

GE_GERICHTE A/3148/2011 vom 24. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3148_2011

FR: GE_GERICHTE A/3148/2011 du 24 mai 2012

IT: GE_GERICHTE A/3148/2011 del 24 maggio 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 24.05.2012
A/3148/2011

A/3148/2011 ATAS/721/2012 du 24.05.2012 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3148/2011
ATAS/721/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 24 mai
2012 3 ème Chambre En la cause Madame O _____, domiciliée au Grand-Saconnex,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître David METZGER recourante
contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame O _____ (ci-après : l'assurée),
née en 1978, de nationalité turque, est arrivée en Suisse le 3 septembre 2003. Du 7 février
2005 au 13 mai 2009, elle a exercé l'activité de femme de chambre. Le 21 mai 2008,
l'assurée a chuté alors qu'elle traversait la rue sur un passage protégé. Ont alors été
diagnostiquées : une dorsalgie gauche, une contusion au coude gauche et une
contusion-entorse au poignet gauche. L'assurée a été incapable de travailler à 100% du 21
mai au 20 juillet 2008, puis à 50% du 21 juillet 2008 au 2 septembre 2008. Du 3 septembre
au 13 octobre 2008, l'assurée a travaillé à plein temps avant d'être à nouveau mise à l'arrêt
le 14 octobre 2008. Les suites de l'accident ont été prises en charge par
l'assureur-accidents : GENERALI ASSURANCES. Une imagerie par résonance
magnétique (IRM) du poignet gauche, effectuée le 19 juin 2008, n'a montré aucune lésion
de type fracture du scaphoïde, épanchement intra-articulaire ou lésion tendineuse. De
petites géodes ont toutefois été observées au niveau du grand os, ainsi qu'une irrégularité à
l'insertion du ligament triangulaire du carpe, à la limite de la normale. Dans un rapport du
14 novembre 2008, le Dr A _____, médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué une
tendinite du poignet gauche chronique entraînant une douleur persistante, tant à la
mobilisation qu'à la palpation du poignet. Se référant à un avis du Dr B _____,
spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 30 octobre 2008, le Dr A _____ a
préconisé une réorientation professionnelle. Le 2 avril 2009, l'assurée a déposé une
demande de mesures de réadaptation professionnelle auprès de l'OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OAI) en invoquant une tendinite du ligament
radio-carpien ainsi qu'une tendinite du tendon extenseur du pouce. Le cas de l'assurée a été
retenu dans le cadre du projet CII-MAMAC, un projet de coopération interinstitutionnelle
entre l'assurance-chômage, l'assurance-invalidité et l'aide sociale, devant permettre de
réinsérer rapidement sur le marché du travail les personnes présentant une problématique
complexe. Le 29 avril 2009, le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne et
médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL de l'assurance-invalidité (ci-après :
SMR) a relevé une discordance entre les plaintes de l'assurée et la capacité de travail
constatée par le médecin traitant et a préconisé une expertise rhumatologique auprès du Dr
D _____, spécialiste FMH en rhumatologie. Le 4 mai 2009, le Dr A _____ a

précisé que sa patiente était dans l'impossibilité de soulever des charges de plus de 3 kg mais qu'elle pouvait cependant exercer une activité à condition que celle-ci lui permette de ménager son poignet et sa main gauches. Le Dr D_____ a examiné l'assurée le 3 juin 2009 et rendu son rapport le 22 juin 2009, après avoir fait effectuer une IRM du poignet gauche qui a montré des kystes synoviaux intra-spongieux au sein du grand os, à moindre degré de l'os semi-lunaire ainsi qu'une formation ovalaire dans la face dorsale du scaphoïde carpien évoquant un kyste synovial. Sur la base de son examen clinique et de l'IRM effectuée à sa demande, l'expert a retenu le diagnostic de douleurs du poignet dues à un kyste synovial de la face dorsale du scaphoïde. Comme l'assurée se plaignait également de douleurs au coude et à l'épaule ainsi qu'aux trois premiers doigts de la main gauche, il a en outre évoqué un syndrome du tunnel carpien. L'examen clinique ayant mis en évidence une douleur en fin de flexion ou d'extension du poignet gauche, le Dr D_____ a considéré qu'il était très probable que ladite douleur soit la conséquence de la compression du kyste synovial lors des mouvements du poignet. Il a suggéré une ponction et une infiltration dudit kyste qui devraient permettre de le faire disparaître. Si les douleurs devaient persister, une électroneuromyographie (ENMG) pourrait être demandée afin d'exclure un syndrome du tunnel carpien. L'expert a émis l'avis qu'une fois le kyste ponctionné et infiltré, l'assurée devrait recouvrer une pleine capacité de travail dans toutes les professions, y compris dans celle de femme de chambre. Cela étant, au jour de l'examen, la capacité à exercer en tant que telle était encore nulle compte tenu des mouvements répétés de flexion ou d'extension du poignet qu'une telle activité implique. En revanche, toute activité adaptée correspondant au niveau de formation de l'assurée était exigible. Le 24 août 2009, le Dr C_____ a émis l'avis que la ponction du kyste et son infiltration sous échographie était une manœuvre thérapeutique exigible de l'assurée, ce dont l'OAI a informé l'assurée et son médecin traitant par courriers du 15 septembre 2009. Une échographie du poignet gauche réalisée le 22 septembre 2009 a mis en évidence une ténosynovite des tendons extenseurs coude-pouce et long abducteur du pouce au niveau de la première coulisse du poignet. La présence d'un petite kyste de 5 mm a également été confirmée. Le 7 octobre 2009, l'assurée a fait l'objet d'une cure de ténosynovite de « de Quervain » à gauche pratiquée au Centre de chirurgie et de thérapie de la main (CH8) par la Dresse E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 27 novembre 2009, la Dresse E_____ a posé le diagnostic de tendinite de « de Quervain » gauche. Elle a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail, une contusion de l'épaule et du coude ainsi qu'un kyste dorsal du poignet avec un début de tunnel carpien (TC). Les symptômes consistaient en une douleur à la cicatrice post-opératoire de la tendinite de « de Quervain » au poignet gauche. L'assurée mentionnait en outre des douleurs et fourmillements dans le territoire du nerf radial. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : impossibilité de travailler bras au-dessus de la tête ou de soulever des charges de plus de 5 kg. La Dresse E_____ a indiqué qu'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail. Le 17 décembre 2009, le Dr C_____ a émis l'avis qu'une reprise du travail pouvait être envisagée en janvier 2010 puisque l'opération de la tendinite de « de Quervain » s'était bien passée. Lors d'un entretien téléphonique du 26 janvier 2010, la Dresse E_____ a indiqué au Dr C_____ que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était difficilement compréhensible compte tenu du traumatisme mineur subi. Elle a conclu à une capacité de travail de 50% en janvier 2010, dont elle a estimé qu'elle devrait atteindre 100% le 1 er

