REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4509/2011 **ATAS/249/2012**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 mars 2012

8ème Chambre

En la cause

Madame C_____, domiciliée à Thônex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Georges BAGNOUD — recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève — intimé

Siégeant : Thierry STICHER, Président suppléant; Maria Esther SPEDALIERO et Hans KERN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame C_____ (ci-après : la recourante), née en 1956, mariée et mère d'un enfant né en 1995, employée de maison (gouvernante), mais au bénéfice d'une formation en comptabilité et ressources humaines effectuée au Brésil, a déposé une demande de prestations AI pour adulte le 11 octobre 2006, auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : OAI), en raison de douleurs de la hanche, de la jambe droite et du bras droit s'étant également aggravées pour se porter du côté gauche.

2. Dans un rapport du 23 octobre 2006, le Dr L_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, diagnostiqua des lombosciatalgies bilatérales non déficitaires chroniques depuis 1995, mais surtout depuis l'année 2000 approximativement. Il mentionnait également des migraines mais sans répercussion sur la capacité de travail.

   La recourante avait connu diverses périodes d'incapacité de travail dès l'année 2004. S'agissant de la capacité de travail actuelle, le Dr L_____ renvoyait à l'avis du Dr M_____.

   Le Dr L_____ joignait à son rapport différents avis médicaux, dont il ressort notamment ce qui suit :

   a) Le Centre multidisciplinaire d'études et de traitement de la douleur des HUG, sous la plume de la Dresse N_____, diagnostiqua des lombosciatalgies S1 bilatérales chroniques non déficitaires. Dans son dernier rapport, daté du 26 septembre 2006, la Dresse N_____ indiquait avoir tenté de rassurer la patiente sur l'absence d'indication d'une atteinte neurologique et l'avoir encouragée à poursuivre le travail de remusculation entrepris au fitness. S'agissant de son travail, il était indiqué que la recourante avait de la peine à gérer d'une part le stress lié au conflit avec une collègue et d'autre part, les exigences de ses patrons.

   b) Dans un rapport du 13 octobre 2005, le Dr O_____, spécialiste FMH en neurologie, indiquait que tant l'examen neurologique clinique que l'examen ENMG, parlaient en faveur d'une atteinte algique irritative et non déficitaire L5 à droite.

   c) La recourante a été hospitalisée du 20 avril au 4 mai 2006 au service de rhumatologie des HUG. Les diagnostics suivants furent posés : lombosciatalgies S1 bilatérales chroniques non déficitaires depuis 1995 sur trouble dégénératifs sans conflit radiculaire et migraines occasionnelles. L'examen clinique à l'admission ne mettait pas en évidence de déficit neurologique mais des signes d'irritation radiculaire. Un nouvel ENMG du membre inférieur droit avait

confirmé l'absence de dénervation aiguë ou chronique, étant précisé cependant qu'une atteinte irritative ne pouvait être exclue, de sorte que la recourante a été mise au bénéfice d'un traitement de physiothérapie intensive et d'un traitement antalgique adapté. L'évolution a été très lentement favorable.

d) Des IRM des 9 novembre 2004 et 24 août 2005 avaient montré une protrusion discale L4-L5 médiane paramédiane droite au contact des émergences L5 mais de façon prédominante à droite dans un contexte de canal lombaire congénitalement petit entraînant une décompensation modérée de ce dernier, ainsi que des kystes de Tarlov, des racines sacrées ainsi que de L5 au niveau pelvien gauche. En août 2005, il avait été constaté une légère régression de l'image protrusive discale L4-L5 paramédiane droite.

3. Dans son rapport du 8 novembre 2006, le Dr M_____, médecin interne FMH et maladie rhumatismale posait le diagnostic de lombosciatalgies chroniques bilatérales depuis l'année 2000. Il précisait que sa patiente présentait des lombosciatalgies droites depuis l'âge de 11 ans, mais que celles-ci avaient fait l'objet d'une très forte exacerbation depuis l'année 2000. Il en découlait une incapacité de travail de 100% dès le 16 janvier 2006, puis de 50% dès le 15 mai 2006. Selon le Dr M_____, cette incapacité de travail devait prochainement évoluer vers une incapacité de travail complète.

