

GE_GERICHTE A/3445/2008 vom 26. November 2009

GE Cour de justice, 2009-11-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3445_2008

FR: GE_GERICHTE A/3445/2008 du 26 novembre 2009

IT: GE_GERICHTE A/3445/2008 del 26 novembre 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.11.2009
A/3445/2008

A/3445/2008 ATAS/1475/2009 du 26.11.2009 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 26.01.2010, rendu le 09.08.2010, REJETE, 9C_70/2010 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3445/2008 ATAS/1475/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 26 novembre 2009 En la cause Madame R_____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître REYMANN Bernard recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Le 30 janvier 1992, Madame R_____, née en 1968, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI), en raison des conséquences d'un accident survenu en décembre 1987, des nombreuses opérations qui s'en étaient suivies et d'une nouvelle entorse intervenue à la fin de l'année 1991. Le 7 juillet 1999, l'OCAI a rendu une décision accordant à l'assurée une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100% du 1er août 1994 au 30 septembre 1998. Cette décision a été annulée et le dossier réouvert pour instruction complémentaire par acte du 2 septembre 1999. Puis, le 25 septembre 2002, l'OCAI a rendu une décision identique à celle du 7 juillet 1999 (soit octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er août 1994 au 30 septembre 1998) sur la base des documents recueillis lors de l'instruction, au nombre desquels, notamment : - Un rapport d'expertise établi en mars 1994 par le Dr A_____, spécialiste en chirurgie, dont il ressortait qu'une chute survenue le 14 décembre 1987 avait eu pour conséquence une grave entorse de l'articulation du poignet droit, que l'assurée avait repris son activité professionnelle à 100% en février 1989, qu'en 1991, elle avait été victime de deux nouveaux accidents ayant eu pour conséquences une contusion cervicale et une entorse du poignet gauche, que l'évolution à gauche s'était révélée favorable, qu'en revanche, l'assurée avait continué de ressentir au niveau du poignet et de la main droits des douleurs, des crampes à l'effort, des pseudo-paralysies, des troubles de la sensibilité, des paresthésies, des douleurs dans la région de l'épitrôchlée avec décharges électriques dans les deux derniers doigts et que l'assurée se plaignait également de douleurs cervicales accompagnées de blocages et de tuméfaction de la musculature cervicale et du trapèze à droite. - Un rapport rédigé le 23 janvier 1995 par le Dr B_____, médecin-adjoint de l'unité de chirurgie de la main des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG), attestant d'une totale incapacité de travail depuis le 28 janvier 1994, mais émettant l'avis qu'une rééducation fonctionnelle permettrait la reprise d'un travail manuel léger. - Un nouveau rapport du Dr A_____, daté du 14 septembre 1995, dans lequel il relevait notamment qu'en raison d'une récurrence du syndrome cubital au coude droit, une nouvelle intervention avait été pratiquée qui avait eu d'excellents résultats, qu'il persistait toutefois d'importantes douleurs au niveau du poignet et de la main

droits, que le traitement du membre supérieur gauche avait pris fin le 11 novembre 1995, que l'assurée n'avait pas repris d'activité professionnelle depuis l'automne 1991 et que la situation ne semblait pas encore stabilisée en raison de la persistance des douleurs et de la continuation des investigations. Le Dr A _____ s'avouait convaincu de l'existence d'une discrète surcharge psychogène. Il concluait qu'une incapacité totale de travail dans la profession de secrétaire était toujours justifiée. - Un rapport établi le 27 février 1997 par le Dr C _____, chef de clinique adjoint auprès de la Division de rééducation et médecine physique des HUG, indiquant que l'assurée souffrait de cervicalgies, probablement en relation avec l'accident de la circulation survenu en 1991 et que les investigations complémentaires pratiquées allaient dans le sens d'une instabilité ligamentaire. - Un avis complémentaire du Dr C _____ daté du 7 avril 1997, précisant que les cervicalgies, présentes depuis 1991, tendaient à s'exacerber depuis 1996 et qu'elles apparaissaient en cas de position statique prolongée ou de tentatives de mouvements extrêmes de la tête. Le médecin avait noté une diminution de la mobilité cervicale dans toutes les directions et une musculature para-cervicale douloureuse à la palpation et contracturée. - Un rapport établi par le Dr B _____ relatant qu'en juin 1998, les plaintes se résumaient à un manque de force de la main droite associé à un engourdissement épisodique des 4ème et 5ème doigts, non gênant, qu'elle portait une attelle de poignet à cause d'un sentiment d'instabilité résiduelle de celui-ci, que la mobilité des deux poignets était symétrique, qu'en revanche, la force de serrage était diminuée de 2/5 à gauche et qu'enfin, le médecin avait noté une discrète limitation de la mobilité de la colonne cervicale, de l'épaule et du coude. - Un rapport d'expertise du Dr D _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, établi le 26 juin 1998, retenant le diagnostic de cervicalgies compliquées de céphalées occipito-temporales droites et de symptômes d'irritation du sympathique cervical postérieur (vertiges, nausées, irritation du globe oculaire, etc.) sur dysfonction cervico-occipitale C1-C2 droite et concluant qu'une incapacité de travail ne semblait pas justifiée. - Un avis rédigé par le Dr E _____, médecin-conseil de l'OCAI, après une conversation téléphonique avec le Dr D _____, estimant qu'un reclassement professionnel n'était pas nécessaire puisque l'évolution avait été favorable et il n'y avait plus de contre-indication à la reprise de l'activité de secrétaire, raisonnablement exigible depuis le mois de juin 1998. - Un avis émis le 14 décembre 1999 par le Dr B _____ estimant qu'il n'y avait plus, au niveau du nerf ulnaire et du membre supérieur droit, de pathologie justifiant une incapacité de travail mais soulignant que la patiente souffrait en revanche d'une instabilité de la colonne cervicale vraisemblablement à l'origine de ses plaintes. - Un avis émis le 10 mars 2000 par le Dr C _____ indiquant que la suspicion d'instabilité au niveau cervical n'avait pu être confirmée et que la diffusion progressive des douleurs durant les deux dernières années évoquait une possible fibromyalgie. - Un courrier adressé le 12 avril 2000 par le Dr B _____ à la Consultation de la douleur des HUG relatant notamment qu'en raison de la discrédance existant entre les résultats des examens para cliniques constamment négatifs et les plaintes aussi nombreuses que variées de la patiente, s'était posée la question de leur fiabilité et concluant, malgré une probable périarthrite scapulo-humérale droite, à une totale capacité de travail (cf. rapport médical intermédiaire du 22 mai 2000). - Un rapport établi le 16 octobre 2000 par le Dr F _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, précisant que sa patiente estimait être incapable de reprendre son travail depuis 1991. - Un rapport d'expertise établi le 15 novembre 2000 par le Dr G _____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main, lequel estimait, s'agissant des seuls diagnostics en relation de causalité avec l'accident de

