

## **GE\_GERICHTE A/2846/2010 vom 20. Dezember 2010**

GE Cour de justice, 2010-12-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2846\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2846_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/2846/2010 du 20 décembre 2010

IT: GE\_GERICHTE A/2846/2010 del 20 dicembre 2010

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.12.2010  
A/2846/2010

A/2846/2010 ATAS/1315/2010 du 20.12.2010 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2846/2010 ATAS/1315/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 6 du 20 décembre 2010 En la cause Madame N\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marianne BOVAY recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame N\_\_\_\_\_, (ci-après l'assurée), née en 1971, d'origine portugaise, au bénéfice d'un permis C, mère d'une fille née en 1997, est arrivée en Suisse durant le mois de décembre 1990. Elle a travaillé à plein temps, dès le 11 janvier 1993, en qualité d'opératrice pour X\_\_\_\_\_, SA. Par courrier du 10 avril 2008, la Dresse A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a sollicité du médecin-conseil de X\_\_\_\_\_, SA que le poste occupé par l'assurée soit réévalué ou modifié. En effet, celle-ci présentait des douleurs sterno-costales gauches avec déformation et signes inflammatoires locaux, mises dans un premier temps sur le compte d'un syndrome de Tietze, toutefois, ces douleurs persistaient avec une déformation des jonctions 3-4-5 sterno-costales gauches. Les examens effectués par la suite évoquaient une dysfonction de type mécanique, avec un discret syndrome inflammatoire et une possible spondylarthropathie. Ainsi, comme son poste de travail exigeait que ses membres supérieurs soient toujours en position avant, cela lui provoquait des forces de charge très importantes sur la région douloureuse thoracique et l'empêchait d'exercer son activité de manière régulière. Le 24 juillet 2008, X\_\_\_\_\_, SA a communiqué à la détection précoce de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, actuellement OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI), que l'assurée présentait des périodes d'incapacité de travail depuis le 6 février 2006. Lors d'un entretien du 19 août 2008 avec un collaborateur de la détection précoce de l'OAI, l'assurée a déclaré qu'elle était régulièrement absente de son travail depuis le 6 février 2006, mais qu'elle avait repris son activité à 50% le 30 juillet 2008. Ses douleurs se situaient, depuis 2005, au niveau des côtes et remontaient dans le bras gauche, lequel était endormi. Elles étaient apparues depuis son changement de poste à l'assemblage, car elle devait travailler en position assise et penchée et faire des gestes répétitifs toute la journée. Son activité consistait, depuis deux ans, en l'essuyage et le contrôle de pièces. Elle n'arrivait plus à faire des mouvements des bras, surtout avec son bras gauche. Le 4 septembre 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, requérant l'octroi d'une rente. Par questionnaire du 22 septembre 2008, X\_\_\_\_\_, SA a indiqué que l'assurée travaillait à 50% depuis le 28 avril 2008 et que son salaire mensuel était de 5'378 fr. depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, avec une

