

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3144/2014

ATAS/443/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 mai 2016

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o B_____, à VERSOIX,
représentée par l'Association pour la permanence de défense des
patients et des assurés (APAS)

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1964, est devenue sourde à 80% de l'oreille droite et à 100% de l'oreille gauche à l'âge de 2 ans, suite à un traitement contre la tuberculose.

L'assurée a suivi une formation de laborantine en chimie - profession qu'elle n'a toutefois que peu exercée - avant d'en suivre une autre, qui lui a permis d'enseigner la langue des signes.

2. Le 4 décembre 2007, l'assurée a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) une demande de placement. Elle a indiqué avoir travaillé de janvier 2005 à juin 2007 comme aide-soignante à 80 % et avoir exercé comme activité accessoire, notamment, celle d'enseignante en langue des signes.

Entendue par le service de réadaptation de l'OAI en date du 12 février 2008, l'assurée a expliqué avoir travaillé en dernier lieu comme aide-soignante pour enfants handicapés jusqu'en juin 2007 à 80%, pour un salaire de CHF 3'398.- par mois. Cette activité n'était plus possible en raison d'une atteinte au poignet l'empêchant de porter plus de 3 kg, mais elle conservait une pleine capacité dans un poste adapté à ses compétences professionnelles et physiques.

Se posait la question d'un possible reclassement pour renforcer l'employabilité à long terme de l'assurée, décrite comme ayant un « fort potentiel » (pce 189 OAI), mais, en septembre 2008, le mandat a été clôturé après que l'assurée a signé avec la Fédération suisse des sourds et malentendants un contrat d'animatrice et enseignante à temps partiel (coordinatrice-projets à 40%).

3. Le 11 mai 2010, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une demande d'aide au placement en expliquant que si elle continuait à exercer son activité professionnelle à raison de 40% dans le département de la langue des signes, elle avait en revanche été licenciée pour raisons économiques par l'entreprise C_____ Sàrl où elle assumait un autre 40%. Elle sollicitait le soutien d'un conseiller de l'OAI dans ses démarches.
4. Par courriers des 17 mars et 23 mai 2011, l'assurée a informé l'OAI qu'elle envisageait une nouvelle formation en vue de l'obtention d'un brevet fédéral de formateur (certificat FSEA), dont elle a demandé que les frais soient pris en charge, ce qui lui a été accordé par décision du 13 juillet 2011 (formation professionnelle initiale et frais supplémentaires pour l'interprétation en langue des signes).
5. L'assurée a été mise en arrêt de travail à compter du 25 juillet 2011 et a été indemnisée par son assurance perte de gain jusqu'au 23 juillet 2013, qui l'a signalée à l'OAI pour détection précoce à la fin de l'été 2011.

-
6. Il ressort d'un rapport des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 28 septembre 2011 que l'assurée a été hospitalisée dans le service de rhumatologie pour des lombosciatalgies gauches apparues à la fin du mois de juillet 2011. L'assurée se plaignait également de nuchalgies importantes et de douleurs dans les épaules, associées à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs.
 7. Une intervention chirurgicale a été pratiquée en décembre 2011 (microdiscectomie L4-L5).
 8. Le 17 février 2012, l'assurée a déposé formellement une demande de prestations en indiquant être en arrêt maladie depuis le 25 juillet 2011.
 9. Dans un rapport médical du 12 mars 2012, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a fait état de rachialgies chroniques sur un syndrome dorso-lombaire vertébral, de lombosciatalgies bilatérales, d'une hernie discale L4-L5 gauche et d'une tendinite du sus-épineux avec déchirure à gauche, en indiquant que l'assurée avait été à nouveau hospitalisée au début du mois et qu'elle était dans l'incapacité totale de travailler.
 10. Dans un rapport du 26 mars 2012, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne et en allergologie, a fait état d'une hernie discale L4-L5 gauche et L5-S1 gauche, d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs à gauche, de cervicalgies mécaniques et d'un syndrome des jambes sans repos. Elle a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail : un asthme et une surdité depuis l'enfance.

Le médecin a précisé que l'assurée avait été hospitalisée depuis juillet 2011, hormis un bref retour à domicile. Les lombo-sciatalgies gauches apparues en juillet 2011 avaient été traitées conservativement, puis de façon chirurgicale en décembre 2011, sans amélioration post-opératoire ; une nouvelle chirurgie était prévue au niveau L5-S1.

L'incapacité de travail avait été totale depuis juillet 2011. En effet, l'assurée ne pouvait ni se déplacer sans déambulateur, ni exercer sa profession.