   Par la suite, soit le 8 janvier 2007, le Dr M_____ attesta d'une incapacité totale dès le 1er janvier 2007.

   Dans un avis du 21 février 2007, il indiqua que l'état de la recourante s'était aggravé depuis le mois d'octobre 2006, de sorte que depuis le 1er janvier 2007, son incapacité de travail était complète, ceci tant dans l'activité habituelle de gouvernante que dans toute autre activité.

4. Dans un avis médical du 6 juin 2007, le Dr P_____, du Service médical régional AI pour la suisse romande (ci-après : SMR), relevait que les documents médicaux en sa possession étaient discordants car l'IRM du 25 août 2005 concluait à une légère régression de l'image protrusive discale L4-L5 paramédiane droite alors que le Dr M_____ indiquait dans son rapport du 8 novembre 2006 que la recourante ne pouvait pas même utiliser les transports publics, ne tenant à peine debout. Il prescrivit ainsi un examen rhumatologique.

5. Ledit examen eut lieu le 29 juin 2007 au SMR et fut pratiqué par le Dr Q_____, médecine physique et rééducation FMH et rhumatologie FMH.

   Il ne fut posé aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. En revanche, mais sans répercussion sur la capacité de travail, il fut diagnostiqué des lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de protrusion discale L4-L5 et de troubles dégénératifs postérieurs L5-S1.

Il fut considéré qu'il n'était pas possible de spécifier si les douleurs de la recourante étaient de type mécanique ou inflammatoire, en raison d'éléments contradictoires de l'anamnèse, notamment la discordance entre l'absence de douleurs nocturnes et la présence d'un dérouillage matinal prolongé. La recourante était capable de faire des entraînements de fitness deux fois par semaine et d'améliorer son endurance à l'effort au cours des semaines alors qu'elle décrivait des douleurs insupportables l'après-midi, nécessitant de s'allonger. A domicile, la recourante était capable de faire la grande partie du ménage, en étant aidée par son mari uniquement pour les tâches lourdes. Il fut noté que la recourante avait un comportement algique marqué, mais que les difficultés à la marche fluctuaient selon l'attention montrée par l'examinateur. Par ailleurs, la corrélation entre la localisation des troubles dégénératifs visibles sur la radiographie et les douleurs décrites à la palpation était faible. Une composante de fibromyalgie était évoquée.

Finalement, le Dr Q_____ concluait à une capacité de travail complète tant dans l'activité habituelle de gouvernante que dans une activité adaptée, ceci depuis toujours, et sans retenir de limitation fonctionnelle.

6. Par projet de décision du 24 août 2007, l'OAI envisageait de rejeter la demande de prestations de la recourante, se fondant sur l'avis du Dr Q_____.

7. Par courrier du 2 septembre 2007, l'employeur de la recourante fit part de son étonnement, indiquant que cette dernière était une personne plutôt dévouée, honnête et désireuse de travailler, dont l'incapacité d'exercer un travail était réelle.

8. Par courrier du 4 septembre 2007, la recourante demanda que son dossier soit réexaminé et que contact soit pris avec ses médecins.

   Par nouveau courrier, daté par erreur du 4 septembre 2007, mais reçu par l'OAI le 21 septembre 2007, la recourante transmettait différents éléments médicaux.

9. Le 24 septembre 2007, le Dr L_____ écrivit à l'OAI afin de lui faire part de sa surprise quant à l'appréciation du Dr Q_____ selon laquelle il existerait des discordances entre les allégations de l'assurée et les constatations objectivables, remarquant qu'il était faux de prétendre qu'il n'y avait pas de souffrance si cela n'était pas constatable radiologiquement. Quant aux éléments d'anamnèse contradictoires, il était relevé que la recourante était de langue maternelle portugaise et peinait à comprendre les subtilités anamnestiques rhumatologiques.

   Le Dr L_____ n'apportait toutefois aucun élément médical.