participation à la prime de l'assurance-maladie de 190 fr. par mois. De plus, pour l'année 2008, les périodes d'incapacité de travail se déterminaient comme suit : 100% du 28 février au 9 mars et du 17 mars au 27 avril, 50% du 28 avril au 31 mai, 100% du 1<sup>er</sup> au 11 juin, 50% du 12 au 25 juin et du 30 juillet au 24 août, 100% du 25 août au 14 septembre et 50% depuis lors. L'employeur a également joint audit questionnaire les décomptes de salaire pour les années 2006 à 2008, desquels il ressort que son salaire annuel brut était de 73'995 fr. en 2006, de 76'444 fr. en 2007 et de 56'048 fr. 05 pour l'année 2008 (janvier à septembre 2008). Par rapport du 25 septembre 2008, la Dresse A\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de dysfonction sterno-costale des 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> côtes à gauche, diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le problème principal de l'assurée était « sa position au travail avec ses membres supérieurs devant elle, faisant bras de levier et rendant les douleurs parfois très importantes, ce qui entraîne des arrêts de travail répétés ». La capacité de travail de l'assurée dans sa profession actuelle était de 50%. Ses limitations fonctionnelles concernaient le fait de se pencher souvent, de travailler souvent avec les bras au-dessus de la tête, de porter des charges ainsi que la rotation répétitive du corps. Elle y a joint un rapport du Prof. B\_\_\_\_\_, médecin-chef auprès du Service de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), lequel a diagnostiqué des douleurs costo-sternales gauches d'origine indéterminée. Les investigations radiologiques n'avaient pas mis en évidence d'altération osseuse ni de manifestation inflammatoire locale. Bien que les examens sanguins montraient un discret syndrome inflammatoire, il n'y avait pas d'élément spécifique pour une maladie inflammatoire connue et les résultats des examens évoquaient en premier lieu une pathologie de type mécanique. Dans un rapport du 26 septembre 2008, le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne, a posé le diagnostic de tachycardie sinusale inappropriée, existante depuis 2005 et sans influence sur la capacité de travail. L'assurée souffrait de palpitations avec malaise sans perte de connaissance et ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : les activités uniquement en position debout ou principalement en marchant, la position accroupie ou à genoux et le fait de monter sur une échelle ou un échafaudage. Le Dr U\_\_\_\_\_, généraliste, a retenu, dans son rapport du 9 octobre 2008 à l'attention de l'OAI, un syndrome de Tietze existant depuis le mois de septembre 2005, ayant une répercussion sur sa capacité de travail, et une tachycardie sinusale. La capacité de travail était, d'après lui, entière pour autant que le travail effectué consiste en des manipulations légères, avec une diminution probable de rendement due à des absences motivées par une recrudescence des douleurs. Les activités devant être évitées étaient celles effectuées principalement en marchant, avec les bras au dessus de la tête ou encore avec des ports de charges de plus de 5 à 10 kilogrammes. Par avis du 17 octobre 2008, le Dr C\_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a constaté l'existence d'une possible dysfonction costo-sternale sans aucun élément médical relevant. Il n'y avait ainsi pas d'atteinte incapacitante au sens de l'AI. Par rapport d'évaluation du même jour, un employé de l'OAI a retranscrit un entretien avec l'assurée, qui s'était déroulé le 1<sup>er</sup> octobre 2008, et a conclu qu'au vu de l'avis du SMR, la mise sur pied d'une mesure n'était pas justifiée et qu'il était mis un terme au mandat d'intervention précoce. L'assurée lui a notamment expliqué qu'elle aimait son métier et qu'elle n'envisageait pas d'en changer, dans la mesure où elle s'y sentait valorisée, efficace et utile, toutefois, elle n'était actuellement pas capable d'exercer son activité à plein temps. Le 30 octobre 2008, l'OAI a signifié à l'assurée un projet de refus de prestations, attendu que son atteinte à la santé n'entraînait pas d'incapacité de travail de longue durée au sens de l'assurance-invalidité et que sa capacité

