

## **GE\_GERICHTE A/3675/2011 vom 2. April 2012**

GE Cour de justice, 2012-04-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3675\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3675_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/3675/2011 du 2 avril 2012

IT: GE\_GERICHTE A/3675/2011 del 2 aprile 2012

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.04.2012  
A/3675/2011

A/3675/2011 ATAS/467/2012 du 02.04.2012 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3675/2011  
ATAS/467/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 2 avril  
2012 6 ème Chambre En la cause Madame N\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître BOVAY Marianne recourante contre  
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon  
97, Genève intimé EN FAIT Madame N\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1971,  
d'origine portugaise, au bénéfice d'un permis C, mère d'une fille née en 1997, est arrivée en  
Suisse durant le mois de décembre 1990. Elle a travaillé à plein temps, dès le 11 janvier  
1993, en qualité d'opératrice pour X\_\_\_\_\_ SA. Par courrier du 10 avril 2008, la Dresse  
A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a sollicité du  
médecin-conseil de X\_\_\_\_\_ SA que le poste occupé par l'assurée soit réévalué ou  
modifié. En effet, celle-ci présentait des douleurs sterno-costales gauches avec déformation  
et signes inflammatoires locaux, mises dans un premier temps sur le compte d'un syndrome  
de Tietze, toutefois, ces douleurs persistaient avec une déformation des jonctions 3-4-5  
sterno-costales gauches. Les examens effectués par la suite évoquaient une dysfonction de  
type mécanique, avec un discret syndrome inflammatoire et une possible  
spondylarthropathie. Ainsi, comme son poste de travail exigeait que ses membres  
supérieurs soient toujours en position avant, cela lui provoquait des forces de charge très  
importantes sur la région douloureuse thoracique et l'empêchait d'exercer son activité de  
manière régulière. Le 24 juillet 2008, X\_\_\_\_\_ SA a communiqué à la détection  
précoce de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, actuellement  
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI),  
que l'assurée présentait des périodes d'incapacité de travail depuis le 6 février 2006. Lors  
d'un entretien du 19 août 2008 avec un collaborateur de la détection précoce de l'OAI,  
l'assurée a déclaré qu'elle était régulièrement absente de son travail depuis le 6 février  
2006, mais qu'elle avait repris son activité à 50% le 30 juillet 2008. Ses douleurs se  
situaient, depuis 2005, au niveau des côtes et remontaient dans le bras gauche, lequel était  
endormi. Elles étaient apparues depuis son changement de poste à l'assemblage, car elle  
devait travailler en position assise et penchée et faire des gestes répétitifs toute la journée.  
Son activité consistait, depuis deux ans, en l'essayage et le contrôle de pièces. Elle  
n'arrivait plus à faire des mouvements des bras, surtout avec son bras gauche. Le 4  
septembre 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, requérant  
l'octroi d'une rente. Par questionnaire du 22 septembre 2008, X\_\_\_\_\_ SA a indiqué  
que l'assurée travaillait à 50% depuis le 28 avril 2008 et que son salaire mensuel était de  
5'378 fr. depuis le 1 er janvier 2008, avec une participation à la prime de

l'assurance-maladie de 190 fr. par mois. De plus, pour l'année 2008, les périodes d'incapacité de travail se déterminaient comme suit : 100% du 28 février au 9 mars et du 17 mars au 27 avril, 50% du 28 avril au 31 mai, 100% du 1<sup>er</sup> au 11 juin, 50% du 12 au 25 juin et du 30 juillet au 24 août, 100% du 25 août au 14 septembre et 50% depuis lors.