10. Dans un avis du 1er novembre 2007, le Dr Q_____ confirma son rapport d'examen rhumatologique du 29 juin 2007. Il rappelait avoir tenu compte de l'ensemble des éléments médicaux à disposition, que la constatation quant à une discordance majeure entre les allégations de l'assurée et les constatations

objectivables reposait non seulement sur les constatations des examens complémentaires mais également sur les données anamnestiques et sur l'examen clinique. L'assurée s'était par ailleurs fort bien exprimée pendant l'entretien, bien qu'elle soit de langue maternelle portugaise.

Selon le Dr Q_____, il ne fallait pas comprendre de son avis que l'assurée disait faux concernant ses souffrances, mais que les plaintes avancées par elle n'étaient pas expliquées par une atteinte à la santé somatique suffisante pour justifier une incapacité de travail.

11. Par décision du 11 octobre 2006, l'OAI rejeta la demande de prestations de la recourante, au motif qu'elle n'avait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. Il se fondait sur les avis du Dr Q_____.

12. La recourante contesta cette décision auprès de l'ancien Tribunal cantonal des assurances sociales par acte du 11 décembre 2007.

    Dans ce cadre, l'instruction médicale révéla ce qui suit :

    a) Selon un rapport d'IRM fonctionnel de la colonne lombaire du 17 janvier 2008 effectuée par FMRI Zentrum : « hormis les cystes radiculaires S1 et S2, cet examen est dans les limites de la norme ».

    b) Lors de son audition, le 25 septembre 2008, la recourante indiqua qu'il avait été constaté la veille une inflammation des articulations. Elle indiquait prendre de la morphine et être à tel point handicapée qu'elle n'arrivait pas à exécuter les travaux ménagers lesquels étaient effectués par son mari. Elle n'avait jamais eu de conflit particulier avec sa collègue. L'assurance-chômage avait considéré que sa capacité de travail était de 25%, de sorte qu'elle était inapte au placement. Elle avait effectué des infiltrations et fait des exercices de fitness ainsi que de la physiothérapie. La morphine atténuait les douleurs sans toutefois les faire disparaître.

    c) Le Dr L_____ fut entendu le 21 novembre 2008. Il indiqua traiter la recourante depuis 1992. La fluctuation des degrés d'incapacité de travail mentionnés dans son rapport du 23 octobre 2006 découlait du fait que la recourante avait souhaité faire des essais de reprise de travail qui ne s'étaient pas révélés concluants. Il fallait constater l'échec des traitements dans leur globalité, malgré l'intervention de nombreux spécialistes. Selon le Dr L_____, l'incapacité de travail au moment de l'audition était de 100% dans toute activité.

       Par ailleurs, compte tenu des douleurs de la recourante, il y avait quasi inévitablement un épuisement psychique. La recourante prenait des

antidépresseurs servant également contre la douleur. Elle n'avait pas été adressée à un psychiatre.

d) Le Dr M_____ fut entendu le même jour. Il indiqua soigner la recourante depuis le mois de novembre 2005 et la recevoir en moyenne une fois par mois. Il confirma les taux d'incapacité de travail mentionnés dans ses rapports, estimant que l'incapacité de travail au moment de l'audition était de 100% en raison des difficultés à se tenir debout et à se déplacer en plus des lourds traitements qui ne servaient qu'à rendre la vie supportable mais n'amélioraient nullement la situation sur le plan médical.

Au début, la recourante était très motivée mais par la suite, en raison des échecs accumulés, un découragement, voire une déprime s'était installée. Comme il s'agissait d'une dépression légère, un antidépresseur avait été prescrit.

Le Dr M_____ ne voyait pas de possibilité permettant de recouvrer une capacité de travail. Depuis environ 8 mois, la recourante se plaignait de douleurs articulaires. Il s'agissait d'une maladie rhumatismale inflammatoire actuellement traitée, dont l'existence n'avait pas été communiquée à l'AI mais était susceptible de provoquer une incapacité de travail complète.

e) Dans un avis médical du 19 décembre 2008, la Dresse R_____ du SMR considéra que les avis des Drs L_____ et M_____ étaient contradictoires. Le Dr L_____ n'avait pas une vision objective de la situation et le Dr M_____ n'évoquait pas des éléments médicaux mais uniquement les plaintes de la recourante.