février 2010. A la demande de l'assureur-accidents, une expertise médicale a été réalisée par le Dr F _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Du rapport établi le 16 mars 2010, il ressort notamment que l'assurée a été examinée par la Dresse G _____, spécialiste FMH en neurologie, qui a dit avoir constaté en novembre 2009 une hypoesthésie et une dysesthésie sur le dos de la main et la partie dorsale du pouce et de l'index ainsi qu'à la pulpe des trois premiers doigts à gauche. Il n'y avait ni amyotrophie ni signe évident de diminution de la force. L'examen ENMG avait mis en évidence une atteinte de la branche cutanée du nerf radial gauche située au niveau du poignet. Il existait également une discrète désynchronisation du potentiel sensitif du nerf médian gauche pouvant être le premier signe d'un syndrome du tunnel carpien débutant. Le Dr F _____ a, entre autres, posé les diagnostics suivants : syndrome du canal carpien gauche, remontant apparemment à 2007, modéré et débutant selon un rapport du neurologue 2009 et tendinite de « de Quervain », ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale le 7 octobre 2009. Il a également mentionné, en précisant qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, un syndrome douloureux post-traumatique non-systématisé du membre supérieur. L'expert a émis l'avis qu'aucun lien organique net ne pouvait expliquer le tableau douloureux au niveau du membre supérieur gauche et la limitation significative dans les activités de la vie courante. Il a en outre relevé une disproportion entre les plaintes de l'assurée et les restrictions fonctionnelles du membre supérieur, d'une part, et les données des examens clinique et paraclinique, d'autre part. Le Dr F _____ a suggéré un avis psychiatrique afin de préciser la nature du syndrome douloureux somatoforme et a indiqué qu'il lui était difficile de formuler un pronostic compte tenu de l'état de sinistrose post-traumatique présenté ainsi que du caractère répétitif, invalidant et rétif à la prise en charge des douleurs qui laissait présager un échec de toute tentative d'aide dans le futur. Le Dr F _____ a conclu à l'absence de toute raison médicale objective rendant la reprise partielle ou complète du travail impossible. En tout cas, il n'y avait selon lui aucun obstacle à la reprise d'une activité ménageant les membres supérieurs. Par décision du 31 mars 2010, confirmée sur opposition le 5 mai 2010, l'assureur-accidents a refusé de prendre en charge les suites de l'intervention du 7 octobre 2009, considérant que les troubles dont l'assurée se plaignait encore ne pouvaient être considérés comme consécutifs à l'accident du 21 mai 2008. Du 16 août au 15 septembre 2010, l'assurée a participé à un atelier d'évaluation auprès des ETABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTEGRATION (EPI), ordonnée par l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI, dans le cadre du projet CII-MAMAC. Il ressort du rapport établi à l'issue de ce stage que l'assurée a pu travailler en position assise ou debout statique de manière prolongée (une demie journée avec pause habituelle) sans manifester de douleurs liées au maintien de ces positions. Dans les activités manuelles d'assemblage sériel le permettant, l'intéressée a régulièrement alterné les mains en activité et a, par moments, utilisé sa main droite alors qu'elle est gauchère. Elle a effectué de courtes pauses pour soulager sa main gauche dans les travaux ou les exercices nécessitant notamment l'utilisation d'un crayon ou d'un stylo, la saisie de texte sur un support informatique ou encore le soudage de composants sur des circuits imprimés. A partir de la troisième semaine, l'assurée s'est présentée avec une attelle au niveau du poignet gauche. L'alternance des mains, les courtes pauses et le port d'une attelle ont permis à l'assurée d'effectuer l'ensemble des activités dans leur intégralité. Cela étant, malgré ces adaptations, l'assurée s'est plainte de douleurs dans l'ensemble des activités nécessitant une mobilisation répétée du poignet gauche. Ces douleurs étaient d'ailleurs parfois accompagnées d'un enfllement ou d'un échauffement, sous forme de