L'employeur a également joint audit questionnaire les décomptes de salaire pour les années 2006 à 2008, desquels il ressort que son salaire annuel brut était de 73'995 fr. en 2006, de 76'444 fr. en 2007 et de 56'048 fr. 05 pour l'année 2008 (janvier à septembre 2008). Par rapport du 25 septembre 2008, la Dresse A\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de dysfonction sterno-costale des 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> côtes à gauche, diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le problème principal de l'assurée était « sa position au travail avec ses membres supérieurs devant elle, faisant bras de levier et rendant les douleurs parfois très importantes, ce qui entraîne des arrêts de travail répétés ». La capacité de travail de l'assurée dans sa profession actuelle était de 50%. Ses limitations fonctionnelles concernaient le fait de se pencher souvent, de travailler souvent avec les bras au-dessus de la tête, de porter des charges ainsi que la rotation répétitive du corps. Elle y a joint un rapport du Prof. B\_\_\_\_\_, médecin-chef auprès du Service de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), lequel a diagnostiqué des douleurs costo-sternales gauches d'origine indéterminée. Les investigations radiologiques n'avaient pas mis en évidence d'altération osseuse ni de manifestation inflammatoire locale. Bien que les examens sanguins montraient un discret syndrome inflammatoire, il n'y avait pas d'élément spécifique pour une maladie inflammatoire connue et les résultats des examens évoquaient en premier lieu une pathologie de type mécanique. Dans un rapport du 26 septembre 2008, le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne, a posé le diagnostic de tachycardie sinusale inappropriée, existante depuis 2005 et sans influence sur la capacité de travail. L'assurée souffrait de palpitations avec malaise sans perte de connaissance et ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : les activités uniquement en position debout ou principalement en marchant, la position accroupie ou à genoux et le fait de monter sur une échelle ou un échafaudage. Le Dr D\_\_\_\_\_, généraliste, a retenu, dans son rapport du 9 octobre 2008 à l'attention de l'OAI, un syndrome de Tietze existant depuis le mois de septembre 2005, ayant une répercussion sur sa capacité de travail, et une tachycardie sinusale. La capacité de travail était, d'après lui, entière pour autant que le travail effectué consiste en des manipulations légères, avec une diminution probable de rendement due à des absences motivées par une recrudescence des douleurs. Les activités devant être évitées étaient celles effectuées principalement en marchant, avec les bras au dessus de la tête ou encore avec des ports de charges de plus de 5 à 10 kilogrammes. Par avis du 17 octobre 2008, le Dr E\_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a constaté l'existence d'une possible dysfonction costo-sternale sans aucun élément médical relevant. Il n'y avait ainsi pas d'atteinte incapacitante au sens de l'AI. Par rapport d'évaluation du même jour, un employé de l'OAI a retranscrit un entretien avec l'assurée, qui s'était déroulé le 1<sup>er</sup> octobre 2008, et a conclu qu'au vu de l'avis du SMR, la mise sur pied d'une mesure n'était pas justifiée et qu'il était mis un terme au mandat d'intervention précoce. L'assurée lui a notamment expliqué qu'elle aimait son métier et qu'elle n'envisageait pas d'en changer, dans la mesure où elle s'y sentait valorisée, efficace et utile, toutefois, elle n'était actuellement pas capable d'exercer son activité à plein temps. Le 30 octobre 2008, l'OAI a signifié à l'assurée un projet de refus de prestations, attendu que son atteinte à la santé n'entraînait pas d'incapacité de travail de longue durée au sens de l'assurance-invalidité et que sa capacité