11. Dans un rapport du 1^{er} mars 2012, le docteur F_____, du service de neurochirurgie des HUG, a indiqué être « un peu perplexe devant le tableau clinique décompensé (...) et les trouvailles très modestes durant la chirurgie », dont il a précisé qu'elle s'était par ailleurs tout à fait bien passée. Selon lui, l'imagerie post-opératoire ne corroborait pas toutes les plaintes.
12. Dans un rapport émanant de la consultation de la douleur du 12 mars 2012, il a été relevé qu'un épisode de douleurs diffuses similaire était apparu six ans plus tôt, qui n'avait pas mis en évidence d'étiologie claire, raison pour laquelle la patiente avait été adressée à un psychiatre, ce qu'elle avait particulièrement mal vécu (cf. pce 300 OAI, p. 38).
13. Dans un bref rapport du 27 juillet 2012, la Dresse G_____ a indiqué qu'il n'y avait pas eu d'évolution dans le status : l'état de sa patiente restait stationnaire

depuis mars 2012, ce qu'a confirmé le même jour la doctoresse H_____, des HUG.

14. Dans un rapport du 2 septembre 2012, la Dresse D_____ a fait état d'un état « plus ou moins stationnaire », avec l'apparition de nouveaux diagnostics : un syndrome douloureux chronique et une insuffisance cortico-surrénale depuis l'été 2011. Le médecin a émis un pronostic défavorable, vu l'apparition de douleurs diffuses en sus du problème rachidien, toujours d'actualité malgré l'intervention chirurgicale pratiquée fin 2011.

15. Le 10 décembre 2012, le docteur I_____ des HUG a fait état d'un conflit ulno-carpien, d'une instabilité du poignet gauche et d'une arthrose radio-ulnaire distale à droite (diagnostics posés en septembre 2012) en précisant que si les douleurs étaient bilatérales au niveau des poignets, le droit semblait toutefois au premier plan.

Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail, probablement jusqu'en janvier 2013, en précisant qu'un geste chirurgical venait d'être réalisé sur la main droite.

16. Dans un rapport du 24 janvier 2013, le Dr I_____ a fait mention d'un état stationnaire, avec une amélioration progressive au niveau des deux mains, tout en continuant à attester d'une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle, qu'il a prolongée le 20 février 2013.

17. Une expertise a alors été demandée à la doctoresse J_____, spécialiste FMH en médecine physique, rééducation et rhumatologie, qui a rendu son rapport le 4 juin 2013, sur la base du dossier, de l'anamnèse et d'un examen clinique détaillé ayant eu lieu en présence d'un interprète en langue des signes (pce 300 OAI).

Après une anamnèse par système, une anamnèse médicamenteuse, une anamnèse professionnelle, la description d'une journée habituelle et la relation des plaintes de l'assurée (au nombre desquelles celles concernant ses épaules, son coude gauche, ses poignets, ses lombaires et ses cervicales), l'experte a décrit ses constatations à l'examen clinique et indiqué qu'elle ne retenait aucun diagnostic rhumatologique ayant une répercussion sur la capacité de travail.

L'experte a retenu une fibromyalgie (versus trouble somatoforme douloureux), des douleurs à l'épaule droite sans substrat anatomique, des lombalgies en L4-L5 et L5-S1, un status post microdiscectomie L4-L5, un status post-opération du poignet droit et un status post-opération du poignet gauche, des cervicalgies intermittentes sur troubles dégénératifs (discopathie C5-C6 et uncarthrose) et enfin, une tendinopathie du sus-épineux avec probable rupture partielle de l'épaule gauche, diagnostics dont elle a considéré qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail.

S'agissant de la surdité, l'experte a relevé qu'elle n'avait pas empêché l'assurée d'entreprendre plusieurs formations et d'exercer différentes activités professionnelles, en dernier lieu comme enseignante de langue des signes.

S'agissant des poignets, elle a noté qu'il y avait eu quatre interventions, en 2003, 2004, 2012 et 2013. L'experte a considéré qu'ils permettaient une activité normale : selon elle, la limitation du port de charges à 2-3 kg était trop restrictive, seuls les mouvements de torsion devaient être évités. Si, dans la profession d'aide-soignante, les contraintes seraient trop importantes, il n'y avait pas de limitation concernant le langage des signes et la frappe sur clavier.

