

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1854/2012

ATAS/166/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 18 février 2013

5ème Chambre

En la cause

Madame H_____, domiciliée au Grand-Lancy, CH, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert

Recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, Service juridique, rue des Gares 12, case postale 2096,
1211 Genève 2

Intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

EN FAIT

1. Madame H_____ (ci-après la requérante), née en 1957, de nationalité bosniaque, mariée et mère d'un enfant déjà adulte, a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : OAI) en février 2007, en raison d'une totale incapacité de travail depuis mai 2000, due à des lombosciatalgies, une arthrose lombaire, ainsi que des douleurs aux deux épaules et au membre inférieur gauche.
2. Arrivée en Suisse en 1993, elle a travaillé en qualité de nettoyeuse, à temps partiel, pour l'entreprise X_____ SA, en 1995 et 1996 essentiellement, et en qualité d'ouvrière à temps plein dans différentes entreprises, envoyée par ADECCO, entre 1999 et 2000, comme cela ressort de son compte individuel.
3. L'OAI a procédé à l'instruction des faits médicaux en faisant effectuer une expertise médicale par le Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed), en mai 2008. Il en ressort que la requérante souffre de troubles dégénératifs et statiques du rachis cervical, de troubles dégénératifs lombaires, de séquelles de capsulite rétractile modérée de l'épaule gauche avec rupture totale du sus-épineux, bursite et tendinite, tous diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, ainsi que d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'un trouble panique en rémission et d'une hernie hiatale, sans répercussion sur la capacité de travail. Celle-ci est totale, sous réserve d'importantes limitations fonctionnelles pour les mouvements répétitifs d'élévation et d'abduction du membre supérieur gauche au-delà de 90°, l'utilisation soutenue des membres supérieurs avec contrainte de rendement et gestuelle rapide, le port de charges répétitives au-delà de deux à trois kilos, une position maintenue en porte-à-faux du buste, les mouvements répétitifs de flexion-extension du rachis. Il y a aussi la nécessité d'alterner librement les positions assise/debout. Ces limitations fonctionnelles ont été admises par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), dans son rapport d'examen du 4 août 2008, qui excluait en particulier l'activité d'ouvrière.
4. Par décision du 12 décembre 2008, l'OAI a refusé toute prestation à la requérante, en raison de son statut de ménagère -dans le cadre duquel l'invalidité, évaluée par l'enquêtrice, est de 18,5 % - et des constatations médicales.
5. L'assurée a recouru contre cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente entière. Elle a contesté le statut de ménagère retenu et toute capacité de travail résiduelle. L'OAI a conclu au rejet du recours, en faisant valoir subsidiairement que l'assurée

pourrait travailler dans des activités de contrôle ou de surveillance, de visiteuse dans l'industrie horlogère, de surveillante de magasin ou d'assemblage dans l'industrie légère.