1987 (soit le status après de multiples interventions chirurgicales au membre supérieur droit, l'état douloureux résiduel postopératoire et la limitation résiduelle modérée de la fonction de la main droite et le status après dislocation radio-cubitale distale), que la capacité résiduelle de travail dans la profession de vendeuse atteignait 100% (pour des tâches légères), 75% (pour des tâches moyennes) et 50% (pour des tâches plus lourdes); dans la profession de secrétaire/dactylo, l'expert évaluait la capacité de travail à 50%; enfin, en tant que réceptionniste - téléphoniste, il considérait que la capacité de travail était totale. L'expert soulignait en outre les bénéfices secondaires que l'assurée pouvait tirer de la situation, dont il estimait qu'ils se traduisaient, en termes médicaux, par une amplification de la symptomatologie. - Un certificat succinct établi le 28 mai 2002 par le Dr H _____, médecin traitant, concluant que sa patiente n'était pas en mesure de travailler en raison des séquelles de ses accidents (hémi-céphalées droites, cervicalgies, douleurs des épaules, mauvais contrôle des mouvements du bras droit) et d'un état anxieux et asthénique avec des périodes d'insomnies et d'épuisement. - Un avis du Dr F _____ mentionnant, en date du 31 juillet 2002, que l'assurée souffrait depuis un mois d'une lombalgie avec sciatique déficitaire L4 à droite et que le 10 juillet, elle avait été hospitalisée pour des céphalées violentes avec hémi-syndrome droit sur probable crise migraineuse. L'assurée ayant interjeté recours contre la décision de l'OCAI, en alléguant que sa santé, tant physique que morale, s'était péjorée, en particulier durant l'année 2003, avec la découverte d'une hernie discale, d'une scoliose et d'une arthrose, responsable de migraines, le Tribunal a entendu plusieurs témoins : - Le 13 juillet 2004, le Dr F _____ a précisé que le problème principal était constitué par les douleurs cervicales, auxquelles s'ajoutait en particulier un état migraineux, que, sur le plan purement somatique et fonctionnel, l'incapacité de travail était plutôt partielle et que c'était la souffrance globale qui conduisait à l'incapacité totale, qu'à son avis, la fibromyalgie soupçonnée par le Dr B _____ ne pouvait pas être retenue, au contraire du diagnostic de troubles somatoformes douloureux, que le poignet droit de l'assurée fonctionnait à peu près bien, mais restait douloureux et ne permettait ni gros efforts, de port de charges ni mouvements répétés, que la marche trop prolongée était aussi à déconseiller, que la position assise était difficile à conserver huit heures par jour et enfin, qu'il n'était pas exclu que l'assurée puisse faire de la dactylographie, mais pas toute la journée et que le métier de téléphoniste semblait adapté. - Le 7 décembre 2004, le Dr H _____, médecin traitant de l'assurée depuis 1997, a indiqué lui prescrire de temps à autre une médication pour ses douleurs et plaintes articulaires, ainsi que des anxiolytiques en raison d'une fragilité psychologique exacerbée par moments et aggravée sensiblement depuis une année environ. Le témoin a ajouté que cette fragilité avait d'ailleurs motivé la consultation d'un psychiatre. Il a précisé que selon lui, l'assurée était trop handicapée par ses douleurs, les accidents subis et ses multiples opérations pour véritablement travailler. Le manque de résistance qui découlait de ces différents événements l'empêchait d'être opérationnelle dans quelque domaine d'activité. Une capacité de travail entière en tant que téléphoniste lui paraissait totalement illusoire, de même que la possibilité de reprendre, à moyen terme, une activité rentable. - Le 7 décembre 2004, le Dr I _____, spécialiste en psychiatrie, a confirmé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique posé dans son rapport du 21 septembre 2004. Il a estimé que cet état s'était installé depuis au moins un an et était le résultat d'une évolution progressive. Les tests auxquels il avait procédé montraient la sévérité de la maladie, qui était indépendante et ne constituait pas un état réactionnel; elle avait pour conséquence une totale incapacité de travail, même l'éducation des enfants devant être