S'agissant des lombosciatalgies L5 gauches, elle a mentionné que, malgré une intervention, les douleurs avaient persisté, alors même que l'ENMG pratiquée en 2012 était strictement normale et permettait raisonnablement d'exclure une lésion radiculaire à point de départ lombaire gauche. L'experte a certes observé une diminution nette de l'amplitude de la flexion lombaire et une limitation des latéroflexions, mais également une incohérence dans ses testings. Elle n'a pas décelé de troubles sensitifs ni de contracture paravertébrale lombaire dorsale ou des muscles fessiers. L'experte a émis l'avis que des lombalgies basses associées à une sciatalgie avec Lasègue négatif ne pouvaient expliquer l'utilisation de cannes ou d'un déambulateur. Sur le plan fonctionnel, elle a souligné que si l'assurée déclarait être très limitée dans ses tâches ménagères, cela ne l'empêchait pas de passer toute une journée à un festival médiéval, observation dont elle a tiré la conclusion que l'intéressée devait retirer un bénéfice secondaire (aide de son conjoint, aide familiale, aide aux soins quotidiens, séances de physiothérapie...). A cet égard, l'experte a relevé que le physiothérapeute de l'assurée avait essayé de la sevrer de ses cannes et ne comprenait pas pourquoi elle utilisait un déambulateur. D'ailleurs, les exercices de renforcement tels que pratiqués avec le physiothérapeute ne pouvaient être effectués qu'en l'absence de douleurs au niveau des épaules et des coudes et avec de bons abdominaux.

S'agissant des douleurs diffuses et aux épaules, elle a rappelé les diagnostics : tendinopathie de la coiffe des rotateurs sans rupture tendineuse, épicondylite probable du coude gauche, arthrose au niveau C8-D1 et suspicion de syndrome douloureux chronique. Au niveau de l'épaule droite, elle a considéré qu'au vu de l'absence de signes de tendinite de la coiffe ou de bursite, il y avait eu guérison depuis mars 2012 ; d'ailleurs, à ce niveau, l'assurée n'était limitée ni en amplitude, ni en force. Concernant le coude gauche, les examens montraient des éléments en faveur d'une épicondylite médiale et latérale modérée, sans bursite de voisinage et sans rupture tendineuse. Au niveau des cervicales, l'experte a noté des zones de contractures métamériques sans contracture des muscles trapèzes supérieurs et inférieurs, ni sensibilité des angulaires de l'omoplate, raison pour laquelle elle a conclu à l'absence de cervicalgies chroniques décompensant la musculature satellite. Quant aux douleurs diffuses décrites en mars 2012, au niveau des membres supérieurs, elle a relevé l'absence de troubles moteurs sensitifs ou réflexes et de lésions radiculaires et noté que le diagnostic de syndrome douloureux chronique avait alors été avancé et repris à mots couverts par le centre multidisciplinaire

d'évaluation du traitement de la douleur, qui avait évalué le nombre de points de fibromyalgie à 17 sur 18.

Enfin, l'experte a également mentionné des sensations vertigineuses présentes depuis la pose d'implants cochléaires, en août 2011, en soulignant qu'elles n'avaient pas empêché l'assurée de travailler depuis lors. Au test de Romberg, l'assurée a été décrite comme démonstrative et caricaturale.

Concernant le traitement médicamenteux, l'experte a indiqué qu'il était complexe à établir (liste longue et inconstante).

En conclusion, selon l'experte, il existe un status post-opératoire des poignets calme et sans interférence avec la pratique de l'enseignement de la langue des signes. Il reste une tendinite du muscle du sus-épineux de l'épaule gauche, sans bursite, soit une problématique durable ou en tout cas grandement améliorable, sans conflit sous-acromial évident, ce qui ne gêne pas la pratique du langage des signes (observations faites lors de l'anamnèse, qui a duré plusieurs heures). Il y a également des lombalgies basses de L4 à S1, avec un status post-opératoire de hernie discale L4-L5 et une discopathie assez importante, mais de toute évidence, cliniquement, il n'existe pas de compression radiculaire L5 ou S1, vu que seuls les points d'émergence des racines sont douloureux et que le Lasègue est négatif. Il n'y a donc a priori aucune gêne à la station debout ou à la marche dans une salle de classe. Enfin, l'épicondylite médiale et latérale du coude gauche est modérée et n'entraîne aucune limitation dans la profession d'enseignante. Au final, aucune limitation n'a été retenue, que ce soit au plan physique, psychique ou social.

Il a été précisé que le travail sur ordinateur nécessiterait une adaptation de l'assise et devrait permettre une alternance des positions. Moyennant ces conditions, la capacité résiduelle de travail dans l'activité habituelle a été évaluée à 100%, avec une diminution de rendement de 20%.