6. Le 17 mai 2009, le Dr A_____ a diagnostiqué une insomnie non spécifiée, tout en faisant état de ce que la patiente se plaignait également d'une sensation hypoesthésique et hémicorporelle gauche.
7. Entendu le 19 mai 2009 par le Tribunal cantonal des assurances sociales (la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice depuis le 1^{er} janvier 2011) dans le cadre du recours contre cette décision, l'OAI a indiqué que le type d'activité à considérer comme adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par le SMR, n'avait pas été examiné plus avant, puisqu'un statut de ménagère avait été reconnu à la recourante.
8. Par arrêt du 19 mai 2009, le Tribunal a annulé la décision querellée, en considérant qu'il était hautement vraisemblable que la recourante aurait travaillé à plein temps sans problèmes de santé. Cela étant, elle a renvoyé la cause à l'OAI pour nouvelles investigations et décision, afin de déterminer quelles activités concrètes étaient exigibles, compte tenu des importantes limitations fonctionnelles, puis nouveau calcul du taux d'invalidité et l'examen d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle. Le Tribunal a notamment retenu que l'OAI n'avait pas examiné quelles activités concrètes étaient adaptées aux limitations fonctionnelles.
9. Dans son rapport du 3 juin 2009, le Dr B_____, neurologue, a constaté que l'examen myographique réalisé au membre inférieur gauche dans les myotomes L3-S1 montrait une dénervation active. Il a également observé une abondante activité fibrillatoire dans les muscles para vertébraux lombaires.
10. Selon le résumé de polysomnographie du 8 juin 2009, l'assurée souffrait d'une légère apnée du sommeil qui ne nécessitait toutefois pas un traitement moyennant un appareil.
11. Dans son rapport du 22 juin 2009, la Dresse C_____, neurologue, a fait notamment état de ce que l'assurée présentait un hémisyndrome sensitif facio brachio crural gauche purement subjectif.
12. Dans son courrier du 8 juillet 2009 au mandataire de l'assurée, le Dr D_____ a constaté une aggravation de l'état de santé de sa patiente, sur la base des examens susmentionnés. Par ailleurs, une nouvelle IRM lombaire effectuée le 25 juin 2009 avait mis en évidence une détérioration radiologique des lésions déjà constatées lors de la précédente IRM lombaire du 12 septembre 2008. Au niveau L4-L5, la discopathie était légèrement protrusive avec présence d'un fragment discal luxé

vers le bas, de localisation récessale gauche avec signes de conflit sur l'émergence de la racine L5 gauche. Ce médecin a maintenu que l'incapacité de travail de l'assurée était totale et définitive, même dans une activité adaptée.

13. Le 22 septembre 2009, la Dresse C_____ a fait savoir au Dr D_____ que l'assurée souffrait toujours de lombalgies et de douleurs au niveau du membre inférieur gauche et du bras gauche, irradiant jusqu'à la main, avec lâchages occasionnels. A cela s'ajoutaient des cervicalgies persistantes. Cette neurologue a objectivé une prédominance du trouble sensitif dans le directoire L5 gauche, accompagné du réflexe achilien gauche, compatible avec une atteinte L5. Le territoire des douleurs ressenties dans le membre inférieur gauche était également compatible avec celui de la racine L5. Par ailleurs, le syndrome vertébral était modéré, sans déficit moteur. Le tableau de lombosciatalgies L5 gauches s'inscrivait dans le cadre de douleurs plus diffuses avec notamment des cervico-brachialgies chroniques. Les douleurs du membre supérieur gauche étaient également intenses et invalidantes chez cette patiente gauchère.
14. Dans son rapport du 22 octobre 2009, la Dresse E_____, psychiatre, a diagnostiqué, sur le plan psychiatrique, un trouble dépressif et anxieux mixte. Le diagnostic d'insomnie non spécifiée était sans effet sur la capacité de travail. L'assurée avait commencé à développer un état dépressif et anxieux depuis 2007. Depuis janvier 2009, elle était sous traitement de Trittico 50 mg. La posologie n'avait pas pu être augmentée, la patiente ne le supportant pas. La capacité de travail était nulle depuis 2000. Sur le plan psychiatrique, l'assurée pouvait travailler encore à 50 % dans l'ancienne activité exercée. Le rendement était diminué de 50 % à cause des douleurs.
15. Dans son courrier du 4 novembre 2009 au SMR, le Dr D_____ a confirmé que l'état de sa patiente s'aggravait sans que l'on puisse prédire si la situation allait changer dans un proche avenir. Sa capacité de travail était nulle de façon définitive, même dans une activité adaptée.
16. Par courrier daté du 6 novembre 2009, la Dresse C_____ a répondu au SMR que l'état de santé n'était pas stabilisé et qu'il n'était pas possible de prévoir son évolution à moyen ou long terme. Depuis juin, ce médecin n'avait pas constaté d'amélioration, mais plutôt une légère aggravation des douleurs dont l'origine était mixte : pathologie cervicale, lombaire et à l'épaule gauche, chez une patiente gauchère. La patiente n'était à son avis pas en mesure de reprendre une activité professionnelle même dans une activité adaptée.
17. Le 11 janvier 2010, l'OAI a demandé au Bureau romand d'expertises médicales (BREM) une expertise pluridisciplinaire.