transpiration, du poignet gauche. L'assurée a également régulièrement fait état de douleurs durant les activités manuelles plus légères (conditionnement de crayons, exercices scolaires ou graphiques nécessitant l'utilisation de pinces). Elle n'a pas pu terminer l'activité de câblage. Les EPI ont constaté qu'en définitive, l'assurée avait pu répondre aux exigences de précision dans les activités manuelles de moyenne et petite amplitude avec des aides ponctuelles et malgré les limitations fonctionnelles. Par contre, elle n'avait pu suivre le rythme dans les activités manuelles sérielles. Compte tenu de ces constatations, deux pistes professionnelles ont été proposées : une activité d'opératrice en usine sur machine pré réglée (ne nécessitant pas de port de charges importantes) ou d'ouvrière dans le conditionnement léger. Un stage en entreprise était préconisé, qui a été mis en place dans le conditionnement léger (préformage de cartons et conditionnement de chocolats), que l'assurée a cependant interrompu dès le premier jour en raison de douleurs importantes au poignet. Il a alors été décidé de voir si un poste d'opératrice sur machines plus léger pourrait être mis en place. A la demande de l'OAI, l'assurée a été examinée, le 7 septembre 2010, par le Dr H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Elle a également effectué des tests psychométriques (tests d'HAMILTON et de BECK-21 ainsi que le Symptom check-list SCL-90R). A teneur du rapport établi le 12 novembre 2010, les diagnostics selon le DSM-IV-TR étaient les suivants : axe I : trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychiques et à une affection médicale générale (avec sursimulation) ; axe II : traits d'immaturation ; axe III : l'expert renvoie au spécialiste concerné et axe IV : pas de facteurs de stress aigu. Sur le plan psychopathologique, le Dr H_____ a considéré que l'assurée ne présentait aucun signe ou symptôme évoquant, même à minima, une pathologie psychiatrique. Il n'y avait en particulier pas d'éléments en faveur d'un trouble dépressif anxieux, de symptômes psychotiques ou de maladie de la dépendance, comme cela ressortait des tests psychométriques. De même en allait-il des arguments pour un trouble significatif de la personnalité atteignant le seuil diagnostique, seule une certaine immaturité allant de paire, a priori, avec la complaisance dont l'assurée faisait preuve face à ses difficultés. Le psychiatre s'étonnait tout de même de la situation dès lors que l'assurée, qui avait une attitude d'exclusion du poignet gauche, ne paraissait ni dolente ni limitée dans ses déplacements. Les douleurs de son poignet gauche ne s'inscrivaient pas dans une histoire personnelle difficile, sa vie familiale paraissant grandement satisfaisante. Il n'y avait pas non plus d'indices en faveur de difficultés économiques ou autres. Le Dr H_____ a relevé que le Dr F_____ avait certes évoqué un trouble douloureux mais qu'il n'avait pas exclu un trouble factice, voire des douleurs simulées, citant l'hypothèse d'un état de sinistrose post-traumatique. Le Dr H_____ a reconnu qu'il est toujours difficile de parler de simulation pure et simple. Cependant, il s'est dit perplexe devant la situation de l'assurée, au point de soupçonner une « sursimulation », se caractérisant par l'existence d'un fond pathologique réel exagéré pour les besoins de la cause. Le comportement passif, voire sinistrose de l'assurée, qui manifestement n'envisageait pas de pouvoir retravailler, lui donnait à penser qu'il y avait peu de chances qu'elle reprenne une activité professionnelle d'elle-même. La maladie semblait surinvestie dès lors qu'elle offrait de nombreux bénéfices secondaires. Un reclassement professionnel n'était dès lors pas indiqué. L'expert psychiatre a conclu à l'absence de tout motif psychiatrique justifiant une incapacité de travail. Le 18 novembre 2010, une scintigraphie osseuse a été effectuée, qui n'a révélé ni signe d'algoneurodystrophique, ni signe significatif d'hyperperfusion ou d'hypercaptation au niveau du poignet et de la main gauches. Dans un rapport établi le 26 janvier 2011, le Dr I_____, spécialiste FMH en