déléguée. Moyennant thérapie, la capacité de travail devait pouvoir être récupérée dans un délai de six mois à une année. Toutefois, en raison de circonstances familiales exigeant la présence physique de l'assurée, la thérapie ne pouvait pas avoir lieu de façon continue. Par jugement du 9 février 2005, le Tribunal cantonal des assurances sociales a annulé la décision du 25 septembre 2002 et renvoyé la cause à l'OCAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. Les Drs J_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, K_____, spécialiste en psychiatrie, et L_____, spécialiste en rhumatologie, de la Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après : la CRR), ont rendu leur rapport d'expertise le 16 janvier 2006. Les experts ont retenu à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : un syndrome cervical chronique sur status après distorsion cervicale en 1991 (M54.2), un status après de multiples interventions chirurgicales au niveau de l'avant-bras et du poignet droit avec algies résiduelles (M79.2) et des lombalgies mécaniques (M54.5). Ils y ont ajouté, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un trouble somatoforme douloureux chronique (F45.4) chez une personnalité limite inférieure (de type névrose de caractère F69.9) et un syndrome de dépendance médicamenteuse (F19.25) et alcoolique actuellement abstinent (F10.20). Les experts ont estimé que, dans une activité adaptée, permettant l'alternance des positions assise et debout, sans port de charges et sans activités lourdes et répétitives du membre supérieur droit (travail administratif), une capacité de travail entière était exigible. Par décision du 1er juin 2006, l'OCAI a confirmé la limitation du droit à la rente au 30 septembre 1998. L'assurée a formé opposition à cette décision en requérant l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% minimum. Elle a produit à l'appui de ses allégations deux certificats médicaux : - Le premier, du Dr H_____, faisait état d'une amélioration datant de quelques mois au niveau psychologique, parallèlement à l'arrêt de l'alcoolisation. Le médecin, vu la persistance des déficits fonctionnels sévères en raison des douleurs cervico-brachiales proposait de tenter une reprise d'activité à 50%. Il se déclarait surpris par le fait que les experts, après avoir admis des limitations somatiques et psychiques somme toute sévères, aient conclu à une capacité de travail entière. - Le Dr F_____ en date du 23 juin 2006, déclarait approuver l'analyse sérieuse et approfondie de la situation à laquelle avaient procédé les experts de la CRR. Il ajoutait que, comme l'avait souligné la psychiatre, il lui paraissait difficilement envisageable que l'assurée reprenne une activité professionnelle qui serait de toute façon difficile en raison de la persistance des douleurs. Selon lui, sa patiente devait se voir allouer une demi-rente d'invalidité. Le 26 septembre 2006, le conseil de l'assurée a informé l'OCAI que cette dernière avait été victime d'un nouvel accident de la circulation en date du 11 juillet 2006. Le Dr H_____, dans un bref certificat médical daté du 4 septembre 2006, avait constaté des hématomes étendus sur tout le corps, des œdèmes multiples, des douleurs généralisées, une nuque bloquée avec impotence fonctionnelle du rachis, une fracture du nez, une épaule droite gelée, une forte gêne fonctionnelle au niveau de l'épaule gauche, une contusion des chevilles et une boiterie. Le médecin avait observé l'attitude figée de la partie supérieure du corps, le fait que les mouvements latéraux de la colonne cervicale étaient limités à 30° avec une extension et une flexion quasi nulles, des mouvements de l'épaule droite limités à 45°, un rachis diffusément douloureux, une cheville droite oedématiée, avec limitation douloureuse de tout mouvement. Il a expliqué que l'accident avait consisté en une collision violente, la voiture dont l'assurée était passagère ayant été projetée contre un mur puis heurtée à nouveau. Le Dr F_____, dans un rapport du 11 janvier 2007, a ajouté aux diagnostics précédemment retenus des cervicalgies exacerbées depuis l'accident et une