18. Dans son courrier du 11 février 2010, le Dr D_____ a communiqué au mandataire de l'assurée que la mise en œuvre de cette expertise lui paraissait inutile, le status rhumatologique et neurologique n'ayant pas changé, même si les douleurs s'exacerbaient fortement par période. La patiente était par ailleurs suivie depuis le 6 mai 2005 par le Dr F_____ cardiologue, lequel avait posé le diagnostic d'arythmie sous forme d'extrasystoles supraventriculaires. Cette affection n'avait toutefois pas d'influence sur la capacité de travail.
19. Le 20 mai 2010, le BREM a procédé à une expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique avec une interprète de la Croix-Rouge. Dans leur rapport du 7 juillet 2010, les Drs G_____, neurologue, et I_____, psychiatre, ont indiqué que l'expertisée ne souffrait d'aucune atteinte à la santé sur les plans psychique et neurologique. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : discrète souffrance du nerf médian au poignet au niveau du tunnel carpien gauche, rachialgies diffuses, irradiation douloureuse au membre supérieur gauche et membre inférieur gauche, mal systématisée, possible syndrome radiculaire L5 gauche, algique, sans déficit sensitivo-moteur certain associé, et discopathie étagée à plusieurs niveaux, sans compression radiculaire associée. Il n'existait ainsi pas de diminution de la capacité de travail. Quant aux limitations, elles étaient d'ordre rhumatologique et avaient déjà été évoquées par les spécialistes en la matière. Il n'y avait pas de limitations aux niveaux psychique et neurologique. Il ressort par ailleurs de l'anamnèse que le mari de l'assurée est au bénéfice d'une rente d'invalidité complète depuis 2004, ainsi que de prestations complémentaires.
20. Dans son avis médical du 15 octobre 2010, le Dr J_____ du SMR a conclu que la capacité de travail était de 100 % dès le 27 octobre 2000 dans le dernier poste d'ouvrière, puis de 100 % dès 2007 dans une activité adaptée aux limitations déterminées lors de l'expertise de 2007, lesquelles devraient être traduites en terme de métier par un spécialiste de réadaptation.
21. Dans son courrier du 20 octobre 2010 au mandataire de l'assurée, le Dr D_____ s'est déterminé sur l'expertise du BREM. Il s'est étonné du choix d'un neurologue et d'un psychiatre pour effectuer cette expertise, alors que les problèmes de santé principaux étaient d'ordre rhumatologique. En outre, la seule question pertinente était quel type d'activité adaptée pourrait encore être envisagé. Ce médecin a enfin confirmé l'incapacité de travail totale de sa patiente.
22. Par courrier du 28 octobre 2010, la recourante a mis notamment en exergue que, selon le Dr D_____, sa capacité de travail était nulle, en particulier en raison des atteintes importantes au niveau de l'épaule gauche, d'autant plus invalidantes qu'elle était gauchère. A cela s'ajoutait qu'elle n'avait aucune formation professionnelle, avait été très peu scolarisée et était âgée de 53 ans. Elle ne voyait

dès lors pas quelle activité rémunérée elle pourrait encore exercer. Par ailleurs, le Tribunal cantonal des assurances sociales avait déjà constaté que les activités proposées, à savoir contrôle de surveillance, visiteuse dans l'industrie horlogère, surveillante de magasins et assemblage dans l'industrie légère, n'étaient pas adaptées. Il avait renvoyé la cause à l'OAI, afin qu'il détermine quelles activités concrètes étaient encore exigibles et, ceci fait, procède à un nouveau calcul du taux d'invalidité. Selon la recourante, la seule solution était en l'occurrence l'octroi d'une rente complète.