Compte tenu des nombreux éléments incohérents et en présence de nouveaux éléments, il convenait de réinstruire le dossier.

13. Suite à un arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 20 août 2009, annulé en raison d'une inadvertance dans sa rédaction par arrêt du Tribunal Fédéral du 23 février 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales statua à nouveau le 29 avril 2010, annulant la décision de l'OAI du 12 novembre 2007 et lui retournant la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision, donnant suite à une demande de l'OAI du 6 janvier 2009.

14. Dans un avis du 26 juillet 2010, le Dr U_____, neurologue FMH, diagnostiqua des migraines depuis l'âge de 14 ans, en aggravation avec toutefois un pronostic favorable. Il n'en découlait pas d'incapacité de travail.

15. Dans un rapport médical intermédiaire du 8 août 2010, le Dr M_____ précisa que l'état de santé de la recourante était stationnaire, sans changement dans les diagnostics, et justifiait une incapacité de travail totale.

16. Selon une note d'entretien téléphonique du 15 octobre 2010, entre le Dr S_____ et le Dr M_____, ce dernier, interrogé quant à l'existence d'un rhumatisme inflammatoire et des faits nouveaux répondit ce qui suit :

    - Il existait un facteur antinucléaire discrètement élevé, non diagnostic d'un rhumatisme inflammatoire. Le facteur rhumatoïde et les AC anti-citrullines étaient négatifs. Les arthralgies avaient un peu réagi au traitement et ne constituaient quoi qu'il en soit pas l'entier du problème, qui était lombaire.

    - Il existait effectivement une discordance radio-clinique mais lorsque la patiente venait avec un dos courbé de côté, il existait une contracture, laquelle avait disparu avec le temps, était précisé qu'une restriction de la mobilité de la colonne restait cependant présente.

    - Le Dr M_____ ne s'expliquait pas ces problèmes et estimait qu'il n'y avait pas de fibromyalgie mais qu'il pourrait s'agir d'un problème psychiatrique. La recourante avait été suivie par la consultation de la douleur et avait reçu des antidépresseurs. Le Dr M_____ ne la jugeait toutefois pas dépressive actuellement.

    - Le Dr M_____ n'avait pas l'impression qu'il s'agisse d'une simulation et avait été très surpris du rapide processus d'invalidation qui s'était mis en place.

17. Dans un avis médical du 17 décembre 2010, le Dr S_____, FMH en médecine interne, du SMR, considéra qu'il n'y avait pas d'éléments permettant de se démarquer des conclusions du rapport médical du Dr Q_____, sous réserve de l'avis du rhumatologue traitant évoquant un état dépressif et un élément douloureux qui devrait être examiné sous l'angle psychiatrique.

    Le Dr S_____ préconisa ainsi la mise sur pied d'une expertise psychiatrique.

18. Celle-ci fut confiée au Dr T_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel établit son rapport le 13 mai 2011.

    Le Dr T_____ diagnostiqua un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale chronique, ceci avec répercussion sur la capacité de travail, ainsi qu'une personnalité histrionique, mais sans répercussion sur la capacité de travail.

    Le Dr T_____ conclut à l'absence de comorbidité psychiatrique majeure dans le sens d'un état dépressif, d'un trouble anxieux ou d'une pathologie psychiatrique clairement constituée. Il estime qu'il n'y a aucun indice permettant de justifier une diminution de la capacité de travail d'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail devant être considérée comme totale, au niveau psychique, dans toute activité médico-théorique adaptée, ceci depuis toujours.

Le Dr T_____ indique retrouver une discordance entre le discours souvent assez dramatique de l'assurée et son attitude très joviale et souriante. Il note par ailleurs que les valeurs du profil psychométrique ne sont pas corroborées par l'examen clinique, ce qui suggère en général une tendance à la dramatisation ou à l'amplification des plaintes.