chirurgie de la main, qui a suivi l'assurée du 11 au 25 novembre 2010, a fait état d'une ténosynovite de « De Quervain » gauche et d'une irritation de la branche sensitive du nerf radial gauche. Le médecin a indiqué que l'examen clinique post-opératoire était rassurant et a émis l'avis que l'activité exercée précédemment était toujours exigible, à 50% dès le 26 janvier 2011, en augmentant progressivement. Seul le port des charges de plus de 5kg était à éviter. Dans un rapport du 3 février 2011, le Dr I_____, spécialiste FMH en médecine interne et en angiologie, a précisé que l'examen angiologique du membre supérieur gauche était normal. Pour le surplus, il a renvoyé aux rapports des Drs I_____ et A_____. En annexe à ce document figurait le compte-rendu de l'examen angiologique des membres supérieurs réalisé le 27 janvier 2011, qualifié de normal et symétrique, sans signe clinique d'une atteinte artérielle, avec des pressions artérielles digitales également normales et symétriques. Le Dr I_____ notait que les troubles décrits par l'assurée étaient complètement absents lors de l'examen. En guise de conclusion, il a considéré que la symptomatologie douloureuse semblait en rapport avec le syndrome du tunnel carpien et l'atteinte de la branche cutanée du nerf radial gauche déjà documentés. Dans un rapport intermédiaire du 11 mars 2011, le Dr A_____ a qualifié l'état de sa patiente de stationnaire. Selon lui, l'assurée était limitée par les douleurs ressenties à l'effort et totalement incapable d'assumer le poste occupé précédemment. Le médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de sa patiente à exercer une activité adaptée. La Dresse E_____ s'est, quant à elle, prononcée une nouvelle fois en date du 28 mars 2011 en indiquant que le status post cure de Quervain à gauche et l'irritation de la branche sensitive du nerf radial étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, dont elle a estimé qu'elle était parfaitement capable d'exercer son activité de femme de chambre, aucune limitation fonctionnelle, à l'exception du port de charges de plus de 10kg, n'étant à relever. Cela étant, une diminution de rendement de 20% était à prévoir. Le 13 mai 2011, le Dr C_____, du SMR, a émis l'avis qu'il convenait de favoriser l'avis du spécialiste en chirurgie de la main et de retenir avec ce dernier que l'activité de femme de ménage était exigible à 100% avec une baisse de rendement de 20% durant six mois vu la longue période d'inactivité. Dans toute autre activité, adaptée, c'est-à-dire n'impliquant pas de port de charges de plus de 10kg durant six mois, la capacité de travail était de 100%. Par décision du 6 septembre 2011, l'OAI a accordé à l'assurée une rente limitée à la période du 1^{er} octobre 2009 au 30 avril 2010 et lui a refusé l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Le 7 octobre 2011, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, à la mise en œuvre d'une expertise médicale multidisciplinaire psychiatrique, neurologique et rhumatologique et, principalement, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, subsidiairement, à celui d'une rente entière. La recourante reproche à l'intimé une instruction « lacunaire » et conteste les conclusions des Drs F_____ et H_____ ainsi que celles des Drs I_____ et E_____. Elle soutient qu'elle aurait dû pouvoir se prononcer sur le choix des experts et l'énoncé des questions posées à ces derniers. La recourante se plaint également d'une appréciation erronée des faits, alléguant qu'il ne peut être contesté qu'elle subit des atteintes à sa santé compte tenu des diagnostics posés. Enfin, s'agissant de sa capacité de travail, elle relève que les responsables des EPI ont constaté qu'elle se plaignait régulièrement de douleurs durant les activités manuelles, même légères, mais qu'elle avait montré un bon engagement. A l'appui de sa position, la recourante produit notamment le protocole opératoire de la cure de ténosynovite de « de Quervain » effectuée le 7 octobre 2008, un rapport du Dr J_____, spécialiste FMH en neurologie, du 3 mars 2011, qui nie l'existence d'un syndrome du

