

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/136/2009

ATAS/38/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 19 janvier 2010**

En la cause

Madame S\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Michael KAESER

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame S \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1969, de nationalité portugaise, est arrivée en Suisse durant l'année 1994. Elle a travaillé en qualité d'auxiliaire en horlogerie pour la société X \_\_\_\_\_ SA du 1<sup>er</sup> avril 2005 au 9 mai 2007, date à laquelle elle a subi un arrêt de travail.
2. Le 4 décembre 2007, l'assurée a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente. Elle a indiqué souffrir de hernies discales depuis deux ans.
3. Par courrier du 6 novembre 2007, les Drs A \_\_\_\_\_, médecin adjoint et B \_\_\_\_\_, médecin interne au Service de Neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), ont informé l'OAI que l'examen neurologique ne montrait pas de déficit sensitivo-moteur et ont proposé d'effectuer une nouvelle IRM concernant le problème lombaire de l'assurée.
4. Par rapport du 17 décembre 2007, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a posé les diagnostics de hernie discale lombaire L4-L5, de canal étroit, de lombalgies et de cervicalgies.
5. Par rapport du 18 février 2008, la Dresse D \_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant de l'assurée, a retenu une dégénérescence discale C5-C6 avec hernie discale médiane, paramédiane et foraminale gauche, une cervico-brachialgie persistante et une hernie discale L4-L5 appuyant sur le fourreau dural et l'émergence des racines L5, diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, et une allergie alimentaire, une goitre multinodulaire à prédominance droite, un nodule du lobe droit, des varices bilatérales des membres inférieurs, un kyste endométriosique et une cholécystectomie en 1996, diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Elle a considéré qu'il existait une totale incapacité de travail depuis le 9 mai 2007 dans toute activité lucrative. Le médecin a joint à son rapport des IRM des Drs E \_\_\_\_\_, F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_, ainsi que des rapports ou courriers de divers médecins, soit en particulier les suivants :

- celui du 2 novembre 2004 du Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a expliqué que l'assurée présentait des lombalgies chroniques sans pouvoir retenir de pathologie spécifique. Les douleurs de la face externe de la hanche droite et sous la crête iliaque évoquaient des douleurs d'origine musculaire qui concernaient le moyen-fessier et probablement le tenseur du fascia lata et qui étaient liées aux lombalgies. De plus, malgré les douleurs diffuses, le médecin n'avait pas d'éléments pour retenir le diagnostic de fibromyalgie ;

- celui du Dr A \_\_\_\_\_ du 8 novembre 2006, lequel a indiqué que l'IRM cervicale mettait en évidence une petite protrusion discale C5-C6 médiane et paramédiane sans conflit radiculaire et qu'il n'existait pas d'hernie discale C6-C7.

- celui de ce même médecin du 16 janvier 2008, rapportant que l'assurée décrivait notamment des douleurs ostéo-articulaires diffuses mal systématisées dans un contexte d'esprit dépressif avec des douleurs dans le bas du dos et une irradiation pseudo-radiculaire aux membres inférieurs. L'examen clinique montrait une bonne mobilité du dos, sans douleur à sa percussion et sans déficit neurologique aux membres inférieurs. La nouvelle IRM, quant à elle, mettait en exergue une discopathie dégénérative L4-L5 avec une minime protrusion discale associée et un disque noir non progressif par rapport à la dernière IRM de 2004.