épaule droite bloquée depuis lors. Il a attesté d'une totale incapacité de travail. Le médecin a indiqué que l'accident avait provoqué une aggravation brutale des cervicalgies, des lombalgies et des douleurs brachiales droites, surtout au niveau de l'épaule droite, mais qu'après six mois de traitement de physiothérapie, les lombo-sciatalgies s'étaient calmées, revenant à la situation que la patiente connaissait avant l'accident. En revanche, l'assurée se plaignait toujours de cervicalgies importantes, nettement aggravées par l'accident, et de troubles fonctionnels douloureux handicapants de l'épaule droite. Objectivement, le Dr F_____ disait avoir constaté au niveau dorsolombaire une mobilité globalement diminuée, sans raideur, ni contracture, au niveau du rachis cervical, une extension et une flexion très limitées, une rotation limitée à 40° des deux côtés et au niveau de l'épaule droite, une mobilisation douloureuse, une abduction limitée à 40° et une anté-pulsion à 60°. L'IRM de l'épaule droite n'avait montré aucune anomalie notable, hormis des signes d'une ébauche d'homarthrose, et une arthrose acromio-claviculaire discrète. Aucune lésion musculaire ou tendineuse n'avait été mise en évidence. Le médecin a indiqué qu'il craignait la persistance de troubles fonctionnels douloureux aux niveaux du rachis cervical et de l'épaule droite. Dans un rapport daté du 24 mars 2007, le Dr H_____ a quant à lui fait état d'une épaule droite gelée, d'un syndrome vertébral cervico-dorso-lombaire, de sciatalgies droites et d'un status post-multiples opérations aux deux membres supérieurs. Il a conclu à une incapacité totale de travail du 11 juillet 2006 au 25 mars 2007, puis de 50 % à compter du 26 mars 2007. Il a cependant précisé qu'une reprise du travail à 50% telle qu'envisagée par sa patiente lui semblait difficilement possible, en raison des limitations poly-articulaires et surtout des graves limitations rencontrées au niveau du bras droit, dont il a précisé qu'il était fortement limité dans tous les mouvements. Par décision sur opposition du 15 mars 2007, l'OCAI a confirmé sa décision du 1^{er} juin 2006. Comparant le revenu qu'aurait réalisé l'assurée sans invalidité en 1998, soit 44'070 fr. (montant fixé sur la base des salaires statistiques [Enquête suisse sur la structure des salaires 1998, ci-après : ESS] TA1, pour une femme exerçant une activité dans le domaine des services avec un niveau de qualification 4 et adapté à l'horaire de travail dans les entreprises en 1998) à celui qu'elle aurait pu obtenir la même année malgré l'atteinte à sa santé, soit 39'652 fr. (salaire également fondé sur les données statistiques [ESS 1998, TA1, toutes activités dans les domaines de la production et des services, niveau de qualification 4, pour une femme], après adaptation à l'horaire de travail dans les entreprises en 1998 et prise en compte d'une réduction supplémentaire de 10%), l'OCAI a fixé le degré d'invalidité à 10% dès le 1^{er} octobre 1998. Il a précisé que l'aggravation annoncée sous la forme d'un nouvel accident intervenu le 11 juillet 2006 ferait l'objet d'une procédure de révision séparée. Le 24 janvier 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales, saisi d'un nouveau recours de l'assurée, a rendu un arrêt confirmant la décision sur opposition du 15 mars 2007 (ATAS/81/2008). Le Tribunal a considéré que le seul rapport médical pouvant se voir reconnaître pleine valeur probante était celui des experts de la CRR, dont les constatations étaient d'ailleurs corroborées par celles de la quasi-totalité des autres praticiens ayant eu à se prononcer sur le cas de l'assurée. Le Tribunal a ainsi retenu que les experts avaient conclu à l'absence d'influence du trouble somatoforme douloureux sur la capacité de travail de l'assurée, dont il a estimé qu'elle disposait depuis juin 1998 d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Le 30 avril 2008, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il ressortait que, s'agissant de l'accident survenu en juillet 2006, il envisageait de lui nier le droit à toute prestation au motif que son état était revenu à ce qu'il était en mars 2006, ce qui équivalait à un degré d'invalidité de 10%, insuffisant pour ouvrir droit à une