de travail était entière dans sa profession habituelle d'opératrice. Par courrier du 26 novembre 2008, l'assurée a contesté ledit projet de décision, requérant que l'OAI revoie sa position et qu'elle soit examinée par un médecin de l'AI. En effet, à certains moments, elle avait de très fortes douleurs du côté gauche, sur le bras et le thorax (sterno-costales gauches) et avait alors beaucoup de peine à respirer et bouger, de sorte qu'elle était totalement empêchée d'exercer son activité lucrative. De plus, ces douleurs la fatiguaient beaucoup et la gênaient dans sa vie privée. Elle a transmis à l'OAI un courrier du 18 novembre 2008 de la Dresse A\_\_\_\_\_, laquelle appuyait sa contestation. Ce médecin a attesté que l'assurée présentait des douleurs sterno-costales gauches suite à une chondrite à ce niveau, douleurs qui étaient en relation avec son activité professionnelle, qui nécessitait de garder les bras en avant et de faire le bras de levier toute la journée. En outre, ce poste de travail avait déjà été adapté, mais les symptômes persistaient, raison pour laquelle elle avait subi de multiples arrêts de travail et qu'elle ne pouvait pas reprendre son activité à plus de 50% depuis plusieurs mois. Le médecin a ainsi estimé que sa capacité de travail ne pouvait pas être considérée comme entière dans l'activité d'opératrice et a sollicité la mise en place d'une reconversion professionnelle et d'une éventuelle expertise médicale. L'OAI a alors mis en œuvre un examen rhumatologique auprès du SMR, lequel a été effectué, en date du 8 janvier 2009, par le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecin physique et rééducation, qui a rendu son rapport en date du 15 janvier 2009. L'examineur a retenu les diagnostics de douleurs sterno-costales gauches d'origine indéterminée et d'hémi-syndrome algique englobant la paroi thoracique gauche et le membre supérieur gauche d'origine indéterminée (syndrome douloureux somatoforme localisé), diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail et d'état anxio-dépressif avec des phénomènes de crises d'hyperventilation anamnestiques. L'assurée n'avait repris son activité lucrative qu'à 50% dès le 28 avril 2008, toutefois, les examens radiologiques et l'examen clinique n'avaient pas pu mettre en exergue une pathologie ostéoarticulaire significative et ne permettaient ainsi pas d'expliquer l'incapacité de travail et la persistance de la symptomatologie exposée. Les limitations fonctionnelles avaient été édictées eu égard aux plaintes de l'assurée, et concernaient le port de charges supérieures à 2.5 kilogrammes de façon répétitive au niveau du membre supérieur gauche et occasionnellement au-delà de 5 kilogrammes, l'activité en hauteur au-delà de 60° de façon répétitive du membre supérieur gauche ou occasionnellement au-delà de 90°, les mouvements de torsion-flexion au niveau du thorax à répétition contre résistance, la position statique assise prolongée au-delà d'une heure sans possibilité de varier les positions assise-debout au minimum une fois par heure, de préférence à la guise de l'assurée. Celle-ci présentait, d'après l'examineur, une entière capacité de travail théorique dans l'activité habituelle, sans diminution de rendement, depuis sa mise en incapacité de travail de 50% le 28 avril 2008, et dans toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a précisé que l'évaluation de la capacité de travail ne tenait pas compte de la composante non organique (syndrome somatoforme localisé), mais uniquement des atteintes à la santé objectives mises en évidence par les examens. En effet, la composante non organique n'était réputée invalidante qu'en présence d'une pathologie psychiatrique préexistante invalidante, d'une comorbidité d'ordre psychiatrique invalidante ou de signes de gravité. Dans un avis du 4 février 2009, le Dr C\_\_\_\_\_ a pris note des conclusions de l'examen rhumatologique et a retenu une entière capacité de travail dans l'activité habituelle, laquelle était adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, depuis le 28 avril 2008. Auparavant, il n'y avait pas d'incapacité de travail de longue durée médicalement attestée. Par décision du 12 février 2009, l'OAI a confirmé son