6. Dans un rapport du 21 avril 2008, le Dr I \_\_\_\_\_, médecin-adjoint au Service de rhumatologie des HUG, a posé les diagnostics de lombalgies communes chroniques, de cervicalgies récidivantes avec possible syndrome radiculaire du membre supérieur gauche épisodique et de probable état dépressif majeur. Il a notamment relevé que dans un contexte de troubles tant physiques que psychiques, une amélioration avait peu de chance d'intervenir, ce d'autant plus que l'assurée avait refusé une évaluation psychique. Il a préconisé une prise en charge multidisciplinaire intensive, précisant toutefois qu'au vu de son état de santé actuel, l'assurée ne la supporterait vraisemblablement pas.
7. Par rapport du 30 mai 2008, le Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a notamment déclaré qu'« en ce qui concerne la cervicobrachialgie gauche, malgré des douleurs avec une limitation de la mobilité cervicale, je n'ai pas retenu d'argument indiscutable pour un syndrome radiculaire au membre supérieur gauche. Il n'y a pas non plus de déficit neurologique. Le bilan radiologique n'est pas très convaincant pour une compression neurologique, que ce soit radiculaire ou médullaire. Au niveau de la colonne lombaire, je ne constate pas actuellement de syndrome lombo-vertébral. Malgré la provocation de sciatgie bilatérale jusqu'au creux poplité à la manœuvre de Lasègue, il n'y pas de syndrome lombo-vertébral, pas d'autres éléments pour une atteinte radiculaire (...) En ce qui concerne la cervicobrachialgie gauche, j'ai retenu des douleurs de l'angulaire de l'omoplate gauche compatibles avec un syndrome de l'angulaire de l'omoplate. Ceci peut parfois provoquer des irradiations peu typiques dans le bras, ce qui est peut-être le cas de cette patiente. »
8. Sur mandat de l'OAI, le Dr J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a examiné l'assurée en date du 29 septembre 2008 et rendu son rapport d'expertise le 30 septembre 2008. Il a retenu les diagnostics de cervico-brachialgies gauches chroniques, de lombo-pseudo-sciatgies bilatérales chroniques, de discopathie cervicale C5-C6 et de petite hernie discale L4-L5.

A l'examen clinique, l'expert a constaté que l'assurée était ralentie tant dans ses mouvements que dans son expression, éplorée à plusieurs reprises durant l'entretien. Il a noté la présence d'une discrète altération de la mobilité tronculaire avec une distance doigts-sol de 12 centimètres, l'assurée devant s'aider de ses bras en s'appuyant sur les membres inférieurs pour se relever, de douleurs de la charnière lombo-sacrée avec des zones insertionnelles intéressant la crête iliaque et la musculature fessière droite, d'une mobilité cervicale discrètement limitée en flexion-extension et algique en fin de geste au niveau cervical ainsi que de douleurs de la musculature du trapèze à gauche.

Il a conclu que l'assurée présentait une capacité de travail de 75% dans son activité professionnelle antérieure d'ouvrière en horlogerie, tenant compte de la position statique prolongée et de postures de la nuque qu'impliquait ladite activité. Cette capacité de travail prenait également en considération une diminution de rendement. Sa capacité de travail était en revanche entière dans une activité légère et adaptée à ses limitations fonctionnelles qui concernaient les mouvements répétitifs de la nuque et du rachis en porte-à-faux, les travaux lourds, les ports de charges supérieures à 10 kilogrammes et l'alternance des positions assise et debout. Il a relevé la possible existence d'une comorbidité psychologique associée, laissant à l'OAI le soin de juger si une expertise psychiatrique complémentaire était nécessaire. Le pronostic lié à la capacité de travail était réservé, principalement en raison de l'intensité de la symptomatologie douloureuse touchant la nuque, le bas du dos, la musculature et le squelette dans leur ensemble, toutefois, cet élément subjectif ne pouvait pas être intégré à l'appréciation objective de la capacité de travail.

9. Par rapport du 16 octobre 2008, le Dr K\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a indiqué que l'expert estimait certes que l'assurée souffrait d'une surcharge psychologique qui pouvait rendre sa réinsertion difficile, toutefois, il a remarqué que le rapport du médecin traitant de l'assurée du 18 février 2008 ne mentionnait ni atteinte ni traitement psychiatrique, mais au contraire des diagnostics rhumatologiques influençant la capacité de travail. Eu égard à l'expertise, il a ainsi estimé que dès la fin de l'année 2007, l'assurée pouvait travailler dans son activité habituelle à 75% et dans une activité adaptée à 100%.
10. Le 6 novembre 2008, un collaborateur de l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Le revenu avec invalidité est fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, tableau TA1, femme, total, dans une activité de niveau 4, puis, adapté à la durée normale hebdomadaire de travail en 2007 et indexé selon l'Indice suisse nominal des salaires (ISS). Le revenu sans invalidité a été déterminé sur la base du dernier salaire perçu par l'assurée. C'est un degré d'invalidité de 7.4% qui a finalement été retenu.