23. Le 17 décembre 2010, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser le droit à une rente invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, en se fondant sur les expertises réalisées. Il a par ailleurs évalué le degré d'invalidité dans une activité adaptée à 15 %, en admettant un abattement de 15 % des salaires statistiques, pris en considération à titre de salaire d'invalidité.
24. Par courrier du 24 janvier 2011, la recourante s'est opposée au projet de décision de l'OAI. Elle lui a reproché de s'être écarté de la mission ordonnée par le Tribunal cantonal des assurances sociales et avoir mis en œuvre une expertise inutile car sans rapport avec les questions posées par ledit tribunal. Par ailleurs, au vu de ses limitations fonctionnelles rhumatologiques, il était évident qu'aucune activité ne pouvait être envisagée.
25. Par courrier du 15 février 2011, le Dr F_____ a fait savoir au mandataire de la recourante que celle-ci présentait, sur le plan cardiologique, une symptomatologie de dyspnée à l'effort et de palpitations, récemment aggravée par un sentiment d'oppression. Cette symptomatologie faisait penser à une éventuelle maladie coronarienne. Un bilan cardiologique complet, comprenant une échographie, un Holter et éventuellement une coronarographie serait nécessaire pour corroborer ce diagnostic. Le pronostic était toutefois bénin concernant les troubles de rythme et la dysfonction diastolique du ventricule gauche. Concernant la maladie coronarienne, le pronostic dépendait du résultat des examens.
26. Le 31 mars 2011, l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) a déclaré l'assurée inapte au placement dès le 3 février 2011, au motif que son médecin traitant avait certifié son incapacité totale de travail depuis le 27 octobre 2000. Il n'y avait ainsi aucune aptitude au placement, ni objective ni subjective.
27. Lors de l'entretien du 11 avril 2011 de l'assurée avec le Service de la réadaptation professionnelle de l'OAI, celle-ci a fait part de blocages au niveau des épaules, du bas du dos et de l'hémisphère gauche. Elle ne pouvait pas lever son bras gauche ni porter des charges ni rester assise longtemps. Dans son ménage, elle était aidée par ses enfants. Elle ne pensait pas pouvoir travailler dans une activité adaptée légère,

même à temps partiel. Néanmoins, l'OAI lui a proposé un stage d'observation professionnelle pour déterminer les activités adaptées.

28. Du 6 juin au 3 juillet 2011, l'assurée a effectué un stage aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI). Selon la conclusion de ceux-ci, ressortant de leur rapport du 27 juillet 2011, elle n'est pas réadaptable dans le circuit économique normal. Il était à cet égard relevé qu'elle se comportait quasiment comme une mono-manuelle, maintenant sa main gauche plaquée contre son corps et l'utilisant peu. Elle se plaignait fréquemment de douleurs à la nuque et à la jambe gauche. Ses nombreuses alternances étaient ponctuées par des grimaces et des moues systématiques, dès que son regard croisait celui de l'encadrement. A ce rapport est annexé celui du 20 juillet 2011 du Dr K_____, lequel a relevé que le déroulement du stage avait été dominé par un comportement démonstratif d'évitement et la mise en évidence de l'handicap du bras gauche dont l'assurée ne s'était systématiquement pas servie. Par son comportement, elle avait démontré son incapacité totale à se projeter dans une démarche professionnelle que les raisons en soit subjectives ou objectives. Une démarche professionnelle n'avait donc aucune chance d'aboutir actuellement. Sur la base des nombreuses expertises réalisées, il était difficile de trouver un substrat objectif à ce comportement. Selon ce médecin, la décision finale de l'OAI devra prendre en compte les données théoriques du dossier, ainsi que le comportement très démonstratif de l'assurée.
29. Dans son avis médical du 7 mai 2012, la Dresse L_____ du SMR a retenu une capacité de travail de 0 % dès le 27 octobre 2000 dans le dernier poste d'ouvrière, tout en admettant dès cette date une capacité totale dans une activité adaptée aux limitations déterminées lors de l'expertise de 2008, limitations qui devraient être traduites en termes de métier par un spécialiste de réadaptation.
30. Par décision du 15 mai 2012, l'OAI a refusé à l'assurée une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel, en se fondant sur les expertises et les avis médicaux du SMR.
31. Par acte du 15 juin 2012, l'assurée a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à partir du 26 février 2008, sous suite de dépens. Préalablement, elle a demandé la comparution personnelle des parties ainsi que les auditions en qualité de témoins des Drs D_____ et E_____. Elle a mis en exergue que le Tribunal cantonal des assurances sociales avait déjà constaté l'importance de ses atteintes à la santé et des limitations en résultant. Il avait par ailleurs écarté les propositions fantaisistes de l'intimé concernant certains types d'activités retenues comme étant adaptées. C'est la raison pour laquelle il avait renvoyé la cause à l'intimé pour rechercher si d'autres activités pourraient entrer en