Enfin, le Dr T_____ relève que la problématique douloureuse a certainement pris racine d'abord sur un conflit professionnel puis sur un conflit conjugal larvé, la recourante tirant des bénéfices secondaires importants de son statut de malade.

19. Dans un avis médical du 24 juin 2011, le Dr S_____ écarta un trouble somatoforme et confirma les constatations du rapport du SMR du Dr Q_____.

20. Par projet de décision du 13 juillet 2011, l'OAI projeta derechef de rejeter la demande de la recourante.

21. Par courrier de son conseil du 6 septembre 2011, la recourante demanda formellement qu'une expertise rhumatologique soit mise sur pied compte tenu des déclarations faites par ses médecins traitants devant le Tribunal cantonal des assurances sociales.

22. Dans un avis médical sur audition du 7 novembre 2011, le Dr S_____ rappela qu'un examen rhumatologique avait été effectué au SMR le 29 juin 2007 par un rhumatologue FMH et que le rapport du rhumatologue traitant avait été pris en compte. Il ressortait d'une conversation téléphonique du 15 octobre 2010 avec ce dernier qu'il n'existait pas de rhumatisme inflammatoire à proprement parler qui puisse faire l'objet d'un diagnostic connu après bilan biologique. L'instruction était complète.

23. Par décision du 16 novembre 2011, l'OAI rejeta la demande de prestations de la recourante.

24. Cette dernière, par acte remis à la poste le 30 décembre 2011 contesta cette décision auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice, concluant à ce que la décision du 16 novembre 2011 soit annulée et à ce qu'il soit mis sur pied une expertise rhumatologique, ceci sous suite de frais et dépens.

    La recourante se référait à l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 29 avril 2010 et à l'arrêt du Tribunal Fédéral du 23 février 2010, ainsi qu'à la détermination de l'OAI du 6 janvier 2009.

25. L'OAI répondit par acte du 9 janvier 2012, concluant au rejet du recours.

    L'instruction médicale avait été complétée par l'interrogatoire des médecins traitants, ainsi que par une expertise psychiatrique. Les raisons pour lesquelles une

expertise rhumatologique n'avait pas été mise sur pied étaient clairement expliquées dans l'avis du SMR du 7 novembre 2011.

26. Interrogé au sujet de la date de notification de la décision du 16 novembre 2011, l'OAI indiqua, par courrier du 21 février 2012, que dite décision avait été adressée par pli simple, de sorte qu'elle ne disposait pas de récépissé postal.

27. La cause fut gardée à juger le 23 février 2012.

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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. L'application de la LPGA et de la LAI a été traitée dans le cadre de l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 29 avril 2010, aujourd'hui en force, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

3. Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a, 122 I 100 consid. 3b, 114 III 53 consid. 3c et 4, 103 V 65 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b, 121 V 6 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF non publié du 5 mai 2008, 8C_621/2007; consid. 4.2).

   En l'espèce, la recourante allègue, sans être contredite, avoir reçu la décision du 16 novembre 2011, le 18 novembre 2011.

   Ainsi, le recours adressé au greffe de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice par pli postal du 30 décembre 2011 intervient en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la période de suspension des délais du 18 décembre au 2

janvier inclus (art. 38 al. 4 lit. c LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. La recourante remet en cause l'instruction médicale, considérant qu'une expertise rhumatologique devait être mise sur pied.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

   Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

   Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

6. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

   S’agissant du médecin traitant, 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 353, consid. 3b/cc et les références).

   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 p. 352) 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 p. 175; arrêt 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.

7. a) En l'espèce, la recourante fonde son recours sur le seul argument qu'une expertise rhumatologique serait indispensable. Elle ne motive toutefois pas sa position, si ce n'est en faisant référence aux arrêts du Tribunal fédéral du 23 février 2010 et du Tribunal cantonal des assurances sociales du 29 avril 2010, renvoyant auxdites décisions.