projet de refus de prestations du 30 octobre 2008. L'assurée n'ayant pas recouru contre cette décision, celle-ci est entrée en force. Par courrier du 7 septembre 2009, l'assurée représentée par un conseil, a informé l'OAI qu'elle avait tenté de reprendre son activité lucrative après réception de la décision du 12 février 2009, toutefois, après plusieurs mois d'activité, entrecoupés d'arrêts de travail, elle n'était plus en mesure de travailler et son médecin préconisait un arrêt de travail complet dès le mois de septembre 2009. Elle a joint à son courrier : - une nouvelle demande de prestations, par laquelle elle requérait l'octroi d'une rente d'invalidité et alléguait souffrir d'une tuméfaction à la hauteur des articulations sterno-costales de la 3<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> à gauche ; - un rapport du 5 juin 2009 de la Dresse A\_\_\_\_\_, attestant que depuis le mois de janvier 2008, les douleurs de l'assurée étaient toujours présentes et qu'elles étaient de plus en plus invalidantes, avec l'apparition d'autres symptômes respiratoires et cardiaques, pour lesquels tous les examens effectués jusqu'à présent étaient normaux. De nombreux traitements antalgiques avaient été essayés sans beaucoup d'effet et la physiothérapie n'avait été que partiellement efficace. En raison des douleurs à la cage thoracique, l'assurée avait des difficultés à rester longtemps dans une même position et à effectuer un travail répétitif avec les bras en avant ; - un rapport du 11 juin 2009 du Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a indiqué que l'assurée était suivie à sa consultation depuis le 19 janvier 2009, en raison d'un premier épisode dépressif avec trouble panique, diagnostics qui étaient apparus au cours d'un arrêt maladie pour des douleurs costo-sternales invalidantes. Aucun trouble psychique n'existait auparavant. Depuis le mois d'avril 2009, elle supportait un traitement antidépresseur avec une réponse satisfaisante sur le plan de la dépression et des attaques de panique. Le pronostic psychique était étroitement lié à l'évolution de sa maladie somatique et plus particulièrement à ses limitations somatiques. Dans un avis du 10 décembre 2009, un médecin du SMR a constaté que l'affection décrite par l'assurée en date du 8 septembre 2009 ne mettait pas en évidence d'éléments pour retenir une quelconque aggravation. Il s'agissait, d'après lui, d'un problème d'adaptation de la position au travail. Le 17 décembre 2009, l'OAI a signifié à l'assurée un projet de non entrée en matière sur sa demande de prestations, dans la mesure où aucun élément médical attestait d'une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 12 février 2009. Par courrier du 18 janvier 2010, l'assurée a contesté ledit projet de décision, invoquant que l'OAI n'avait pas tenu compte du rapport du Dr E\_\_\_\_\_, qui retenait de nouvelles atteintes psychiques. Elle sollicitait ainsi le réexamen de son dossier et l'octroi d'une rente. L'assurée a été soumise, en date du 5 mars 2010, à un examen psychiatrique, lequel a été effectué par la Dresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin au SMR. Dans son rapport du 12 mars 2010, elle a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique, diagnostic n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Dans le status psychiatrique, l'examinatrice a constaté que l'humeur était euthymique, qu'il n'existait pas d'adynamie, d'anhédonie, de perte de l'élan vital, de repli sur soi avec retrait social, de sentiment de culpabilité ou de persécution, d'idées suicidaires ou de signes florides de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Sur un plan anxieux, l'assurée décrivait une angoisse fluctuante qui n'avait pas été objectivée à l'examen clinique. Elle ne présentait pas non plus d'agoraphobie, de phobie sociale ou de claustrophobie. Anamnestiquement, elle avait présenté des crises d'angoisse dans le cadre d'attaques de panique réactionnelles à la douleur physique, à une fréquence de 2 à 3 fois par mois, toutefois elles étaient actuellement en rémission. Enfin, le médecin n'a pas mis en évidence de symptômes de la lignée

psychotique. L'assurée présentait, d'après elle, une nette amplification verbale de ses plaintes somatiques accompagnée d'un sentiment de détresse dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, toutefois, pendant une heure et demie d'entretien, elle n'avait pas montré de comportement antalgique ou d'autres signes de souffrance physique. Pour ce qui était de sa vie quotidienne actuelle, l'assurée sortait se promener tant le matin que dans l'après-midi, préparait les repas familiaux et effectuait les tâches ménagères, hormis l'aspirateur qui était assumé par son mari. De plus, elle voyait régulièrement ses amis et ses connaissances. L'examinatrice a retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant, lequel était caractérisé par la présence d'une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse non-expliqué entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés, par un clinicien, comme la cause essentielle du trouble. L'assurée présentait, d'après elle, une capacité de travail entière d'un point de vue psychiatrique dans toutes les activités lucratives. Par avis du 8 avril 2010, le Dr G \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a pris note du contenu du rapport de l'examinatrice psychiatre et a déterminé, conformément au rapport du Dr D \_\_\_\_\_, que la capacité de travail de l'assurée était nulle du 27 février au 27 avril 2008, date à laquelle elle était à nouveau entière dans toutes les activités lucratives adaptées à ses limitations fonctionnelles somatiques. Le 30 avril 2010, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 3 novembre 2009 de la Dresse H \_\_\_\_\_, responsable du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG), laquelle a retenu les diagnostics de douleurs thoraciques antérieures et postérieures sur probable dysfonction costo-vertébrale gauche et d'épisode dépressif modéré. D'un point de vue psychiatrique, son score sur l'index de dépression de Beck à 22 et sur celui de HAD étaient compatibles avec un état dépressif modéré. Le médecin a encouragé l'assurée à poursuivre son suivi psychiatrique et sa médication. Elle lui a également proposé de suivre un cours de thérapie cognitivo-comportementale. D'un point de vue somatique, l'examen clinique avait mis en évidence des douleurs à la palpation de la région thoracique antérieure gauche, en particulier des jonctions costo-sternales, une diminution globale de la force proximale du membre supérieur gauche, mais pas de limitation à la mobilisation active des membres supérieurs. L'anamnèse et le status évoquaient une douleur très mécanique avec une possible composante neurogène (allodynie mécanique et diminution de la sensibilité au froid D3-D5 à gauche). Ce tableau évoquait une dysfonction costo-vertébrale, probablement liée à une surcharge mécanique pendant de longues années au cours de l'activité professionnelle. L'état dépressif diminuait le seuil de tolérance à la douleur et les problèmes asséurologiques compliquaient la prise en charge. Enfin, le médecin a relevé, dans le cadre de l'anamnèse, que l'assurée avait nettement diminué son activité quotidienne, qu'elle arrivait certains jours à faire les repas, mais passait la majorité des journées allongée, à écouter de la musique et à regarder la télévision et ne sortait pas régulièrement. Par décision du 25 juin 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. En effet, son incapacité de travail avait duré moins d'une année, soit du 27 février au 27 avril 2008, date à laquelle sa capacité de travail était à nouveau entière dans l'activité habituelle, de sorte que les conditions d'octroi d'une rente n'étaient pas remplies. Le 24 août 2010, l'assurée, sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision précitée auprès du Tribunal de céans, sollicitant son annulation et l'octroi d'une rente d'invalidité, sous suite de dépens. Elle invoque en substance qu'elle était en incapacité de travail quasi-ininterrompue depuis le 28 février 2008, en raison de violentes