ligne de compte. La recourante s'est en outre prévalu du fait que, selon ses médecins, sa capacité de travail était définitivement nulle, même dans une activité adaptée. Il ressortait enfin clairement du rapport des EPI qu'elle n'était pas réadaptable dans le circuit économique normal, en raison des atteintes physiques, de l'âge et la longue période d'inactivité. A l'appui de ses dires, la recourante a produit un courrier du 8 juin 2012 du Dr D_____.

32. Dans la lettre précitée, le Dr D_____ a justifié le comportement démonstratif de la recourante par le fait qu'elle appartenait à une région méditerranéenne où les gens étaient plus démonstratifs. Néanmoins, selon ce médecin, son comportement n'était pas une donnée prépondérante dans l'incapacité de travail, les limitations fonctionnelles étant évidentes.
33. La recourante a également produit une attestation du 12 juin 2012 de la Dresse E_____, certifiant qu'elle suivait la patiente depuis le 9 janvier 2009 pour un trouble dépressif et anxieux mixte. L'existence des douleurs permanentes dues à son affection rhumatologique avait influencé l'apparition et le maintien de son état dépressif et anxieux.
34. Dans son avis médical du 4 juillet 2012, la Dresse L_____ du SMR s'est déterminé sur le recours et a constaté qu'il n'y avait aucun élément médical en faveur d'une aggravation, de sorte que son précédent avis restait valable.
35. Par écritures du 6 août 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours, en relevant que les deux expertises réalisées, ainsi que les Drs K_____ (rapport du 20 juillet 2011) et M_____ (rapport du 2 janvier 2008) avaient constaté une discordance entre l'intensité des douleurs alléguées et l'examen clinique, voire le comportement observé. Par ailleurs, l'intimé a mis exergue qu'une activité adaptée n'avait pu être définie en raison de facteurs non médicaux dont l'assurance-invalidité ne saurait répondre. Quant à la décision d'inaptitude au placement de l'OCE, l'intimé a notamment argué que, selon la jurisprudence, ce dernier office pouvait également prendre en considération des facteurs étrangers à l'invalidité, de sorte qu'une inaptitude au placement ne permettait pas toujours de conclure à une invalidité au sens de la loi.
36. Dans ses écritures du 4 septembre 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions, en reprenant essentiellement sa précédente argumentation. Elle a souligné que la décision d'inaptitude au placement de l'OCE était en l'occurrence fondée sur des facteurs médicaux importants entraînant une invalidité totale. Quant aux facteurs pris en considération par les EPI pour conclure à l'impossibilité de la réadapter dans le circuit économique normal, à savoir les atteintes physique, l'âge, la longue période d'inactivité et son attitude résignée, ceux-ci étaient précisément inhérents à ses atteintes. Il ne saurait non plus lui être reproché de s'être conduite en

quasi mono-manuelle, cela étant une conséquence de l'impotence fonctionnelle importante de son épaule. A cela s'ajoutait un trouble dépressif et anxieux mixte qui expliquait davantage sa résignation. Le Dr K_____ se trompait ainsi en affirmant que c'était son attitude démonstrative qui jouait un rôle prépondérant dans son incapacité de travail.