L'experte a rappelé que l'enseignement du langage des signes n'implique aucun port de charge ; selon elle, l'assurée peut se permettre de faire des gestes moins amples et n'est donc pas limitée par la tendinite du sus-épineux de l'épaule gauche ; par ailleurs, elle aurait tout le loisir de s'asseoir pour continuer à donner son cours ; à cet égard, il a été noté qu'elle était restée trois heures assise durant l'anamnèse, sans manifester le besoin de se lever.

La capacité de travail a été évaluée à 0% jusqu'en mars 2012, date à laquelle ont été mises en évidence des douleurs diffuses sans substrat organique, puis à nouveau à 0%, au moment des interventions sur les poignets, en novembre 2012 et jusqu'à fin janvier 2013.

18. L'assurée a alors été adressée pour expertise au docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui a rendu son rapport le 1^{er} mai 2014 (pce 328 OAI), sur la base d'un entretien, de tests psychométriques et du dossier.

Après une anamnèse personnelle, professionnelle, sociale et médicale, l'expert a relevé qu'au vu des documents en sa possession et de l'anamnèse, rien n'indiquait que l'assurée n'ait jamais souffert de troubles psychiques.

Les tests de Hamilton et celui de Beck se sont révélés dans les normes. Des tests psychométriques, l'expert a également tiré la conclusion que l'assurée n'avait pas tenté d'amplifier ou de majorer ses difficultés.

En définitive, compte tenu des douleurs sans substrat organique persistant depuis plus de deux ans et des discordances relevées par l'expert rhumatologue, il a conclu à un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, sans effet sur la capacité de travail, les critères jurisprudentiels n'étant pas remplis pour lui reconnaître un caractère invalidant.

L'expert a relevé que l'assurée se déplaçait sans limitation et qu'elle avait signé parfaitement avec l'interprète.

19. Par décision du 25 septembre 2014, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toutes prestations. L'OAI a constaté que si l'assurée avait été en incapacité de travail depuis juillet 2011, elle avait recouvré une pleine capacité à compter de mai 2012.
20. Dans un rapport du 7 octobre 2014, le docteur L_____, spécialiste en médecine de montagne, a expliqué suivre l'assurée depuis mars 2012 pour ses lombosciatalgies persistantes, associées à un déficit de force du membre inférieur gauche. Il a affirmé que, depuis lors, la capacité de travail avait été de 0% jusqu'au 31 août 2014, puis de 80% dès le 1er septembre 2014. Le médecin a fait état d'une évolution lentement favorable, puisque sa patiente peut désormais généralement se déplacer sans moyen auxiliaire. Les douleurs lombaires basses sans irradiation persistent encore, mais avec une nette amélioration de la force du membre inférieur gauche et des épaules, au niveau desquelles l'assurée a retrouvé une bonne mobilité et n'éprouve plus que de légères douleurs antéro-latérales et en hyper-abduction. Le médecin a encore exprimé son désaccord avec le diagnostic de fibromyalgie retenu par la Dresse J_____.
21. Par écriture du 15 octobre 2014 complétée le 10 novembre 2014, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, en concluant à ce que lui soit reconnu le droit à une rente entière d'invalidité, voire à des mesures professionnelles sous forme d'orientation « dans les différentes variantes possibles du métier de laborantine », de remise à niveau, de réinsertion ou d'aide au placement.

La recourante allègue que depuis la pose d'un implant cochléaire, elle ressent des vertiges qui se sont aggravés au point d'entraîner une instabilité presque permanente.

Par ailleurs, fin juillet 2011, elle a commencé à souffrir de lombosciatalgies gauches. Des examens ont montré une hernie discale en L4-L5 et une intervention chirurgicale a eu lieu le 20 décembre 2011.

Les douleurs ayant augmenté, de nouveaux examens ont été pratiqués, qui ont montré une hernie discale postéro-latérale gauche en L5-S1.

En outre, une échographie des épaules du 31 mai 2013 a mis en évidence une déchirure à proximité de l'insertion antérieure du tendon du sus-épineux sur environ 8 mm de long du côté gauche, ainsi qu'une épicondylite médiale et latérale.

Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont, quant à eux, mis en évidence des lésions dégénératives de la colonne vertébrale, plus particulièrement aux niveaux C5-C6, L4-L5 et L5-S1.

Enfin, fin 2012, l'assurée a également rencontré des problèmes au niveau de ses mains, qui ont nécessité deux interventions chirurgicales.