douleurs costales engendrant un état dépressif modéré, et qu'elle remplissait ainsi les conditions de l'art. 28 LAI. De plus, depuis la dernière décision, son état de santé s'était aggravé, au vu de l'augmentation de ses douleurs, de la fréquence de ses crises et de l'apparition d'un état dépressif moyen et de fièvre lors des crises douloureuses. Elle a notamment joint, à son recours, des certificats médicaux de la Dresse A \_\_\_\_\_, laquelle y a indiqué les diverses périodes d'incapacité de travail depuis le 29 août 2006. Il en résulte notamment des périodes d'incapacité de travail entre 50% et 100% quasiment ininterrompues depuis le 28 février 2008, étant précisé que l'incapacité de travail était totale du 21 août 2009 au 17 mai 2010 et de 50% depuis lors. Par réponse du 21 septembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a tout d'abord soutenu que les certificats produits à l'appui du recours attestaient uniquement d'arrêts de travail et qu'ils ne permettaient pas de prouver une atteinte durable à la santé. Par ailleurs, les conditions de la révision n'étaient pas remplies. En effet, la recourante ne souffrait d'aucune affection psychiatrique incapacitante et seul un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, sans comorbidité psychiatrique, avait été retenu, sans qu'il n'ait de répercussions sur la capacité de travail ni ne présente les aspects d'une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Partant, l'état de santé de la recourante ne s'était pas détérioré depuis la décision de refus de prestations du 12 février 2009. Sur requête du Tribunal de céans, la Dresse H \_\_\_\_\_ a expliqué, dans un rapport du 2 novembre 2010, que les douleurs neuropathiques étaient des douleurs consécutives à une lésion du système nerveux périphérique ou central. Le « questionnaire DN4 », annexé à son rapport, faisait suspecter une composante neurogène dans les douleurs de la recourante (score 6/10). Des tests QST (quantitative sensory testing), lesquels avaient été développés pour mieux évaluer les douleurs neurogènes, permettraient, d'après le médecin, de mieux définir les douleurs de la recourante, sans toutefois pouvoir déterminer avec exactitude leur degré de normalité. En ce qui concernait le syndrome douloureux, la Dresse H \_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle n'avait pas retenu ce diagnostic comme le SMR, car elle ne pouvait pas exclure une sensibilisation centrale chez la recourante. En effet, au début de la symptomatologie en 2005, celle-ci avait présenté des douleurs sterno-costales gauches avec des signes inflammatoires tant locaux que sanguins. Lors de douleurs aiguës, la sensation douloureuse était liée à l'intensité et à la durée des influx nociceptifs générés par l'atteinte tissulaire périphérique. Or, dans certaines situations, les lésions tissulaires périphériques pouvaient disparaître, mais une hypersensibilisation centrale liée à des modifications neuronales s'installait et persistait malgré la disparition des lésions périphériques conduisant à un déséquilibre des processus physiologiques nociceptifs et antinociceptifs. Ceci pouvait être le cas de la recourante qui présentait, lors de l'examen clinique, une allodynie en l'absence de tout signe inflammatoire. Par rapport du 8 novembre 2010, la Dresse A \_\_\_\_\_ a indiqué au Tribunal de céans que la recourante n'avait jamais été vue par un neurologue et qu'un bilan neurologique pouvait être utile, en l'absence de diagnostic précis concernant ses douleurs. En effet, ses douleurs étaient, au départ, d'origine mécanique, avec une tuméfaction d'une articulation sterno-costale, laquelle avait disparu, de sorte qu'il n'y avait plus d'explication ostéo-articulaire à ses douleurs. Le médecin a précisé que plusieurs IRM de la paroi thoracique avaient été effectuées, mais pas d'IRM cervico-dorsale. Si ces différents examens s'avéraient normaux, les conclusions du SMR seraient à envisager. Le 29 novembre 2010, la recourante a estimé, au vu des rapports des Dresses H \_\_\_\_\_ et A \_\_\_\_\_, qu'une expertise neuro-psychiatrique soit ordonnée. Elle a notamment soutenu que les douleurs intenses, dont elle souffrait,