37. Le 20 septembre 2012, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en mettant notamment en exergue que les douleurs alléguées devaient être confirmées par des observations médicales concluantes pour être retenues, selon la jurisprudence.
38. Invité à se prononcer sur les activités adaptées possibles par la Cour, l'intimé a soumis le dossier à la Division de la réadaptation professionnelle. Celle-ci a estimé, dans son avis du 18 octobre 2012, que seule une mesure d'observation concrète, dans laquelle la recourante s'engagerait pleinement permettrait de définir des activités concrètes exigibles. Cela n'ayant pas été possible, cette division s'est estimée incapable de définir abstraitement une activité adaptée, tout en émettant l'hypothèse qu'une activité dans l'industrie légère permettrait de respecter les limitations fonctionnelles.
39. Par écriture du 29 octobre 2012, l'intimé s'est rallié aux conclusions de la Division de la réadaptation précitées.
40. Le 5 décembre 2012, la Cour a entendu Mme N_____, psychologue-conseillère en réadaptation à l'OAI. Celle-ci a déclaré ce qui suit:

"Avec les limitations déterminées par les médecins et le SMR, nous estimons qu'un travail dans le contrôle visuel et le conditionnement léger, par exemple pour la mise en boîte de médicaments, est compatible avec les handicaps. Pour le conditionnement léger, il conviendrait éventuellement d'admettre un abattement, dans la mesure où le rendement pourrait être diminué, les médecins ayant proscrit l'utilisation soutenue des membres supérieurs avec contrainte de rendement et gestuelle rapide. Dans le canton de Genève, il y a suffisamment de places de travail dans ces domaines."

"Je relève que nous nous sommes écartés des conclusions des EPI en raison du comportement démonstratif de la recourante, laquelle a surtout tenté de démontrer qu'elle était mono-manuelle. De ce fait, des activités adaptées à ses handicaps ne pouvaient être déterminées."

Quand à la recourante, elle a maintenu être totalement incapable de travailler comme cela avait été constaté par les EPI.

41. A la demande de la Cour, l'intimé lui a transmis le 14 janvier 2013 une description des postes de travail compatibles avec les handicaps de la recourante, tout en persistant dans ses conclusions.
42. Le 22 janvier 2013, la Cour a informé les parties qu'elle avait l'intention de mettre en œuvre une expertise rhumatologique judiciaire, sur dossier, et de la confier au Dr O_____, rhumatologue. Elle leur a également soumis la liste des questions à l'expert.
43. Par écritures du 4 février 2013, la recourante a fait valoir qu'il semblait exclu de nommer le Dr O_____ à titre d'expert dans la mesure où il avait été le coordinateur de l'expertise du BREM du 7 juillet 2010, effectuée à la demande de l'OAI. Elle ne mettait cependant pas en cause la compétence et l'objectivité de ce médecin. La recourante s'opposait par ailleurs à la mise en œuvre d'une expertise, estimant que le Tribunal cantonal des assurances sociales avait déjà répondu, dans son arrêt du 19 mai 2009 rendu entre les mêmes parties, aux questions que la Cour entendait poser à l'expert. Les EPI avaient par ailleurs clairement constaté qu'elle n'avait pas les capacités physiques pour un emploi manuel dans le circuit économique normal. Tel était également l'avis de l'assurance-chômage. Pour le surplus, la recourante a persisté dans ses conclusions.
44. Le 7 février 2013, l'intimé a fait savoir qu'il n'avait pas d'observations particulières à formuler ni quant au choix de l'expert ni quant aux questions qui lui seront soumises.

EN DROIT

1. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2) ;

Il doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit 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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un

complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; ATF non publié 8C_760/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3).