11. Le 7 novembre 2008, l'OAI a signifié à l'assurée un projet lui niant le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession, son degré d'invalidité ne s'élevant qu'à 7.4%.
12. Par décision du 12 décembre 2008, l'OAI a confirmé ledit projet de décision.
13. Par courrier du même jour, la Dresse D\_\_\_\_\_ a sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, considérant l'assurée en totale incapacité de travailler dans le domaine de l'horlogerie.
14. Par courrier du 15 janvier 2009, l'assurée, représentée par Unia Genève, a recouru contre la décision précitée, requérant son annulation ainsi qu'un délai pour compléter son recours.
15. Par décision du 20 février 2009, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance juridique.
16. Par écriture complémentaire du 25 mars 2009, l'assurée, représentée par Me Michael KAESER, a sollicité, préalablement, la tenue d'une audience de comparution personnelle ainsi que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire et, principalement, l'octroi d'une rente entière. Elle allègue tout d'abord être atteinte d'une fibromyalgie. Par ailleurs, elle soutient que l'opinion de ses médecins devait être suivie et que conformément à l'avis de son médecin traitant, son incapacité de travail était de 100%, de sorte que le droit à une rente entière devait lui être reconnu dès le 1<sup>er</sup> novembre 2007. Enfin, la mise en œuvre d'une éventuelle expertise psychiatrique était justifiée par le fait que plusieurs médecins avaient mis en évidence un état dépressif majeur et que l'expert avait constaté la présence d'une comorbidité psychologique associée à la symptomatologie douloureuse. Elle a joint à son écriture :
  - des courriers des 7 et 11 juillet 2008 de l'assureur perte de gain, desquels il ressort que le Dr L\_\_\_\_\_ avait établi un rapport d'expertise et avait, dans ce cadre, conclu à une reprise de travail dès le 2 juin 2008. De plus, l'assureur a exposé être dans l'attente d'une prise en charge sur le plan psychiatrique telle que préconisée par les Drs M\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_.
  - une attestation du 7 juillet 2008 de Monsieur T\_\_\_\_\_, physiothérapeute et ostéopathe, lequel a signalé que les traitements comprenant notamment des massages, des mobilisations articulaires de la colonne ou encore des étirements musculaires ne permettaient de faire disparaître les douleurs que durant quelques jours, suite à quoi elles réapparaissaient.
  - un rapport du Dr A\_\_\_\_\_ du 5 février 2009, qui a expliqué que l'assurée avait des douleurs mal systématisées à la jambe droite et au bas du dos, mais que l'examen clinique restait tout à fait normal et que l'IRM ne montrait aucun

conflit disco-radulaire, hormis une petite protrusion discale L4-L5 médiane. Il a souligné le caractère plutôt dépressif de l'assurée.

- un courrier du 16 mars 2009 du Dr H\_\_\_\_\_, lequel a indiqué que lors du deuxième examen de l'assurée au mois de mai 2008, il avait constaté une limitation de la mobilité cervicale associée à des douleurs sans contracture de la musculature para-cervicale ainsi qu'une contracture du trapèze gauche douloureux. De plus, la mobilité de la colonne lombaire était normale, avec toutefois des lombalgies basses à la mobilisation et une palpation des apophyses épineuses sensible. L'examen neurologique des membres supérieurs et inférieurs était normal.
- un courrier du 17 mars 2009 du Dr C\_\_\_\_\_, qui a rappelé que le diagnostic posé lors de ses consultations était celui de dégénérescence discale L4-L5 avec petite hernie discale prédominant du côté gauche.
- plusieurs rapports d'imagerie du Dr N\_\_\_\_\_ datant des 13 et 20 octobre 2008, 15 janvier et 2 mars 2009 et portant sur l'abdomen supérieur et inférieur, l'épaule gauche, la colonne lombaire et le genou et le fémur droits.

17. Par réponse du 4 mai 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, à la confirmation de la décision attaquée et nié la pertinence d'une expertise judiciaire. Il s'est fondé sur un avis médical du 28 avril 2009 du Dr K\_\_\_\_\_, lequel a estimé que les documents produits par l'assurée ne permettaient pas de mettre en exergue de nouvelles atteintes incapacitantes n'ayant pas déjà été prises en considération.