tunnel carpien et note l'absence d'origine neurogène aux douleurs du poignet gauche, ainsi qu'une attestation du Dr A_____ du 29 juillet 2011, dont il ressort que l'assurée souffre toujours de douleurs chroniques au niveau du poignet et de la main gauches, s'aggravant au moindre effort, y compris lors des tâches ménagères, et accompagnées de tuméfaction et transpiration profuse de la main. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 7 novembre 2011, a conclu au rejet du recours. Il soutient que les rapports d'expertise doivent se voir reconnaître pleine valeur probante. S'agissant du trouble douloureux, l'intimé se réfère à la jurisprudence rendue en la matière et relève, d'une part, que l'assurée ne souffre pas d'une comorbidité psychiatrique grave et, d'autre part, que les conditions cumulatives permettant de reconnaître au trouble un caractère invalidant ne sont pas réalisées. L'intimé fait remarquer que la recourante se base essentiellement sur les avis de son médecin généraliste, le Dr A_____, pour contester les avis des experts et spécialistes, lesquels concordent. Or, le Dr A_____ se limite à mettre en avant les douleurs alléguées par sa patiente, sans apporter d'éléments objectifs. Enfin, s'agissant du rapport des EPI, l'intimé rappelle le contexte de douleurs non explicables par des éléments objectifs - l'expert psychiatre faisant même état d'une sursimulation - et en tire la conclusion que les observations à l'issue du stage ne peuvent reposer sur une appréciation objective et concrète de l'état de santé. A l'appui de sa position, l'intimé invoque l'avis émis le 24 octobre 2011 par le SMR qui arrive à la conclusion qu'il faut considérer le cas sous l'angle d'un trouble douloureux, compte tenu de la présence de symptômes non explicables par une instruction fouillée et qu'en l'absence d'affection corporelle chronique en relation avec une pathologie connue, d'affection psychiatrique incapacitante, de perte de l'intégration sociale et d'état psychique cristallisé, les conditions permettant d'admettre une invalidité ne sont pas réunies. Par courrier du 8 novembre 2011, l'intimé a produit des documents concernant la reconnaissance, en Suisse, des diplômes français du Dr F_____. La recourante a répliqué le 9 décembre 2011 en persistant dans ses conclusions. Elle reproche à l'intimé de n'avoir pas investigué les raisons de l'enfllement, de la tuméfaction et de l'hyperhydrose de ses poignet et main gauches, alors que ces phénomènes, apparaissant à l'effort, ont été objectivés par les responsables des EPI ainsi que par le Dr A_____. Elle relève en outre que le Dr H_____ ne s'est pas exprimé sur les critères jurisprudentiels permettant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux. Selon elle, il appartient à l'expert, et non au SMR, de se prononcer sur ces critères. Pour le surplus, la recourante reprend les arguments déjà invoqués et fournit les certificats d'incapacité établis par le Dr A_____ pour les mois d'octobre à décembre 2011. Quant à l'intimé, il a également persisté dans ses conclusions par écriture du 5 janvier 2012. L'intimé fait remarquer qu'il a été expressément indiqué à la recourante, dans les courriers qui lui ont été adressés, qu'elle pouvait s'opposer au choix de l'expert. Il ajoute que le SMR s'est prononcé tant sur les troubles somatoformes douloureux que sur les gonflements invoqués par la recourante. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A 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. Toutefois, les

modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit jusqu'au 31 décembre 2011, puis en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur la question du droit de la recourante à des mesures d'ordre professionnel, subsidiairement sur celle de son droit à une rente entière au-delà du 30 avril 2010. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA). Selon l'art. 8 al. 1^{er} 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. 1bis LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas

allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assurée est invalide ou menacée d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1^{er} LAI). La condition de l'invalidité exprimée par l'art. 8 al. 1 LAI doit être interprétée au regard des art. 8 LPGA et 4 LAI et définie, compte tenu du contexte de réadaptation, en fonction de la mesure requise (cf. MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in: MURER/STAUFFER (édit.), Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Zurich 1997, p. 212). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt non publié 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b p110 et les arrêts cités), la question reste ouverte d'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt non publié 9C_464/2009 du 31 mai 2010). 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 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 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). 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 351 consid. 3). b) 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 Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). c) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 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, 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, 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, il y a lieu, dans un premier temps, de déterminer si la recourante a souffert sur le plan somatique d'une atteinte à la santé invalidante au-delà du 30 avril 2010. Pour ce faire, il convient d'abord d'examiner quelle valeur probante accorder aux rapports médicaux versés au dossier. a) A titre liminaire, la Cour de céans constate que le nom des experts D_____ et F_____ a été transmis à la recourante, qui disposait dès lors de la possibilité de les

récuser. En outre, lors de la réalisation des expertises précitées, la recourante ne disposait pas du droit de s'exprimer préalablement sur les questions posées à l'expert (voir ATF 133 V 446). En effet, l'ATF 137 V 210 , invoqué par la recourante, a été rendu le 11 juin 2011, soit postérieurement aux rapports litigieux. Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a opéré un changement dans la jurisprudence développée dans l'ATF 133 V 446 , tout en précisant que les offices de l'assurance-invalidité devraient, à l'avenir, soumettre les questions aux assurés en même temps que la décision incidente ordonnant une expertise. La nouvelle jurisprudence ne s'applique à l'évidence pas avec effet rétroactif de sorte que, lorsque les rapports litigieux ont été établis, la recourante ne disposait pas encore des droits de participation aujourd'hui reconnus. b/aa) Cela étant précisé, force est de constater que les experts mandatés par l'intimé ont relevé, dans des rapports répondant aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante, que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (voir expertises du Dr D_____ du 3 juin 2009 et du Dr F_____ du 16 mars 2010). Il en va de même des médecins traitants de la recourante (voir rapports du Dr A_____ des 14 novembre 2008 et 4 mai 2009 et du Dr K_____ du 26 janvier 2011). Par ailleurs, à l'exception du Dr D_____, les spécialistes consultés étaient tous d'avis que la recourante était capable d'exercer son activité habituelle, cependant avec des limitations fonctionnelles au niveau du port des charges et une diminution du rendement (voir rapports du Dr F_____ du 16 mars 2010, du Dr K_____ du 26 janvier 2011 et de la Dresse E_____ du 28 mars 2011). b/bb) Dans ce contexte, il y a lieu de relever que le Dr A_____ est le seul qui semble contester toute capacité de travail de sa patiente (voir rapport du 11 mars 2011). Cependant, cette appréciation n'est pas suffisante pour remettre en question les constatations des spécialistes précités étant donné que le médecin traitant se fonde sur les douleurs alléguées par sa patiente, sans pourtant préciser les motifs pour lesquelles celles-ci l'empêcheraient d'exercer son activité habituelle et a fortiori une activité adaptée. b/cc) Par conséquent, la Cour de céans ne peut que constater que, sur le plan somatique, l'assurée était totalement capable de travailler à tout le moins dans une activité adaptée ménageant ses membres supérieurs, et notamment sa main et son poignet gauches. C'est d'ailleurs également l'avis de la recourante qui sollicite des mesures d'ordre professionnel, qui ne peuvent en fin de compte être ordonnées qu'en cas de capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Par ailleurs, l'exercice d'une telle activité peut également être exigé en vertu de l'obligation de diminuer le dommage, principe selon lequel l'assuré doit entreprendre toutes les mesures raisonnablement exigibles de lui afin de réduire le dommage (ATF 129 V 460 , consid. 4.2; ATF U 323/04 du 30 août 2005, consid. 5.3.1) et notamment mettre à profit sa capacité de gain résiduelle en accomplissant une activité lucrative compatible avec son état de santé. Compte tenu des considérations qui précèdent, il y a lieu de retenir que la recourante disposait, sur le plan somatique, d'une capacité de travail entière à tout le moins dans une activité adaptée. Il convient à présent d'examiner l'existence d'une atteinte psychique incapacitante. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 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 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de

maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2) b/aa) 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). 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 (ATF 131 V 49 , consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 , consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. b/bb) 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 (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65 , consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). c/aa) En l'espèce, la Cour de céans constate, à titre liminaire, que le nom du

Dr H_____ a préalablement été soumis à la recourante, qui avait donc le loisir de le récuser. De plus, comme pour les Drs D_____ et F_____, la recourante ne disposait pas encore des droits de participation aujourd'hui reconnus. c/bb) S'agissant de la valeur probante du rapport du Dr H_____, force est de constater qu'il fait l'objet d'une étude circonstanciée des points litigieux. Il se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. Il est établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Quant aux conclusions, il convient de les qualifier de dûment motivées, le Dr H_____ expliquant notamment les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu certains diagnostics. Des tests psychiatriques ont en outre été effectués. Le rapport du 12 novembre 2010 répond ainsi aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Sur le fond, le Dr H_____ retient, par élimination, le diagnostic de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychiques et à une affection médicale générale (avec sursimulation). Il n'existait en outre aucun motif psychiatrique en faveur d'une incapacité de travail. En effet, sur le plan psychopathologique, ce praticien a considéré que la recourante ne présentait aucun signe ou symptôme évoquant, même a minima, une pathologie psychiatrique. Dès lors que la recourante ne fournit aucune appréciation médicale émanant d'un psychiatre permettant de remettre en question les conclusions auxquelles arrive le Dr H_____, il y a lieu de retenir ces dernières. En effet, la critique de l'assurée, selon laquelle il appartenait à l'expert et non au SMR et/ ou à l'intimé de se prononcer sur les critères de Meyer-Blaser n'est pas suffisante dès lors que ces critères ne doivent être examinés que lorsque le trouble douloureux entraîne une incapacité de travail, le but étant de déterminer si ladite incapacité peut être surmontée par un effort de volonté. Or, dans le cas d'espèce, le Dr H_____ a justement estimé que l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail sur le plan psychique, ce qui n'est en soi pas contesté par la recourante, de sorte qu'il n'avait aucune raison d'examiner les critères de Meyer-Blaser. c/cc) Par conséquent, le rapport du Dr H_____ dispose d'une pleine valeur probante et il convient donc de retenir que la recourante ne souffre d'aucune atteinte psychique incapacitante, ce qu'elle ne conteste d'ailleurs pas. Au vu des considérations qui précèdent, la Cour de céans ne peut que considérer que la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, la question de la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle pouvant ainsi rester ouverte. Cela étant précisé, la recourante estime qu'elle ne peut se prononcer sur la question de l'activité adaptée dès lors que l'intimé n'a pas investigué à satisfaction de droit la problématique de l'enfllement, de la tuméfaction et de hyperhidrose, notamment relevés dans le rapport des EPI. a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 28 al. 2 LAI), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les références). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des

circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références). b/aa) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). b/bb) En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4). c/aa) En l'espèce, il ressort notamment du rapport établi suite à l'évaluation métier au sein des EPI que la recourante a indiqué ressentir des douleurs dans l'ensemble des activités nécessitant une mobilisation répétée du poignet gauche, douleurs qui étaient parfois accompagnées d'un enflure ou d'un échauffement, sous forme de transpiration, du poignet gauche. Elle a également fait état de douleurs dans les activités manuelles plus légères, telles que conditionnement de crayons, exercices scolaires ou graphiques, nécessitant l'utilisation de pinces. Dans ce contexte, il y a lieu de retenir que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; ATF non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Par conséquent, il appartient à l'expert d'apprécier la capacité résiduelle de travail du patient sur la base de critères objectifs, notamment du dossier radiologique et de son examen clinique afin de déterminer si les plaintes de l'assuré concordent avec les observations médicales concluantes. Si tel n'est pas le cas, il est tout à fait cohérent qu'il ne retienne aucune incapacité de travail. Dans le cas d'espèce, les différentes investigations médicales effectuées n'ont pas permis d'expliquer objectivement les douleurs invoquées par la recourante. Ainsi, le Dr F _____ relevait une disproportion entre les plaintes