L'arrêt précité du Tribunal fédéral se borne toutefois à constater que, par inadvertance liée à une erreur de classement des actes au dossier, le Tribunal cantonal des assurances sociales avait rendu sa première décision sur la base d'un dossier incomplet, et sans se prononcer sur l'ensemble des conclusions. Cet arrêt du Tribunal fédéral n'est ainsi d'aucun secours à la recourante, que ce soit quant au fond ou quant à l'instruction médicale du dossier.

Quant à l'arrêt précité du Tribunal cantonal des assurances sociales, il a renvoyé le dossier à l'OAI, faisant droit aux conclusions en ce sens de ce dernier, qui estimait qu'il existait « de nombreuses incohérences manifestes sur le plan médical ainsi que des éléments nouveaux ». Le Tribunal cantonal des assurances sociales n'a ainsi ni examiné le fond, ni prescrit les mesures médicales à mettre en œuvre par l'OAI dans le cadre du renvoi. Cette décision n'est ainsi d'aucune utilité non plus à la recourante.

b) Reste à examiner si une expertise rhumatologique s'imposait, afin d'élucider l'état de fait médical pertinent.

Une fois le dossier retourné à l'OAI, le Dr S_____ du SMR reprit l'instruction médicale, interrogeant les différents médecins de la recourante. Au plan rhumatologique, l'avis du 8 août 2010 du Dr M_____, rhumatologue traitant, était que l'état de la recourante était stationnaire.

Le Dr S_____ prit encore contact téléphoniquement avec le Dr M_____, lequel confirma qu'un diagnostic de rhumatisme inflammatoire ne pouvait être posé, que les arthralgies avaient réagi au traitement et ne constituaient pas l'entier du problème, qu'il existait effectivement une discordance radio-clinique, qu'il ne s'expliquait pas les problèmes de sa patiente, qu'il n'y avait pas de fibromyalgie, qu'il n'avait pas l'impression qu'il s'agisse de simulation, et qu'il pourrait s'agir d'un problème psychiatrique.

Dans ces conditions, et compte tenu du rapport d'examen rhumatologique au SMR le 29 juin 2007 par le Dr Q_____, détaillé, convainquant et ayant pleine valeur probante, il n'était nullement utile de mettre en œuvre une expertise rhumatologique. A ce stade, la Chambre des assurances sociales relèvera que l'avis du Dr Q_____ n'a pas été sérieusement remis en cause d'un point de vue médical. Seul le Dr L_____ l'a critiqué, mais en termes généraux et sans argumentation médicale pertinente.

Le Dr S_____ a pris en compte l'avis du rhumatologue traitant en mettant en œuvre une expertise psychiatrique, puisque l'explication pouvait relever de cette spécialité.

Il s'avère ainsi que l'instruction médicale menée par l'OAI, respectivement le SMR est complète et sérieuse, de sorte que les critiques de la recourante, d'ailleurs formulées en termes vagues et généraux sont dénuées de fondement.

c) Enfin, la Chambre des assurances sociales constate que tant d'un point de vue rhumatologique (rapport d'examen du SMR du 29 juin 2007) que d'un point de vue psychiatrique (expertise du Dr T_____ du 13 mai 2011), la capacité de travail dans l'activité habituelle reste entière. Le Dr T_____ a certes diagnostiqué un trouble douloureux avec répercussion sur la capacité de travail, mais a conclu à l'absence de comorbidité psychiatrique majeure. De la sorte, son avis n'est pas contradictoire.

L'avis du Dr T_____ n'est d'ailleurs remis en cause par aucun médecin et revêt une pleine valeur probante.

Comme déjà indiqué, bien que le rhumatologue et le médecin traitant aient une appréciation différente du Dr Q_____ au sujet de la capacité de travail, l'avis de ce dernier n'a pas été sérieusement remis en cause et revêt une pleine valeur probante.

Enfin, sur le plan neurologique, le Dr U_____ a écarté toute incapacité de travail liée aux migraines dont souffre la recourante.

Ainsi, c'est à bon droit que l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de la recourante.

8. Le recours sera ainsi rejeté.
9. Un émolument de 200 fr. est mis à charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. 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	Le président suppléant
Isabelle CASTILLO	Thierry STICHER

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