La recourante conteste les conclusions de la Dresse J_____, à qui elle reproche de minimiser ses plaintes, d'avoir retenu un diagnostic de fibromyalgie pourtant contesté par son médecin traitant, de n'avoir pas tenu compte de ses vertiges et de n'avoir admis aucune incapacité de travail malgré des atteintes avérées aux niveaux des lombaires, des cervicales, des épaules et des mains. Elle fait remarquer qu'il est incongru de considérer qu'elle aurait recouvré une pleine capacité de travail en mars 2012, alors même qu'elle séjournait à Beau-Séjour. Elle fait également grief à l'expert de n'avoir pas pris en considération son traitement, lourd, qui se traduit par une fatigue mentale et physique.

La recourante souligne que le travail d'enseignante de la langue des signes implique une totale participation du corps, presque comme une danse : celui qui s'exprime reste droit pour exprimer le présent, se penche vers l'avant pour exprimer le futur et vers l'arrière pour exprimer le passé ; c'est dès lors tout le corps qui est l'instrument d'expression, raison pour laquelle la langue des signes ne peut s'enseigner en position assise : elle suppose que bras et mains soient constamment en mouvement avec des gestes amples et des rotations, provoquant une lourde charge sur les épaules et les cervicales. La recourante en tire la conclusion qu'il est erroné de prétendre qu'elle pourrait pratiquer son métier en position assise et de nier l'impact de ses problèmes du dos, des épaules et des mains sur sa pratique.

Selon elle, c'est une pleine incapacité de travail qui aurait dû lui être reconnue, étant rappelé qu'elle souffre d'une surdité bilatérale, d'une hernie discale lombaire, d'une dégénérescence de la colonne cervicale, de problèmes aux épaules, d'une limitation articulaire du poignet droit, d'asthme, de vertiges et d'une fatigue mentale et physique inhérente à son traitement.

À l'appui de son recours, l'assuré a notamment produit :

- deux rapports rédigés le 3 juin 2013 par le docteur M_____, radiologue, indiquant une zone de déchirure à proximité de l'insertion antérieure du tendon du sus-épineux de l'épaule gauche sur environ 8 mm et concluant à une épicondylite médiale et latérale modérée sans signe de déchirure du coude gauche ;

- un rapport rédigé le 29 octobre 2014 par le docteur N_____, du service ORL des HUG, indiquant que, dans les suites de l'implant cochléaire en 2001, l'assurée a souffert d'un déficit vestibulaire gauche, confirmé par les derniers bilans effectués en avril 2013 et février 2014 ; qu'actuellement, elle souffre par ailleurs de vertiges intermittents et d'une instabilité pratiquement permanente ; que la présence d'une maladie de Ménière à droite n'est pas complètement exclue ;
 - un bref certificat médical rédigé le 3 novembre 2014 par le Dr L_____, attestant que sa patiente prend des médicaments induisant une fatigue mentale et corporelle ayant un impact sur sa capacité de travail et ajoutant que la position debout statique reste très douloureuse et qu'il lui est par ailleurs impossible de se pencher longtemps en avant ;
 - une liste de ses médicaments.
22. Le 19 novembre 2014, la recourante a encore produit un bref certificat de la Dresse E_____, spécialiste FMH en allergologie et immunologie, daté du 14 octobre 2014, confirmant que sa patiente souffre d'asthme qui nécessite un traitement régulier (bronchodilatateur).
23. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 11 décembre 2014, a conclu au rejet du recours.

L'intimé soutient que le rapport de la Dresse J_____ doit se valoir reconnaître pleine valeur probante. Il considère qu'en l'absence de substrat clairement objectivable aux symptômes douloureux, c'est à juste titre que l'expert a retenu le diagnostic de fibromyalgie, assimilable à un trouble somatoforme douloureux.

S'agissant des vertiges, l'intimé relève qu'ils sont présents depuis la pose d'un implant cochléaire, en août 2001, et qu'ils n'ont pas empêché l'assurée de travailler depuis lors.

Pour le reste, il se réfère à l'expertise psychiatrique du Dr K_____ et en tire la conclusion que la capacité de l'assurée reste pleine et entière.

L'intimé produit à l'appui de sa position un avis émis le 26 novembre 2014 par son service médical régional (SMR).

S'agissant des vertiges, le SMR relève que le Dr N_____ n'a retenu ni limitation fonctionnelle, ni incapacité de travail en lien avec cette problématique. Quant à l'atteinte auditive, il rappelle qu'elle est connue de longue date et que l'assurée a bénéficié d'un appareillage, d'un implant cochléaire et d'une formation adaptée ; au surplus, le médecin spécialiste n'a pas attesté d'incapacité de travail en lien avec cette symptomatologie non plus.