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

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

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

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

A \_\_\_\_\_, qu'une expertise neuro-psychiatrique devait être ordonnée. Elle a notamment soutenu que les douleurs intenses, dont elle souffrait, provoquaient des troubles psychiatriques, qui n'étaient pas en rémission complète, dans la mesure où lors des crises, elle présentait des épisodes dépressifs et des troubles paniques récurrents. De plus, les crises douloureuses étaient invalidantes, car elles engendraient des incapacités de travail répétées, incompatibles avec un emploi. Par courrier du même jour, l'intimé a transmis au Tribunal cantonal des assurances sociales un avis du 22 novembre 2010 du Dr H \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, lequel a constaté que les deux derniers rapports des Dresses J \_\_\_\_\_ et A \_\_\_\_\_ ne permettaient pas de se prononcer de manière définitive, de sorte qu'il a proposé une instruction complémentaire sous la forme d'une IRM cervico-dorsale en dehors des HUG et d'un électroneuromyogramme du membre supérieur gauche, auprès du Dr K \_\_\_\_\_ par exemple. L'intimé a ainsi conclu à la mise en œuvre par le Tribunal de céans d'une instruction complémentaire, telle que proposée par le médecin du SMR. Par arrêt du 20 décembre 2010 ( ATAS/1315/2010 ), le Tribunal cantonal des assurances sociales a partiellement admis le recours, annulé la décision litigieuse et renvoyé le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une IRM cervico-dorsale et d'un électroneuromyogramme du membre supérieur gauche. Le 7 mars 2011, les Drs H \_\_\_\_\_ et L \_\_\_\_\_ du SMR ont requis la mise sur pied d'une expertise neurologique auprès du Dr M \_\_\_\_\_, FMH neurologie avec électroneuromyogramme du MSG et IRM cervico-dorsale en dehors des HUG. Le 17 mai 2011, le Dr M \_\_\_\_\_ a rendu un rapport d'expertise fondé sur un examen du 5 mai 2011, une IRM cervico-dorsale du 12 mai 2011 et un électroneuromyogramme du membre supérieur gauche. L'assurée souffrait depuis 2005 de douleurs sternales qui s'étaient étendues à la région thoracique antéro-supérieure gauche, puis au niveau de la nuque et de l'encéphale se compliquant de sensations de paresthésies/tiraillements du membre supérieur gauche, d'un manque de force du membre supérieur gauche et d'un manque de force global. L'électroneuromyogramme du membre supérieur gauche ne relevait pas de signe d'atteinte neurogène périphérique significatif. L'IRM du 11 mai 2011 était à considérer comme sans anomalie significative susceptible d'expliquer les plaintes formulées par la patiente. L'assurée présentait un syndrome algique et sensitif thoraxo-brachial gauche sans substrat neurologique objectivable et sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'y avait pas d'atteinte neurologique significative, notamment pas d'éléments en direction d'une atteinte cérébrale, médullaire, radiculaire et tronculaire du membre supérieur gauche. L'éventuel syndrome de Tietze paraissait difficilement expliquer le tableau clinique dans son ensemble. L'activité antérieure était exigible à 100 %, du point de vue strictement neurologique, depuis 2005. 35. Le 16 juin 2011, le Dr H \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que suite à l'expertise neurologique les conclusions du SMR du 8 avril 2010 pouvaient être confirmées. 36. Par projet de décision du 22 août 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations en constatant que l'incapacité de travail avait été totale entre le 27 février 2008 et le 27 avril 2008 et était nulle ensuite. 37. Par décision du 3 octobre 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision. 38. Le 4 novembre 2011, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant principalement à son annulation et à l'octroi de mesures de reclassement ou d'aide au placement et subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité. Préalablement, elle requérait une copie de l'expertise neurologique. La décision violait son droit d'être entendue car l'expertise neurologique ne lui avait pas été communiquée. L'incapacité de travail avait débuté en 2005, de façon totale ou partielle et totale dès le 21 août 2009. Elle souffrait de