douloureuses alléguées et les restrictions fonctionnelles du membre supérieur gauche par rapport aux données de l'examen clinique et aux rapports d'examen paraclinique. Pour le Dr H _____, il pouvait être question d'une sursimulation, se caractérisant par l'existence d'un fond pathologique réel, qui n'est pas remis en question, exagéré pour les besoins de la cause. Par conséquent, les douleurs invoquées par la recourante ne sont pas prouvées par des observations médicales concluantes de sorte que les constatations faites dans le cadre de l'évaluation aux EPI ne peuvent être prises en considération. De plus, les questions des douleurs, de l'enfllement et de l'hyperhidrose ont été mentionnées par le Dr K _____ qui ne les a pas considérées comme étant incapacitantes (voir rapport du 26 janvier 2011). c/bb) La Cour de céans relève en outre que les responsables des EPI ont considéré que la recourante avait pu effectuer l'intégralité des activités confiées et qu'elle avait pu répondre, avec des aides ponctuelles, aux exigences de précision dans les activités manuelles de moyenne et petite amplitude malgré les limitations fonctionnelles mais non aux exigences habituelles en matière de rythme dans les activités sérielles. En outre, en fin de stage, les responsables des EPI ont suggéré un stage en entreprise, ce qui démontre à l'évidence qu'ils estimaient la recourante capable de travailler dans une activité adaptée. De plus, lorsque le stage en entreprise a été interrompu le premier jour en raison des douleurs de la recourante, les gestionnaires ont indiqué que l'OCE allait voir si une activité plus légère était possible. A nouveau, les gestionnaires semblaient d'avis qu'une activité adaptée plus légère pouvait être exigible de la recourante. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a fondé sa décision sur l'appréciation médicale des experts et non sur les constatations faites lors de l'évaluation aux EPI, constatations qui n'ont au demeurant pas été retenues par les responsables des EPI pour nier la capacité de travail de la recourante. c/cc) Il y a enfin lieu de rappeler qu'en cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4). Dès lors qu'il a été admis que la recourante est totalement capable de travailler dans une activité adaptée, il y a lieu de déterminer si et, dans l'affirmative, quelle(s) mesure(s) d'ordre professionnel entre(nt) en ligne de compte. A noter que selon l'art. 10 al. 2 LAI, nouvelle teneur dès le 1^{er} janvier 2008 (5^{ème} révision AI), le droit aux mesures d'ordre professionnel prend naissance dès qu'elles sont indiquées en raison de l'âge et de l'état de santé de l'assuré. En l'occurrence, il s'agit du moment où la recourante est à nouveau apte à travailler dans une activité adaptée, soit dès le mois de février 2010. En effet, c'est le lieu de rappeler que l'intimé a considéré que l'état de santé de la recourante s'était amélioré le 1^{er} février 2010 même s'il a été mis un terme au versement de la rente avec effet au 1^{er} mai 2010, compte tenu de l'art. 88 a RAI. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement 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 sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Par

ailleurs, comme mentionné précédemment, seule une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b p110 et les arrêts cités). Il convient ainsi d'examiner si la recourante subit une perte de gain de 20 % environ et, par conséquent, son degré d'invalidité, en procédant à une comparaison des revenus. Celle-ci s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b). a) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). b) Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb) et, pour tenir compte des circonstances, l'on procédera à un abattement. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 , consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, 123 V 150 consid. 2 et les références; Arrêt non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). Enfin, selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). a) En l'espèce, s'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du questionnaire rempli par l'employeur le 7 mai 2009, que le salaire de la recourante s'élevait à 44'850 fr. par année depuis le 1 er juillet 2006, 13 e salaire compris, pour un horaire hebdomadaire de 42 heures. b) La recourante n'a pas repris son activité lorsque la rente a été supprimée le 1 er mai 2010 de sorte que le revenu d'invalide doit être évalué sur la base