rente ou à des mesures professionnelles. L'OCAI ajoutait cependant qu'il était disposé à examiner le droit à une aide au placement. L'assurée ayant fait part de son étonnement de ne pas avoir été réexaminée par le SMR, un examen a été mis sur pied auprès du Dr M _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, qui a rendu son rapport en date du 28 juillet 2008. Ce médecin a relevé que le rapport rédigé suite aux examens radiologiques pratiqués en Italie retenait le diagnostic de distorsion du rachis cervical et de contusion de l'épaule droite mais indiquait également qu'aucune lésion osseuse de nature traumatique n'avait été mise en évidence. Cette absence de lésion et de contusion osseuse avait d'ailleurs été confirmée par l'IRM pratiquée à la demande du Dr F _____ en date du 15 décembre 2006 puisque le Dr N _____ n'avait relevé qu'une ébauche d'homarthrose et une discrète arthrose acromio-claviculaire, mais ni lésion des tendons de la coiffe des rotateurs ni signe de contusion osseuse. Cependant, depuis l'accident, l'épaule droite restait douloureuse et n'avait pas récupéré sa mobilité complète. Quant aux douleurs cervicales, elles avaient augmenté d'intensité. Des douleurs au niveau de la cheville droite étaient apparues. Le Dr M _____ a retenu à titre de diagnostics des cervico-brachialgies droites chroniques, un status après probable distorsion cervicale en 1991, des séquelles de capsulite rétractile de l'épaule droite, un status après multiples interventions chirurgicales de l'avant-bras et du poignet droits avec douleurs résiduelles, des lombo-sciatalgies chroniques à droite sans trouble neurologique moteur. Il y a ajouté celui de syndrome de dépendance médicamenteuse et alcoolique désormais en rémission et donc sans répercussion sur le capacité de travail. Le médecin a expliqué que, suite au dernier accident dont elle avait été victime, l'assurée avait développé une capsulite rétractile de l'épaule droite ; les douleurs lombaires et cervicales avaient été exacerbées et malgré une multitude de traitements conservateurs, les douleurs de l'épaule droite et une limitation de la mobilité persistaient. Le Dr M _____ a convenu que l'événement de juillet 2006 était à l'origine de limitations fonctionnelles additionnelles. Il a cependant estimé que l'assurée pouvait exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire de type administratif lui permettant d'alterner les positions assise et debout à sa guise, d'éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, le port de charges et les activités répétées du membre supérieur droit. En raison de la capsulite rétractile de l'épaule droite, le médecin a préconisé d'éviter les mouvements de celle-ci au-dessus de l'horizontale. Il s'est déclaré frappé par l'importante discordance entre les plaintes évoquées et l'examen clinique, qu'il a qualifié de rassurant. Il a ajouté qu'il ne voyait aucune raison de diminuer la capacité dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles et a conclu à une capacité de 50 % dans le poste de secrétaire et de 100 % dans une activité adaptée. Ce rapport a été soumis à la Dresse O _____, du SMR, qui a considéré que l'exacerbation des douleurs lombaires et cervicales avait entraîné des limitations fonctionnelles additionnelles et une incapacité de travail totale durant quelques mois, soit jusqu'à fin décembre 2006, date à laquelle avait été pratiquée l'IRM de l'épaule. Par décision du 26 août 2008, l'OCAI a nié tout droit aux prestations à l'assurée suite au nouvel accident dont cette dernière avait été victime le 11 juillet 2006. L'OCAI a admis que l'assurée avait été dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité du 11 juillet au 31 décembre 2006, mais il a estimé qu'à compter du 1er janvier 2007, elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, lequel était alors redevenu identique à ce qu'il était en mars 2006, étant rappelé qu'il équivalait alors à un degré d'invalidité de 10%. L'OCAI a relevé que ce degré d'invalidité, s'il était insuffisant pour ouvrir droit à des mesures professionnelles, permettait cependant, si cela s'avérait nécessaire à l'assurée, de bénéficier de l'aide de son service de