douleurs sterno-costales dues à son activité chez X\_\_\_\_\_ où elle avait pendant de nombreuses années soulevé des pièces lourdes en acier et effectué depuis 2005 une activité plus légère mais avec une position penchée et les membres en hauteur. Ces douleurs mécaniques découlaient du travail accompli. Elle ne pouvait plus exercer son ancienne activité. L'OAI aurait dû examiner si des mesures d'ordre professionnel ou une aide au placement pouvaient être accordées. Le 16 novembre 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours en relevant qu'à supposer qu'il y ait une violation du droit d'être entendu de la recourante, elle avait été réparée lors de la procédure en cours. L'expertise neurologique était probante et concluait à l'absence de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Les douleurs alléguées n'avaient pas pu être médicalement objectivées, ni sur le plan rhumatologique, ni sur le plan neurologique. En l'absence de toute invalidité, des mesures d'ordre professionnelles ne pouvaient être octroyées. A la demande de la Cour de céans, la Dresse A\_\_\_\_\_ a précisé que l'expertise neurologique était complète, bien faite et qu'il n'y avait manifestement pas de lésion neurologique expliquant les douleurs, que l'assurée présentait du point de vue rhumatologique une surcharge des articulations sternocostales gauches ainsi qu'une petite inflammation persistante, au vu de la CRP élevée, qu'elle était limitée en raison des douleurs dans les mouvements répétés, les positions avec les membres supérieurs en avant toute la journée, qu'elle avait une capacité de travail d'en tous les cas 50 % dans une activité adaptée sans mouvements répétés avec les bras et sans port de charges mais nulle dans l'ancienne activité d'ouvrière en horlogerie. Le 7 février 2012, la Dresse P\_\_\_\_\_ du SMR a relevé que le bilan neurologique n'avait pas mis en évidence de maladie neurologique incapacitante, qu'il n'y avait pas de maladie psychique incapacitante et qu'aucune lésion objective n'avait été mise en évidence du point de vue rhumatologique, expliquant les douleurs, qu'en conséquence les conclusions précédentes du SMR restaient valables. Le 10 février 2012, l'intimé a souligné que la capacité de travail partielle fixée par la Dresse A\_\_\_\_\_ se référait aux douleurs de l'assurée, lesquelles n'avaient pas de substrat médical concluant et a maintenu ses conclusions. Un délai a été fixé à la recourante pour indiquer si elle souhaitait un délai pour faire des observations. La recourante n'y a pas donné suite. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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). Sa compétence 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<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> 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 soit une nouvelle demande de prestations du 7 septembre 2009 et la décision litigieuse du 3 octobre 2011, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard du nouveau droit hormis la révision 6a entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (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 le bien fondé du refus de toutes prestations d'invalidité, singulièrement sur le rejet de la demande de révision de la recourante à la suite de la décision de refus de prestations du 12 février 2009. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus 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). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au

moins. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA. a) Selon l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1 bis LAI 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). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGGA a été observée (ATF non publié 9C\_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 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'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1 er LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'ATF 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 et les arrêts cités), la question reste ouverte d'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. ATF non publié 9C\_464/2009 du 31 mai 2010). b) 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). 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 et les arrêts cités). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (ATF non publié 9C\_644/2008 du 12 décembre 2008, consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références). 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 ; ATF 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). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'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 être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATFA non publié I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1; ATFA non publié I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (ATF non publié 9C\_662/2009 du 17 août 2010, consid. 2.3), de neurasthénie (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (ATFA non publié I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (ATF non publié 9C\_903/2007 du 30 avril 2008, consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279, consid. 3.2.3). a) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). b) Le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient 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 351 consid. 3b/aa et les références). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner

une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). d) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV 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 (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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). b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst.

étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, la recourante a conclu préalablement à l'annulation de la décision au motif que son droit d'être entendu a été violé, n'ayant pas eu connaissance de l'expertise neurologique antérieurement à la présente procédure. A cet égard, la jurisprudence a notamment déduite du droit d'être entendu, découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., l'obligation pour l'autorité de motiver sa décision, afin que l'intéressé puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il y a cependant violation du droit d'être entendu si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner et traiter les problèmes pertinents (ATF 126 I 102 consid. 2b, 124 v 181, consid. 1a, 122 IV 14 consid. 2c et les références). Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 consid. 2b et les références). La Cour de céans constate que la recourante a pu, dans le cadre de la présente procédure, prendre connaissance de l'expertise neurologique de sorte qu'une éventuelle violation de son droit d'être entendu a été réparée et qu'il n'y a pas lieu d'annuler la décision litigieuse pour ce motif. Par décision du 12 février 2009, entrée en force, l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante en se fondant sur un examen rhumatologique au SMR (Dr I \_\_\_\_\_) du 8 janvier 2009 posant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de douleurs sterno-costales gauches d'origine indéterminée et d'hémi-syndrome algique englobant la paroi thoracique gauche et le membre supérieur gauche d'origine indéterminée (syndrome douloureux somatoforme localisé) permettant une activité adaptée à 100 %, telle que l'activité habituelle, depuis le 28 avril 2008. Après la nouvelle demande de prestations de la recourante du 7 septembre 2009, celle-ci a été soumise à un examen psychiatrique au SMR le 5 mars 2010 concluant à un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique et sans répercussion sur la capacité de travail. Le rapport du Dr I \_\_\_\_\_ a été reconnu probant par le Tribunal cantonal des assurances sociales dans son arrêt du 20 décembre 2010. Quant à celui de la Dresse G \_\_\_\_\_, si sa valeur probante n'a pas été confirmée, le Tribunal cantonal des assurances sociales a néanmoins considéré qu'aucun autre rapport médical ne mettait en exergue de diagnostic suffisamment sévère pour retenir une diminution de la capacité de travail de la recourante pour des motifs psychiatriques, notamment pas les rapports du Dr F \_\_\_\_\_ et du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur. Il n'y a pas lieu de s'écarter de ces considérations. Finalement, le Tribunal cantonal des assurances sociales a considéré que seule une appréciation neurologique, laquelle aurait pu donner une explication somatique aux douleurs de la recourante, manquait au dossier de sorte que la cause a été renvoyée pour ce motif à l'intimé lequel a ordonné une expertise neurologique confiée au Dr M \_\_\_\_\_. Il est à constater que le rapport de celui-ci du 17 mai 2011 remplit les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu pleine valeur probante. Les parties l'admettent également et la médecin-traitante de la recourante, la Dresse A \_\_\_\_\_, le reconnaît en considérant que l'expertise est complète et bien faite. L'expert a conclu que la recourante présentait un syndrome algique et sensitif thoraxo-brachial gauche sans substrat neurologique objectivable et sans répercussion sur la

capacité de travail. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le syndrome algique de la recourante n'a pu être relié à aucune atteinte somatique objectivable, comme l'ont retenu les experts rhumatologue et neurologue mais aussi les médecins-traitants; par ailleurs ce syndrome sans étiologie claire et fiable ne s'accompagne pas d'une affection psychique propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail; en conséquence, son caractère invalidant ne saurait être admis et les conclusions des experts quant à la capacité de travail totale de la recourante, dans toute activité adaptée selon les limitations fonctionnelles décrites par le Dr I\_\_\_\_\_, doivent être suivies. A cet égard, le rapport de la Dresse A\_\_\_\_\_ du 23 janvier 2012 constatant une capacité de travail résiduelle de 50 % au moins dans une activité sans mouvements répétés avec les bras et sans port de charges ne remet pas valablement en cause les conclusions des experts dès lors qu'il ne se fonde pas sur des atteintes objectivables, hormis une petite inflammation persistante, laquelle n'a cependant été retenue ni par le Dr Q\_\_\_\_\_ - qui a relevé que malgré un discret syndrome inflammatoire, une maladie inflammatoire ne pouvait être retenue - ni par les Drs I\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_. En définitive, aucune pièce médicale au dossier postérieure à la décision de refus du 12 février 2009, ne remet valablement en cause les constatations faites antérieurement d'une capacité de travail totale dans toute activité adaptée, dont l'activité habituelle. La recourante étant considérée comme capable de travailler à 100 % dans son activité habituelle, depuis le 28 avril 2008, elle ne présente aucun degré d'invalidité, de sorte qu'elle n'a droit ni à une rente, ni à une mesure de reclassement. Partant, la décision de refus de prestations était fondée et le recours ne peut qu'être rejeté. Etant donné que depuis le 1 er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument 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 Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI 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.