provoquaient des troubles psychiatriques, qui n'étaient pas en rémission complète, dans la mesure où lors des crises, elle présentait des épisodes dépressifs et des troubles paniques récurrents. De plus, les crises douloureuses étaient invalidantes, car elles engendraient des incapacités de travail répétées, incompatibles avec un emploi. Par courrier du même jour, l'intimé a transmis au Tribunal de céans un avis du 22 novembre 2010 du Dr G \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, lequel a constaté que les deux derniers rapports des Dresses H \_\_\_\_\_ et A \_\_\_\_\_ ne permettaient pas de se prononcer de manière définitive, de sorte qu'il a proposé une instruction complémentaire sous la forme d'une IRM cervico-dorsale en dehors des HUG et d'un électroneuromyogramme du membre supérieur gauche, auprès du Dr I \_\_\_\_\_ par exemple. L'intimé a ainsi conclu à la mise en œuvre par le Tribunal de céans d'une instruction complémentaire, telle que proposée par le médecin du SMR. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA p.a.). La question litigieuse est de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente. 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). 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine ). 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. 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). 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. 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 125 V 352 ss consid. 3). En matière d'appréciation des preuves, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). c) Enfin, en vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (DTA 2001 p. 169). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses

douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 ). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in : *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 ). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F]*, 4 e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135). En l'espèce, l'intimé estime que la recourante était incapable de travailler du 27 février au 27 avril 2008, date à laquelle elle aurait recouvré une entière capacité de travail, ce que la recourante conteste. a) Sur le plan somatique, la recourante a été soumise, au mois de janvier 2009, à un examen rhumatologique par le Dr D\_\_\_\_\_ du SMR, lors duquel il a posé les diagnostics suivants : douleurs sterno-costales gauches d'origine indéterminée et hémisyndrome algique englobant la paroi thoracique gauche et le membre supérieur gauche d'origine indéterminée (syndrome douloureux somatoforme localisé), diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, et état anxio-dépressif avec phénomènes de crises d'hyperventilation anamnestiques. Les examens radiologiques et l'examen clinique n'avaient pas pu mettre en exergue de pathologie ostéoarticulaire significative et ne permettaient pas d'expliquer l'incapacité de travail et la persistance de la symptomatologie exposée par la recourante. Partant, d'après l'examinateur, la capacité de travail était entière depuis le 28 avril 2008 dans l'activité habituelle, laquelle était adaptée aux limitations fonctionnelles, lesquelles