Le SMR en tire la conclusion que les limitations ne peuvent découler que des lombosciatalgies et rachialgies diffuses pour lesquelles l'assurée a déposé sa demande.

Enfin, il rappelle qu'à l'examen, l'expert rhumatologue n'a pas mis en évidence d'atteintes somatiques d'une gravité suffisante pour induire des limitations fonctionnelles ayant des répercussions sur la capacité de travail.

24. Par écriture du 16 février 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle relève une nouvelle fois que la Dresse J_____ est la seule à avoir conclu à une fibromyalgie et répète que la pratique de l'enseignement de la langue des signes implique une totale participation du corps et des mouvements amples et dynamiques qui empêchent l'enseignant de rester en position assise comme un professeur traditionnel.

25. Par écriture du 10 mars 2015, l'intimé a également persisté dans ses conclusions.

Il souligne que l'expert rhumatologue n'a mis en évidence aucun trouble moteur sensitif ou réflexe, aucune lésion radiculaire des membres supérieurs, aucun signe d'arthrite et que le diagnostic de syndrome douloureux chronique a été repris à mots couverts par le Centre multidisciplinaire d'évaluation du traitement de la douleur en mars 2012. L'expert a également souligné l'attitude démonstrative de l'assurée et des douleurs en contradiction avec les données objectives. L'intimé en tire la conclusion qu'en l'absence de signes cliniques permettant d'établir un lien objectif entre les douleurs alléguées et des affections d'origine somatique, c'est à juste titre que le diagnostic de fibromyalgie a été retenu.

26. Par pli du 11 novembre 2015, la recourante a souligné qu'il convenait de distinguer les troubles permanents de l'équilibre dont elle souffre depuis l'implantation cochléaire gauche en 2001 et 2002 de la symptomatologie de vertiges apparue en avril 2013. Ces vertiges ne sont apparus que plus récemment et ne sauraient donc être écartés au motif qu'elle a travaillé depuis 2001.

A l'appui de sa position, la recourante produit une attestation du Dr N_____ qui, dans un certificat du 13 avril 2015, confirme que si sa patiente souffre de troubles permanents de l'équilibre depuis les implantations cochléaires effectuées en 2001 et 2002, la symptomatologie de vertiges, plus récente, remonte à avril 2013.

27. Par écriture du 3 décembre 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à un avis émis le 24 novembre 2015 par le SMR, qui relève que la Dresse J_____ n'a relevé aucune plainte en rapport avec une symptomatologie vertigineuse, pas plus que le Dr K_____, ni même le médecin traitant, dans ses certificats d'octobre et novembre 2014.

28. Par pli du 21 décembre 2015, la recourante a relevé que, contrairement à ce qu'alléguait le SMR, la Dresse J_____ avait bel et bien mentionné à plusieurs reprises ses plaintes vertigineuses dans son expertise (p. 18, § 5 et 7, p. 24 § 5 et p. 28). Quant au Dr K_____, psychiatre, il n'avait pas lieu de se prononcer sur ce point.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, ont entraîné 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).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.
6. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

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^{er} janvier 2008).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est donc 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).

7. En l'occurrence, l'experte rhumatologue a retenu le diagnostic de fibromyalgie (versus trouble somatoforme douloureux), formellement contesté par la recourante.
8. C'est le lieu de rappeler que 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).

9. Le Tribunal fédéral a durant longtemps déterminé les conditions auxquelles des tableaux cliniques psychosomatiques (cf. ATF 137 V 64, consid. 4.3, p. 69) pouvaient donner droit à une rente d'invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2, p. 353, ATF 131 V 49, consid. 1.2, p. 50) en se basant sur la présomption qu'il était possible de surmonter un trouble douloureux somatoforme ou ses effets par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés, qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Au premier plan figurait l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Les autres critères déterminants étaient : la présence d'affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit

mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, « fuite dans la maladie ») et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352).

Mais dans un arrêt récent (9C_492/2014 du 3 juin 2015), notre Haute Cour a repensé la jurisprudence établie depuis l'ATF 130 V 352 en tenant compte, d'une part, de l'expérience accumulée au cours des onze années s'étant écoulées depuis cet arrêt de principe, d'autre part, des critiques formulées par la doctrine médicale et juridique à l'encontre de cette jurisprudence et de sa mise en œuvre.

Le Tribunal fédéral a dû convenir que la présomption du caractère surmontable retenue jusqu'alors s'opposait à une investigation complète des circonstances déterminantes pour l'incapacité de travail. Au surplus, la présomption favorisait la conception que le caractère surmontable était indivisible, de sorte que seule une incapacité de travail entière pouvait entrer en considération (arrêt op. cit. consid. 3.4.2).