des données statistiques résultant de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. Selon les données statistiques, le revenu mensuel en 2010, pour une femme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 4) était de 4'286 fr. soit un montant annuel de 51'432 fr. Dans la mesure où ce montant représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, force est d'admettre que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations physiques éprouvées par le recourant, conformes aux aptitudes de celui-ci. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit également convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont adaptées au handicap de la recourante. Les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne dans les entreprises en 2010 (41.6 heures: La Vie économique, 1-2/2012, tableau B 9.2 p. 94). Par conséquent, en tenant compte d'une durée hebdomadaire de 41.6 heures, le salaire annuel brut s'élève à 53'489 fr. 30. Compte tenu des limitations fonctionnelles et de la jurisprudence en la matière, un abattement de 10% est justifié, de sorte que le salaire d'invalidité s'élève à 48'140 fr. 37. c) Au vu des considérations qui précèdent, il y a lieu de retenir que le degré d'invalidité de la recourante est nul, le salaire avec invalidité étant à l'évidence supérieur à celui sans invalidité. Par ailleurs, même si un abattement de 25% était retenu, ce qui est en l'état disproportionné compte tenu de l'âge de la recourante et de ses limitations fonctionnelles, le taux d'invalidité serait de 11% ($(44'850 - 40'117) / 44'850 \times 100 = 10,55\%$ arrondi au nombre entier le plus proche), soit largement inférieur aux 20% requis pour une mesure de reclassement de sorte qu'elle ne peut prétendre à une telle mesure. Il y a donc lieu d'examiner à présent si la recourante peut prétendre à une mesure d'orientation professionnelle. a) L'art. 15 LAI prévoit que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. Cette disposition suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt non publié 9C_882/2008 du 29 octobre 2009, consid. 5.1 et les références). L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29; voir également arrêt I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 203). Dans un arrêt non publié du 10 février 2011, le Tribunal fédéral a considéré que c'était à juste titre que l'OAI avait refusé de mettre un assuré, qui n'était plus en mesure d'exercer ses activités antérieures en raison de problèmes au dos, au bénéfice d'une orientation professionnelle. Notre Haute Cour a en effet considéré que compte tenu du caractère relativement anodin de l'atteinte à la santé, les propositions formulées par le service de réadaptation de l'office quant aux types d'activités que l'on pouvait raisonnablement exiger de la part de l'assuré étaient suffisantes pour qu'il puisse s'orienter seul sur le marché du travail. De manière plus générale, dans la mesure où celui-ci offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient, à l'évidence, adaptées aux limitations de l'assuré et accessibles sans aucune formation particulière, il

n'existait guère d'obstacles pour l'assuré à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé. Dans ces conditions, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité apparaissait superflue (arrêt non publié du Tribunal fédéral du 10 février 2011, 9C_534/2010, consid. 4). b) En l'espèce, force est de constater que les limitations retenues (pas de port de charges supérieures à 5 kg, voire 10 kg) sont peu importantes. Dès lors, dans la mesure où le marché de l'emploi offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont, à l'évidence, adaptées aux limitations précitées et accessibles sans aucune formation particulière, il n'y a guère d'obstacles pour le recourant à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé. Une éventuelle orientation professionnelle ressortit ainsi à l'assurance-chômage et non à l'assurance-invalidité. Reste encore à examiner si la recourante a droit à une aide au placement. a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la novelle du 6 octobre 2006 [5^{ème} révision de l'AI], en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi. b) Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4^e révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6; ATFA non publié I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux Arrêt non publiés I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références). Une telle mesure n'étant pas envisageable sans la pleine collaboration de l'assuré, qui doit entreprendre personnellement les démarches de recherche d'emplois étant donné son devoir de diminuer le dommage (cf. notamment ATF 123 V 230 consid. 3c et les références), la subordination d'un tel droit à une requête motivée est parfaitement fondée et correspond d'ailleurs à une pratique constante de tous les offices AI (Arrêt non publié 9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4). c) Selon la jurisprudence développée à propos de l'art. 18 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'admission du droit au service de placement est subordonnée aux conditions générales du droit aux prestations de l'AI; elle dépend notamment de l'existence d'une invalidité spécifique par rapport aux prestations entrant en ligne de compte (ATF du 19 août 2005, I 523/04, consid. 3.1). A ainsi droit au service de placement au sens de l'art. 18 al.1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail, telles que des aides visuelles, ou vis-à-vis de l'employeur (par exemple tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (ATF du 19 août 2005, I 510/04, consid. 3.1). Il n'y a en revanche pas d'invalidité au sens de l'art. 18 al. 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité (ATF du 13 février 2003, I 595/02, consid. 1.2). Par ailleurs, les

problèmes étrangers à l'invalidité, tels que le fait de ne pas savoir parler une des langues nationales, ne sont pas pris en considération lors de l'examen du droit à l'aide au placement (ATF du 15 juillet 2002, I 421/01, consid. 2c). Les arrêts précités ont certes été rendus sous l'empire de l'ancien droit, dans lequel l'art. 18 LAI avait une teneur différente mais ils demeurent valables après l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de l'AI (ATF du 1^{er} mars 2010, 9C_416/2009, consid. 5.2). d) En l'espèce, force est de constater que les éventuelles difficultés de la recourante pour trouver un emploi ne résultent pas du handicap lui-même, celui-ci imposant uniquement des limitations au niveau du port des charges. Ces limitations peuvent être qualifiées de légères et n'entravent pas la recourante dans sa recherche de travail. De plus, bon nombre d'activités n'impliquent pas de port de charges supérieures à 5 kg, voire 10 kg de sorte que la recourante n'a pas à expliquer ses limitations ou à négocier certains aménagements de la place de travail. Mal fondé, le recours sera rejeté. L'assistance juridique ayant été accordée pour le recours, la recourante est dispensée d'émolument. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. 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 Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK 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.