concernaient les activités de charges avec le membre supérieur gauche, les mouvements avec le thorax et la position assise statique. Il sied de constater que ce rapport se fonde sur une anamnèse complète de la recourante, sur ses plaintes, sur les documents radiologiques ainsi que sur des examens complets. La description du contexte médical et l'appréciation médicale sont claires et non contradictoires et les conclusions suffisamment motivées. De plus, le contenu de ce rapport, singulièrement les diagnostics somatiques qui y sont exposés, les limitations fonctionnelles et l'absence d'altération osseuse de la recourante, sont en substance confirmés par les déclarations de la Dresse A\_\_\_\_\_. Par conséquent, le rapport rhumatologique présente valeur probante au sens de la jurisprudence et ses conclusions doivent être suivies. b) Sur le plan strictement neurologique, la Dresse H\_\_\_\_\_ a mis en exergue, dans ses rapports, que les troubles de la recourante pourraient avoir une origine neurogène, et a notamment fait référence à une allodynie mécanique et à une diminution de la sensibilité au froid D3-D5 à gauche. Elle a proposé que des tests QST (quantitative sensory testing) soient effectués. La Dresse A\_\_\_\_\_ a quant à elle estimé, dans son rapport du 8 novembre 2010, qu'un bilan neurologique pouvait être utile et qu'il y avait également lieu de procéder à une IRM cervico-dorsale. Enfin, le SMR a préconisé, dans son avis du 22 novembre 2010, une instruction complémentaire sous la forme d'une IRM cervico-dorsale et d'un électroneuromyogramme du membre supérieur gauche. Dès lors, au vu des rapports de ces médecins et de la volonté concordante des parties d'instruire plus avant l'éventuelle origine neurologique des troubles de la recourante, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une instruction complémentaire sur le volet neurologique. a) Sur le plan psychiatrique, la recourante a été examinée par la Dresse F\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, laquelle a retenu, dans son rapport du mois de mars 2010, un syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique, diagnostic n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. La recourante présentait ainsi une capacité de travail entière d'un point de vue psychiatrique dans toutes les activités lucratives. L'examinatrice a précisé qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant était caractérisé par la présence d'une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse non-expliqué entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés, par un clinicien, comme la cause essentielle du trouble. Le Tribunal de céans constate, à lecture du rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_, que les motifs lui permettant de conclure à l'existence d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne convainquent pas. En effet, on peine à comprendre pourquoi elle pose ce diagnostic dans le cas d'espèce, dans la mesure où elle se prononce uniquement en termes très généraux dans son appréciation du cas, en donnant la définition de ce diagnostic. Elle considère également que la symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, soit les crises d'angoisse avec attaque de panique, est en rémission complète, alors même qu'elle expose qu'il s'agit de l'une des conditions pour qu'un trouble douloureux somatoforme persistant puisse être retenu. Les raisons qui précèdent permettent de douter de la valeur probante des conclusions de l'examen de la Dresse F\_\_\_\_\_. b) Quoi qu'il en soit, bien qu'on ne puisse se fonder sur le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ pour déterminer les atteintes psychiatriques de la recourante et leur répercussion sur sa capacité de travail, force est de constater qu'aucun autre rapport médical ne met en exergue de diagnostic psychiatrique suffisamment sévère pour retenir une diminution de la capacité de travail de la recourante pour des motifs psychiatriques. En effet, le Dr E\_\_\_\_\_, lequel est le psychiatre

traitant de la recourante, a indiqué, durant le mois de juin 2009, que le traitement antidépresseur mis en place suite au premier épisode dépressif développé en janvier 2009 avait engendré une réponse satisfaisante sur le plan de la dépression et des attaques de panique. De plus, le médecin du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur a uniquement posé le diagnostic d'épisode dépressif modéré, lequel diminuait certes le seuil de tolérance de la recourante à la douleur, toutefois, le médecin n'a pas indiqué qu'il avait une répercussion sur sa capacité de travail. Qui plus est, un tel diagnostic psychiatrique ne constitue, en tout état de cause, pas une comorbidité psychiatrique grave et durable permettant de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux persistant. c) Au vu de ce qui précède, force est de constater que les troubles psychiques de la recourante ne sauraient, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, avoir une influence sur sa capacité de travail. Au vu de ce qui précède, la décision de l'OAI du 25 juin 2010 sera annulée et le recours partiellement admis, en ce sens que le dossier est renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants. Dans la mesure où la recourante obtient partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). De plus, l'émolument de justice, fixé à 500 fr., est mis à la charge de l'intimé, au vu de l'issue du litige (art. 69 1bis LPGA). PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement et annule la décision de l'OAI du 25 juin 2010. Renvoie le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants. Condamne l'OAI à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. au titre de dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OAI. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.