Fort de ce constat, le Tribunal fédéral a choisi de remplacer le modèle règle/exception ayant cours jusqu'alors par une grille d'analyse structurée et normative (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il préconise une nouvelle méthode pour apprécier la question de savoir si le trouble douloureux diagnostiqué entraîne une incapacité de travail entière ou partielle : au moyen d'un catalogue d'indicateurs, la capacité de travail effectivement atteignable est soumise à une appréciation symétrique sans résultat prédéfini – qui tient compte des facteurs extérieurs incapacitants, d'une part, des potentiels de compensation (ressources), d'autre part (arrêt op. cit. consid. 3.6).

Il sied toutefois de souligner que l'abandon de la présomption du caractère surmontable de la douleur n'a pas d'influence sur l'exigibilité et la nécessité d'une preuve objective : il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

10. Les observations médicales constituent le point de départ de l'examen du droit à la rente conformément aux art. 4 al. 1 LAI et 6ss LPGA (en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA) : une limitation de la capacité de travail ne peut donner droit à des prestations que si elle résulte d'une atteinte à la santé ayant fait l'objet d'un diagnostic indiscutable, établi par un médecin spécialiste de la discipline concernée) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (arrêt op. cit., consid. 2.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Les experts doivent donc donner des explications quant au diagnostic, afin d'établir le caractère de maladie, mais également quant aux atteintes concrètes des fonctions nécessaires à la gestion du quotidien, lesquelles seront aussi reprises dans l'estimation de la capacité de travail. A cet égard, il ne faut inclure dans la « preuve cohérente d'une activité et d'une participation perturbées » que des déficits

fonctionnels émanant des observations qui ont également été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par un examen consciencieux de plausibilité (arrêt op. cit. consid. 2.1.2 ; ATF 140 V 290, consid. 3.3.1, p. 296 et consid. 3.3.2 au début, p. 297).

Il convient également que les experts se prononcent sur l'existence ou non d'une limitation résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (se manifestant par une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ou encore, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact étant précisé qu'un simple comportement explicite n'indique pas en soi une exagération ; arrêt op. cit. consid. 2.2.1).

11. Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité.

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas.

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.

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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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), aux syndromes de fatigue chronique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008,

consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 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). S'agissant en particulier des troubles moteurs dissociatifs, le TF a confirmé à plusieurs reprises sa jurisprudence, notamment dans plusieurs arrêts de principe (cf. ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 p. 13 s.; 137 V 64 consid. 4.2 p. 68; 136 V 279 consid. 3.2.1 p. 282 ; cf. également arrêt 8C_607/2015 du 3 février 2016).

On ne parle plus de « critères » mais d'« indicateurs », c'est-à-dire d'éléments de preuve déterminants servant à établir un état de fait donné (arrêt op. cit. consid. 4.1.29.), les réponses des experts médicaux constituant des indices devant aider à pallier à la difficulté d'apporter la preuve dans l'évaluation de l'incapacité de travail lors de troubles psychosomatiques.

Ces indicateurs peuvent être systématisés de la manière suivante :

Catégorie « degré de gravité fonctionnel »

- complexe « atteinte à la santé » :

- expression des éléments pertinents pour le diagnostic
- succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard
- comorbidités

- complexe « personnalité » : diagnostic de la personnalité, ressources personnelles

- complexe « contexte social »

Catégorie « cohérence » (comportement)

- limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de la vie

- poids des souffrances révélé par l'anamnèse (cf. traitements et réadaptation)

12. En l'espèce, l'experte rhumatologue a rendu un rapport basé sur une documentation complète et des diagnostics précis, comportant une discussion convaincante des diagnostics retenus et apportant des réponses motivées, exhaustives et sans équivoque aux questions posées. Elle peut donc se voir reconnaître pleine valeur probante.

Le diagnostic de fibromyalgie contesté par la recourante a été évoqué de manière non catégorique par l'experte - qui a mentionné un différentiel avec un trouble somatoforme douloureux - en raison des douleurs diffuses invoquées, sans substrat organique, étant précisé que le centre de la douleur avait évoqué 17 points positifs sur 18.

