inverse de ses enfants, nés et scolarisés en Suisse pour la plupart, que ceux-ci ont toujours, si ce n'est pris en charge, à tout le moins participé à l'exécution des tâches administratives, lesquelles nécessitent un niveau de français supérieur à celui de l'intéressée. Quant au poids de la souffrance de la recourante, force est de constater que ses plaintes plutôt prononcées contrastent avec les constatations objectives des experts, qui ont conclu à l'absence de limitations fonctionnelles. S'y ajoute le fait que la recourante ne prend ni antalgiques, ni antidépresseurs. En définitive, l'expertise du CEMed permet de confirmer, en application de la nouvelle jurisprudence, l'absence de caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux dont souffre la recourante, sans qu'un complément d'expertise ne soit nécessaire. On relèvera encore que l'avis du 9 février 2016 du SMR est cohérent avec l'analyse qui précède, et que la recourante se contente de le contester en substituant y sa propre appréciation et celle de la Dresse B _____. S'agissant du courrier du 1^{er} mars 2016 de la Dresse B _____, il convient de relever qu'il traite à plusieurs reprises du trouble somatoforme douloureux de manière théorique et non en lien avec la situation concrète de la recourante. Tel est notamment le cas lorsque le médecin traitant explique que le type de pathologie dont souffre la recourante ne répond souvent que peu aux antidépresseurs, ou que les douleurs ostéo-articulaires, y compris arthrosiques, décompensent souvent de manière plus importante que chez une personne sans fibromyalgie. De plus, la Dresse B _____ fait erreur lorsqu'elle soutient que l'expertise du CEMed retient que la symptomatologie douloureuse de la recourante l'empêche de s'acquitter de ses tâches ménagères. En effet, si le rapport d'expertise mentionne cet élément, c'est en lien avec les plaintes de la recourante et non avec des constatations objectives des experts. S'ajoute à cela que la Dresse B _____ admet que la famille de l'intéressée est présente pour la soutenir et l'assister. On précisera encore que les arguments et le ton employé par la Dresse B _____ dans la dernière partie de son courrier, dans laquelle elle reproche à l'assurance-invalidité un « découpage » des patients en diagnostics sans tenir compte de leur situation personnelle et une discrimination des femmes ayant eu beaucoup d'enfants, laisse transparaître une analyse peu objective du cas. Enfin, il convient de relever que le courrier en question n'apporte aucun élément objectif qui aurait été ignoré par l'expertise ou l'avis du SMR et qui permettrait de remettre en question leurs conclusions respectives. Par conséquent, la chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise du CEMed et des avis du SMR. Ces documents permettent de forger une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux. C'est donc à bon droit que l'intimé a rejeté la demande de prestation, faute de maladie justifiant une diminution de sa capacité de travail de longue durée ou des empêchements dans le ménage. 14. En dernier lieu, rappelons que la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre une enquête ménagère destinée à examiner quels sont les travaux habituels assumés par ses soins et son taux d'invalidité par rapport à ces tâches.

!]> Comme le relève à juste titre l'intimé, le CEMed et le SMR n'ayant retenu ni

atteinte invalidante, ni limitation fonctionnelle, une telle enquête n'a pas lieu d'être. En effet, le résultat de l'enquête aboutit à une évaluation des limitations fonctionnelles qui doit être appréciée par l'administration (et en cas de recours par le juge) à la lumière des conclusions du médecin relatives à l'incapacité de travail dans l'accomplissement des tâches ménagères (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3932/2013 du 4 mai 2015 consid. 7.3.2), de sorte que si le médecin arrive à la conclusion que l'assurée ne présente aucune incapacité de travail dans l'accomplissement des tâches ménagères, comme c'est le cas en l'espèce, l'enquête ménagère est inutile. 15. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 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.