18. Par courrier du 12 juin 2009, l'OAI a transmis au Tribunal de céans deux rapports d'imagerie médicale des 7 et 8 mai 2009 ainsi qu'un avis du Dr K\_\_\_\_\_ attestant de la présence d'un enchondrome au niveau du fémur droit, diagnostic n'entraînant, d'après ce médecin, pas d'incapacité de travail. L'OAI soutient qu'il n'y a pas lieu d'apprécier différemment le cas de l'assurée, de sorte qu'il a persisté dans ses conclusions précédentes.

19. Par courrier du 17 août 2009, l'assurée a produit deux rapports, soit :

- celui du 2 avril 2009 du Dr A\_\_\_\_\_, lequel a indiqué qu'il avait mis en évidence, en 2008, des lésions dégénératives cervicales chez l'assurée, qui présentait une bonne mobilité du dos en flexion-extension et rotations latérales, sans douleur à la percussion et sans déficit neurologique. En février 2009, elle souffrait d'un problème diffus mal systématisé non traitable par chirurgie, mais ses douleurs l'handicapaient, d'après le médecin, dans son activité professionnelle ;

- celui du 30 juin 2009 du Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé le diagnostic de trouble dépressif moyen avec syndrome somatique et relevait une humeur déprimée, une perte d'intérêt et de plaisir, une

diminution de l'énergie et une fatigabilité accrue, une altération de la capacité à penser et à se concentrer, une perturbation du sommeil, des pleurs, un sentiment de désespoir, une incapacité de faire face aux responsabilités habituelles et des plaintes physiques multiples et variables sans qu'aucune affection physique ne les explique. D'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée était uniquement de 50% dans une activité adaptée.

20. En date du 20 octobre 2009, s'est tenue une audience d'enquêtes, lors de laquelle a été entendu le Dr A\_\_\_\_\_. Il a expliqué que lors de la première consultation en novembre 2006, l'assurée souffrait d'une irradiation dans le bras droit jusqu'au pouce et qu'il avait pu constater un syndrome cervical modéré, toutefois, il n'y avait pas de déficit neurologique dans le bras. D'après lui, la protrusion discale C5-C6 expliquait les douleurs cervicales. En janvier 2008, il avait retenu une discopathie L4-L5 dégénérative, laquelle pouvait être très douloureuse et entraîner une limitation de la capacité de travail qu'il n'était pas en mesure de chiffrer. En février 2009, des douleurs de la jambe droite étaient apparues et les douleurs lombaires persistaient. Il s'agissait de douleurs mal systématisées sans trajet bien défini.

Par ailleurs, il a confirmé les diagnostics posés par le Dr J\_\_\_\_\_ et a précisé que les limitations fonctionnelles de l'assurée concernaient la position assise de manière prolongée, le soulèvement de charges de manière répétitive, les mouvements de torsions brusques du dos. Elle devait au surplus pouvoir alterner les positions. Dès février 2009, sa capacité de travail était de moins de 50% dans son activité antérieure et de 60% à 70% dans une activité lucrative respectant ses limitations fonctionnelles. Le médecin a noté qu'eu égard à la chronicisation des douleurs et à l'état dépressif réactif à ses douleurs, l'assurée présenterait encore des douleurs, même dans une activité adaptée. Les taux de capacité de travail retenus par le Dr J\_\_\_\_\_ lui paraissaient optimistes, toutefois, il a reconnu qu'elle pouvait en théorie travailler à 100% dans une activité légère et adaptée, mais qu'il y avait alors un risque que ses lésions s'aggravent.

Une échographie du pied droit du 19 octobre 2009 a été soumise au Dr A\_\_\_\_\_, lequel a précisé que le diagnostic de Morton retenu devait encore être confirmé.

Le Dr O\_\_\_\_\_ a également été entendu. Il a expliqué au Tribunal de céans que l'assurée le consultait depuis le 8 décembre 2008 en raison d'un état dépressif qu'il a qualifié de léger à modéré avec syndrome somatique. Il s'agissait d'un état dépressif fluctuant et réactionnel à ses douleurs physiques. L'assurée a refusé de prendre des médicaments antidépresseurs au motif qu'elle prenait déjà suffisamment de médicaments, toutefois, le médecin a estimé que son état dépressif pouvait s'améliorer plus aisément grâce à la prise de tels médicaments. D'après lui, l'état dépressif justifiait une incapacité de travail de 50%, laquelle pouvait

s'amoinrir si ses troubles physiques évoluaient de manière positive. L'assurée le consultait une fois par semaine. Elle n'avait par ailleurs pas de problèmes de nature sociale ou familiale.