Si l'on retient un tel diagnostic, les conditions permettant de lui reconnaître un caractère invalidant ne sont clairement pas réunies au vu des ressources dont dispose la recourante, décrite comme « à fort potentiel » par la division de

réadaptation de l'intimé, ce que corroborent les observations de l'expert psychiatre, qui n'a pas décelé la moindre anxiété ou dépression. On ajoutera que l'assurée dispose d'une bonne intégration sociale, qu'elle ne rencontre aucun problème de personnalité et que les traitements mis en œuvre ont finalement porté leurs fruits puisque le médecin traitant a fait état d'une amélioration certaine.

La recourante se contente en réalité de contester le diagnostic de fibromyalgie posé par l'experte rhumatologue sans démontrer en quoi les conclusions de celle-ci concernant sa capacité de travail seraient erronées. A cet égard, force est de constater que l'experte rhumatologue a bel et bien examiné toutes les atteintes somatiques mises en évidence par le dossier médical et argumenté avec précision les raisons qui la conduisaient à ne pas retenir de limitations :

- s'agissant des poignets, elle a constaté un status post-opératoire calme et sans interférence avec la pratique de l'enseignement de la langue des signes ;
- au niveau de l'épaule droite, elle a souligné l'absence de signes de tendinite de la coiffe, de bursite ou de conflit sous-acromial évident et de limitations en termes de force ou d'amplitude ;
- concernant le coude gauche, si les examens montraient des éléments en faveur d'une épicondylite médiale et latérale, celle-ci était modérée, l'experte a noté qu'il n'y avait ni bursite de voisinage, ni rupture tendineuse ;
- s'agissant des lombalgies basses, elle a admis une discopathie assez importante, tout en soulignant l'absence de compression radiculaire ;
- au niveau des cervicales, l'experte a relevé l'absence de décompensation de la musculature satellite ;
- quant aux douleurs diffuses décrites en mars 2012, au niveau des membres supérieurs, elle a relevé l'absence de troubles moteurs sensitifs ou réflexes et de lésions radiculaires.

Les observations de l'experte sont corroborées notamment par la perplexité dont faisait déjà état le Dr F_____ en mars 2012, qui parlait alors de « trouvailles très modestes durant la chirurgie ».

La recourante n'amène en particulier aucun élément médical permettant de mettre en doute les conclusions de l'experte. Le Dr L_____, dont elle produit les rapports admet lui-même que sa patiente a recouvré sa capacité de travail initiale (80%). Certes, selon lui, cela ne serait le cas que depuis septembre 2014, mais il ne motive pas l'incapacité qu'il reconnaît à sa patiente jusqu'à cette date.

Reste le problème des vertiges apparus récemment, en sus du déficit vestibulaire déjà connu depuis 2001. S'il est vrai que l'experte s'est apparemment méprise en considérant qu'il s'agissait-là d'une seule et même problématique, on constatera que le Dr N_____ ne fait état d'aucune incapacité de travail en lien avec cette pathologie.

Enfin, les arguments de la recourante quant à l'impossibilité, en dépit des dires de l'experte, à assumer son rôle d'enseignante en langue des signes, ne convainquent pas. A cet égard, on relèvera que l'experte a pu observer que, durant trois heures, l'assurée avait bel et bien pu signer sans problème en position assise, et que le Dr K_____ a fait des observations analogues. Quant à l'assertion du Dr L_____ selon laquelle le traitement pris par sa patiente aurait des répercussions fonctionnelles en termes de fatigue, elle n'est ni étayée, ni évaluée. En particulier, il n'argue pas que ces répercussions seraient supérieures aux 20% de diminution de rendement admis par la Dresse J_____.

Qui plus est, il a été établi que le travail sur ordinateur restait possible, moyennant une adaptation de l'assise et une alternance des positions, de sorte que rien ne s'oppose à ce que la recourante poursuive le travail administratif qui constituait déjà par le passé la majeure partie de son taux d'occupation.

Eu égard aux considérations qui précèdent, la Cour de céans fait siennes les conclusions de la Dresse J_____ selon lesquelles la capacité de travail n'a été de 0% que jusqu'en mars 2012, date à laquelle les atteintes orthopédiques ont laissé la place à des douleurs diffuses sans grand substrat organique. Même en admettant une prolongation de l'incapacité de travail le temps de l'hospitalisation de la recourante, il n'en demeure pas moins que cette incapacité débutée fin juillet 2011 n'aura pas duré une année. Il en va de même de la période d'incapacité consécutive aux opérations des poignets, de novembre 2012 à janvier 2013.

Il ressort de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles, les activités précédentes étant exigibles de sa part.

En revanche, il lui est loisible de s'adresser à l'intimé pour lui demander une aide au placement pour l'accompagner dans ses démarches, qu'il lui appartiendra de motiver.

Dès lors, le recours est rejeté.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le