placement, à condition qu'elle en fasse la demande et participe activement aux mesures proposées. Par écriture du 23 septembre 2008, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à ce que lui soit accordée une demi-rente au moins à compter du 11 juillet 2006 et sans limitation dans le temps. La recourante rappelle qu'elle a été victime d'un grave accident de la circulation en date du 11 juillet 2006, qui a entraîné les séquelles principales suivantes : épaule droite gelée avec impossibilité de lever le bras, aggravation de l'arthrose de l'épaule droite, nuque coincée et douleurs de l'omoplate droite. Elle estime que ces séquelles aggravent son état antérieur et entraînent une invalidité d'un degré suffisant pour lui ouvrir droit à une rente. Par écriture du 22 décembre 2008, l'assurée a complété son recours et modifié ses conclusions en ce sens qu'elle demande l'octroi d'une demi-rente à compter du 1er janvier 2007 – et non plus du 11 juillet 2006 -, subsidiairement, l'octroi d'un quart de rente dès le 1er janvier 2007. L'assurée reproche à l'OCAI de n'avoir tenu aucun compte des rapports de ses deux médecins-traitants, les Drs F _____ et H _____, dont les conclusions sont pourtant radicalement opposées à celles du Dr M _____, puisque le Dr H _____ conclut à une incapacité de travail de 50%, tout en émettant de sérieux doutes quant à la réelle possibilité de sa patiente d'assumer une telle activité, et que le Dr F _____ conclut à une capacité de 50% dans un travail de bureau ou de réceptionniste. La recourante s'étonne que le Dr M _____, après avoir admis que l'accident était à l'origine de limitations fonctionnelles additionnelles graves, ait conclu qu'elle peut exercer un travail adapté, dont elle lui reproche de n'avoir pas indiqué en quoi il pourrait consister exactement. Selon elle, l'activité décrite comme adaptée à son état n'existe tout simplement pas. La recourante demande dès lors qu'une réduction supplémentaire de 25% soit appliquée à son revenu hypothétique d'invalidé pour tenir compte de son âge et du fait qu'elle a peu de chances de retrouver une quelconque activité en raison de l'ampleur et de l'ancienneté des facteurs extra-médicaux présents (déconditionnement physique et psychique de quinze ans pour une femme qui n'a jamais été réellement insérée dans le monde du travail, limitation des capacités adaptatives lors de stress émotionnels). Cela devrait lui donner en tout cas droit à un quart d'invalidité. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 14 janvier 2009, a conclu au rejet du recours. Il soutient que le rapport du Dr M _____ et celui de la Dresse O _____, du SMR, répondent aux conditions pour se voir accorder pleine valeur probante et doivent se voir accorder plus de poids que les avis des médecins traitants. L'OCAI souligne que dans son jugement précédent, le Tribunal avait déjà considéré qu'au regard du large éventail d'activités non qualifiées recouvrées par les secteurs de la production et des services, on devait convenir qu'un nombre significatif était adapté au handicap de la recourante. Il maintient que l'état de santé de la recourante est désormais le même que celui qui a donné lieu à la décision précédente et qu'il équivaut donc à un degré d'invalidité de 10%. Par écriture complémentaire du 11 février 2009, l'OCAI a maintenu sa position. Quant à la recourante, par écriture du 5 février 2009, elle a également persisté dans ses conclusions. Les Drs F _____ et H _____ ont été entendus par le Tribunal de céans en date du 13 août 2009. Le Dr F _____ a indiqué qu'il partageait presque toutes les conclusions du Dr M _____, à l'exception de celle relative à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Le témoin a exprimé l'avis qu'une capacité de travail de 50% est déjà une conclusion ambitieuse concernant sa patiente, dont il a rappelé qu'elle se plaint de douleurs importantes depuis plus de vingt ans, au point qu'elle s'est forgé une identité centrée sur ses douleurs et ses incapacités fonctionnelles. Le témoin a ajouté que si les limitations fonctionnelles énoncées par le Dr M _____ étaient exactes, elles faisaient

abstraction de la dimension douloureuse, dont il a estimé qu'elle entraînait forcément une limitation des capacités de concentration et d'adaptation de sa patiente. Le Dr F _____ a reconnu qu'il y avait peu d'éléments objectifs venant corroborer les plaintes douloureuses. Il a indiqué que, suite à l'accident de 2006, se sont ajoutées aux plaintes concernant les bras et les cervicales des plaintes concernant l'épaule droite, mais sans élément objectif venant démontrer une grande aggravation sur le plan clinique. Le Dr F _____ dit avoir constaté des troubles importants au niveau de l'épaule de sa patiente en novembre 2006 et avoir alors fait procéder à une imagerie par résonance magnétique (IRM) qui n'a montré aucune lésion en relation avec l'accident. De très légers troubles arthrosiques ont été mis en évidence, qui ne pouvaient expliquer la symptomatologie. Le médecin a donc retenu le diagnostic de capsulite rétractile, dont il a expliqué qu'il limite beaucoup la mobilité, mais finit habituellement par s'améliorer. Le témoin a indiqué que, lorsqu'il a revu sa patiente en mai 2007, ses plaintes étaient les mêmes mais, objectivement, la mobilité s'était nettement améliorée. Quant à la cheville de la patiente, le Dr F _____ a précisé que si le Dr H _____ lui avait effectivement rapporté qu'il y avait eu aggravation suite à l'accident, il n'en restait pas grand-chose lorsque il a vu la patiente en novembre 2006. S'agissant des cervicalgies, le Dr F _____ a expliqué qu'il lui était très difficile d'indiquer si elles étaient été objectivement aggravées suite à l'accident. En effet, la mobilité cervicale avait toujours été très limitée. Quant aux tests de mobilité, ils sont plus ou moins objectifs en ce sens qu'il est difficile de faire la part des tensions musculaires de défense et des limitations articulaires. Le témoin a émis l'avis qu'il serait inenvisageable pour sa patiente de travailler à plus de 50% dans une activité adaptée. Le Dr H _____ a quant à lui précisé n'avoir pas revu la recourante depuis 2007. Il a émis l'opinion que les conclusions du Dr M _____ étaient tout à fait fondées et justes, si ce n'est qu'il lui paraissait excessif de conclure à une pleine capacité de travail, même dans une activité adaptée, eu égard au lourd passé traumatique de la patiente. Selon le Dr H _____, l'examen de la capacité de travail ne peut se limiter aux plans ostéo-articulaire et musculaire mais doit également prendre en compte la dimension psychologique. Il a rappelé que la patiente avait souffert par le passé d'un état dépressif assez sévère et d'une alcoolisation sérieuse, dont il a reconnu qu'ils faisaient partie du passé lorsqu'il a revu la patiente en 2007, mais dont il tire la conclusion qu'elle reste fragile sur le plan psychologique. Le Dr H _____ a indiqué que la recourante, après son dernier accident, a vu son état s'aggraver au niveau tant de la nuque, que des épaules, du dos ou de la cheville. Un mois après, elle était encore totalement figée et bloquée. Lorsqu'il l'a revue pour la dernière fois, en mars 2007, elle était encore nettement limitée au niveau des épaules et de la nuque. Elle envisageait alors la reprise d'un travail à 50%, ce qui a paru problématique au médecin, eu égard à l'accumulation des problèmes rencontrés par la patiente. Le témoin a souligné qu'il ne faut pas sous-estimer l'impact des multiples traumatismes qui se sont succédés et dont on ne peut espérer qu'ils n'aient pas laissés de séquelles. Le témoin a confirmé la teneur de ses rapports, précisant que les migraines auxquelles il avait fait référence en indiquant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail devraient peut-être malgré tout être considérées comme en ayant. A cet égard, le médecin a expliqué qu'il ne s'agissait pas là de migraines ordinaires, mais de migraines sévères s'accompagnant de signes neurologiques (sentiment de paralysie transitoire). Le médecin a exposé que s'il n'a pas évoqué les problèmes psychologiques de la patiente, c'est parce que d'une part, après discussion avec cette dernière, il avait été convenu qu'elle tenterait de reprendre une activité à 50%, d'autre part, elle lui avait dit