2. En l'occurrence, la recourante considère qu'une expertise judiciaire n'est pas nécessaire, estimant que la seule constatation des EPI est suffisante, selon laquelle elle est totalement incapable de travailler dans le circuit économique normal. Elle soutient également que le Tribunal cantonal des assurances sociales a déjà apporté toutes les réponses aux questions soumises à l'expert pressenti.

La recourante perd toutefois de vue que le stage effectué aux EPI ne reflète vraisemblablement pas sa capacité de travail réelle, dans la mesure où il a été constaté qu'elle avait un comportement démonstratif d'évitement et n'utilisait pas son bras gauche, ce qui n'était pas justifié d'un point de vue médical. Partant, il n'est pas possible de se fonder uniquement sur les observations des maîtres socio-professionnels des EPI.

Certes, bon nombre d'expertises ont déjà été effectuées, mais aucun des médecins consultés ne s'est prononcé sur la capacité de travail précise dans les différentes activités adaptées retenues. En outre, s'il est vrai que ces activités semblent en partie ne pas être totalement adaptées aux limitations fonctionnelles, cela signifie toutefois pas que capacité de travail de la recourante est nulle dans ce genre d'activités et qu'aucune capacité de travail résiduelle ne doit être retenue. Par conséquent, une évaluation théorique de la capacité de travail par un médecin paraît indispensable dans les différents postes retenus.

Cependant, dans mesure où il s'agit de déterminer de façon théorique le taux de capacité de travail dans les différentes activités entrant en considération, la mission de l'expert consistera à apprécier cette question sur la base du seul dossier médical, en fonctions des limitations fonctionnelles objectives constatées par les experts consultés précédemment.

3. Quant au choix de l'expert, la recourante admet que la compétence et l'objectivité du Dr O _____ n'est pas mise en cause. Elle estime toutefois qu'il n'y a pas lieu de le désigner comme expert, dans la mesure où il était médecin-coordonateur de l'expertise du BREM du 7 juillet 2010.

Toutefois, en premier lieu, ce médecin n'a pas personnellement expertisé la recourante. Par ailleurs, rien ne s'oppose à demander à un expert déjà mandaté précédemment un complément d'expertise. La Cour ne voit dès lors aucune raison de ne pas désigner en l'occurrence le Dr O _____ en tant qu'expert judiciaire.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

- A. Ordonne une expertise judiciaire médicale, **sur dossier**.
- B. La confie au Dr O_____.
- C. Dit que la mission de ce médecin sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier médical de Madame H_____.
 - Etablir un rapport écrit et répondre aux questions suivantes :

Dans l'expertise du CEMED du 29 mai 2008, les limitations suivantes ont été retenues: absence de mouvements répétitifs d'élévation et d'abduction du membre supérieur gauche au-delà de 90 degrés, de l'utilisation soutenue des membres supérieurs avec contrainte de rendement et gestuelle rapide, du port de charges répétitives au-delà de 2 à 3 kg, d'une position maintenue en porte-à-faux du buste et des mouvements répétitifs de flexion-extension du rachis, ainsi que nécessité d'alterner librement les positions assise/debout.

Compte tenu de ces limitations, à quel pourcentage évaluez-vous la capacité de travail théorique, respectivement la diminution de rendement de Madame H_____ dans les activités suivantes, sur la base des descriptions des postes dans le dossier (en annexe du courrier du 14 janvier 2012 de l'OAI):

- activité de contrôle de qualité ou de surveillance,
- visiteuse dans l'industrie horlogère,
- surveillante de magasin,
- conditionnement léger, par exemple pour la mise en boîte de médicaments
- ouvrière à l'établi (montage-assemblage-emboîtement)
- étiqueteuse
- aide de laboratoire?

Il conviendrait de préciser le cas échéant pourquoi vous estimez la capacité de travail ou le rendement sont diminués dans ces activités.

- D. Invite le Dr O_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires à la Chambre de céans.
- E. Réserve le fond.

F. 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

La présidente

Laure GONDRAND

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le