avoir le sentiment d'aller mieux, bien qu'elle continue à se plaindre de graves troubles du sommeil. Sur le plan psychologique, le témoin a dit partager l'avis de la Dresse K_____, de Sion. En mars 2007, le médecin a consigné dans ses notes que sa patiente avait du mal à assurer le travail domestique, à s'habiller et pouvait à peine décoller les bras du corps (40° vers l'avant, 30° sur le côté), et ce, alors même qu'elle était sous traitement de cortisone et d'antidouleurs, détails qu'il a reconnu ne pas avoir mentionné dans son rapport à l'OCAI. Le témoin a émis l'avis que s'il est peut-être possible que la recourante soit partiellement réintégrée sur le marché du travail, que cela ne pourra en tout cas se faire du jour au lendemain; ce sera un processus de longue haleine. Par écritures après enquêtes du 19 août 2009, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il s'est référé à une brève note du Dr P_____, du SMR, du 19 août 2009, qui estime que la fragilité psychique a été amplement discutée et évaluée lors de l'expertise de la CRR en janvier 2006, que l'évaluation du Dr H_____ est peu contributive puisqu'il n'a pas vu l'assurée depuis plus de deux ans et ne peut ainsi avoir une vision claire de l'évolution clinique, qu'enfin, l'évaluation à laquelle se livre le Dr F_____ ne constitue qu'une appréciation différente d'une même situation. Quant à la recourante, dans ses écritures après enquêtes du 31 août 2009, elle a également persisté dans ses conclusions. Elle allègue que le Dr H_____ l'a suivie suite à son accident du 11 juillet 2006, qu'il connaît donc parfaitement son dossier et que son diagnostic prend en compte ses multiples traumatismes. Elle reproche au Dr M_____ de n'avoir absolument pas tenu compte de son état psychique dont les deux témoins ont pourtant reconnu l'importance. Elle ajoute que ceux-ci ont également critiqué l'évaluation de la capacité de travail à laquelle s'est livrée le Dr M_____. Après communication de ces écritures aux parties, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis

au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis la décision du 1^{er} juin 2006 au point d'influencer son droit aux prestations. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce. c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b). Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical,

dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (pour la procédure administrative : art. 40 PCF en corrélation avec les art. 19 PA et 55 al. 1 LPGA; pour la procédure devant le tribunal cantonal des assurances : art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a encore précisé qu'en ce qui concerne les rapports médicaux établis par les médecins traitants de l'assuré, il y a lieu de 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des

affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). En l'occurrence, la recourante allègue que suite à l'accident survenu en juillet 2006, son état s'est aggravé de telle manière qu'elle est désormais dans l'incapacité d'exercer une activité à plus de 50%. Elle se réfère à l'avis de ses médecins, les Drs F_____ et H_____. L'intimé se réfère quant à lui à l'avis du Dr M_____ et en tire la conclusion que l'état de l'assurée est revenu à ce qu'il était avant l'accident et que son degré d'invalidité demeure donc inchangé. Il convient de relever que, dans le rapport d'expertise de la CRR du 16 janvier 2006, trois pathologies avaient été retenues au niveau somatique : au niveau cervical, les médecins avaient retenu un syndrome cervical modéré avec quelques limitations des mouvements et de discrètes altérations radiologiques, au niveau du membre supérieur droit, ils avaient constaté que le résultat fonctionnel était tout à fait satisfaisant mais qu'il existait cependant quelques signes de neuropathie et quelques limitations des mouvements des poignets et du pouce droits, ainsi qu'un certain manque de force, et enfin, au niveau lombaire, un discret syndrome vertébral sans substrat radiologique notable avait été relevé. Sur le plan psychiatrique, avait été retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant, ainsi que, notamment, une personnalité limite inférieure et un syndrome de dépendance médicamenteuse et alcoolique désormais abstinent. Sur le plan professionnel, la Dresse K_____, psychiatre, avait précisé que les affections psychiatriques n'entraînaient pas d'incapacité de travail en elles-mêmes et que seules les affections somatiques avaient pour conséquences des limitations. En conséquence, il avait été admis que, dans une activité adaptée permettant d'alterner les positions assise et debout, d'éviter le port de charges et les activités lourdes et répétitives au niveau du membre supérieur droit, une capacité de travail entière était exigible. La Dresse K_____ avait cependant relevé que l'importance et l'ancienneté des facteurs extra-médicaux rendait la réintégration professionnelle très aléatoire. Elle entendait par là que l'assurée, qui n'avait jamais réellement été intégrée dans le monde du travail, souffrait d'un déconditionnement physique et psychique de très longue durée. La Dresse K_____ avait considéré que le trouble somatoforme douloureux chronique n'entraînait pas en lui-même d'incapacité durable et définitive. Quant à l'épisode dépressif relevé en septembre 2004, elle avait jugé qu'il s'était amendé progressivement au cours de l'année 2005 et devait être considéré comme guéri à compter du mois de décembre 2005, ce qui avait d'ailleurs été confirmé par le Dr I_____. Des prises de position des Drs F_____ et H_____, il ressort que l'accident de juillet 2006 a exacerbé les cervicalgies et limité la mobilité de l'épaule droite. Force est de constater cependant que ces douleurs ne reposent sur aucun substrat organique puisque l'examen clinique est qualifié de rassurant et que l'IRM n'a montré aucune anomalie notable. Aucune lésion musculaire ou tendineuse n'a ainsi été mise en évidence. S'il apparaît que des limitations fonctionnelles

supplémentaires sont apparues – ainsi qu’en a convenu le Dr M _____ – consistant à éviter de travailler bras au-dessus de l’horizontale – il n’en demeure pas moins que, dans une activité adaptée à ces limitations, la capacité de travail demeure inchangée. En effet, ainsi que l’avait relevé la Dresse K _____, les conditions permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux présenté par la recourante ne sont pas plus réalisées à présent qu’elles ne l’étaient avant l’accident de 2006. Les médecins traitants en ont d’ailleurs convenu puisqu’ils se sont expressément référés à l’avis de la Dresse K _____. Certes, cette dernière a souligné qu’une réintégration serait difficile, mais essentiellement pour des motifs extra-médicaux (déconditionnement psychique et psychique de treize ans pour une femme qui n’a jamais été réellement insérée dans le monde du travail, limitation des capacités adaptatives lors de stress émotionnel, importance des bénéfices secondaires avec l’aménagement singulier du fonctionnement familial, fixation des troubles et longueur des procédures), c’est-à-dire ne relevant pas de l’assurance-invalidité. Force est de constater que les Drs F _____ et H _____ n’amènent aucun élément objectif permettant de remettre en question l’évaluation du Dr M _____. Ils tentent simplement d’y substituer leur propre appréciation, dont on peut relever qu’elle n’a pas varié dans le temps puisqu’avant même le dernier accident, dans un bref courrier du 23 juin 2006, le Dr F _____ soutenait déjà que sa patiente devait se voir accorder une demi-rente. Quant au Dr H _____, en date du 8 juin 2006, il émettait l’avis que même si l’état psychologique de sa patiente s’était nettement amélioré et qu’elle avait cessé de s’alcooliser, une demi-rente d’invalidité lui offrirait une bonne chance de réinsertion. Lors de son audition, le Dr F _____ a reconnu qu’il y avait peu d’éléments objectifs venant corroborer les plaintes de sa patientes et en particulier aucun élément objectif venant démontrer une grande aggravation sur le plan clinique. Quant au Dr H _____, il a rappelé les troubles psychiques dont avait souffert la patiente par le passé, mais dont il avait lui-même reconnu en juin 2006 déjà qu’ils s’étaient amendés. En définitive, il ressort des considérations qui précèdent qu’aucune aggravation de l’état de santé de la recourante n’a été objectivement mise en évidence, qui puisse influencer sa capacité de travail au point de lui ouvrir droit à des prestations de l’assurance-invalidité. Si les douleurs ont certes augmenté, elles restent sans substrat organique. Or, les conditions pour voir reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux ne sont – pas plus qu’auparavant – remplies, de sorte que c’est à juste titre que l’intimé a considéré que l’état de la recourante est resté comparable à ce qu’il était avant son dernier accident. En conséquence, le recours est rejeté. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émoulement de 200 fr. à la charge de la recourante. 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 Yaël BENZ 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.