Un délai a été accordé au 30 octobre 2009 à l'assurée pour se déterminer quant à l'audition de la Dresse D\_\_\_\_\_, suite à quoi la cause allait être gardée à juger, les parties n'entendant pas adresser de nouvelles écritures au Tribunal de céans.

21. Suite au courrier du 30 octobre 2009 de l'assurée persistant dans l'audition de la Dresse D\_\_\_\_\_, celle-ci a été entendue, en date du 15 décembre 2009, dans le cadre d'une nouvelle audience d'enquêtes.

Ce médecin a déclaré que :

« je l'ai adressée à plusieurs reprises aux HUG à des neurochirurgiens. Le traitement conservateur n'a pas apporté d'amélioration sensible à son état. Nous avons mis en évidence en mai 2009 une petite tumeur sur l'extrémité distale du fémur droit. Il faut en l'état la surveiller. Je précise que depuis la naissance, ma patiente présente une jambe plus courte, ce qui explique vraisemblablement l'apparition de la hernie discale en raison du mouvement de bascule (lombo-sciatalgies). Je considère que l'assurée pourrait travailler à raison de 3 jours par semaine, 4 heures par jour, de sorte qu'elle puisse se reposer un jour sur deux. Je souligne encore que l'assurée souffre d'un syndrome dépressif réactionnel à ses problèmes somatiques, pour lequel je lui ai conseillé de s'adresser au Dr O\_\_\_\_\_. Je précise toutefois qu'elle ne veut pas prendre d'antidépresseur, je ne sais pas pourquoi. Je pense qu'elle a perdu confiance en la médecine. Je sais qu'elle en avait pris lorsqu'elle était au Portugal, mais ils n'avaient pas eu l'effet souhaité.

Je vois Madame PAIS régulièrement une fois par mois. Je lui prescrit des séances de physiothérapies, des anti-inflammatoires et des antalgiques. Je considère que le pronostic n'est pas très bon dans la mesure où une intervention chirurgicale serait vraisemblablement bénéfique, les neurochirurgiens ne se décident toutefois pas à procéder à cette intervention.

Dans mon courrier du 12 décembre 2008, je dis qu'il conviendrait de mettre en œuvre une nouvelle expertise, car je pense qu'un neurochirurgien devrait sérieusement examiner le cas de ma patiente, ce qui le conduirait à envisager une intervention.

Il n'y a pas de contre indications à prendre des antalgiques et des antidépresseurs. »

22. A l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 12 décembre 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions, entrées en vigueur respectivement en date des 1<sup>er</sup> janvier 2004 et 1<sup>er</sup> janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2008 ou à une mesure d'ordre professionnel doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. En vertu de l'article 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Les délais ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 60 al. 2 LPGA et 38 al. 4 let. c LPGA p.a.).

En l'espèce, la décision du 12 décembre 2008 ayant été reçue par l'assurée au plus tôt le 13 décembre 2008, le délai de recours échoit le 28 janvier 2009, de sorte que le recours a été déposé dans le délai légal.

De plus, les prescriptions de forme ayant été respectées (art. 56 à 61 LPGA), le recours est recevable.

4. La question litigieuse est de savoir si l'assurée a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, soit à une rente ou à une mesure d'ordre professionnel.

5. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

b/aa) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b/bb) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

b/cc) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

b/dd) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

6. En l'espèce, l'OAI a retenu que l'assurée présentait une entière capacité de travail dans une activité adaptée, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr J\_\_\_\_\_.
7. Il y a lieu de constater que ce rapport rhumatologique a été établi de manière neutre et libre de toute appréciation dépréciante. Il est fondé sur une anamnèse médicale et socioprofessionnelle de l'assurée, sur ses plaintes, sur son dossier radiologique ainsi que sur des examens complets. Les diagnostics sont posés de manière précise et claire et les conclusions sont motivées. Le rapport ne comporte pas de contradiction. Certes n'est-il pas indiqué clairement la date à partir de laquelle l'assurée présentait une capacité de travail de 75% dans sa précédente activité et de 100% dans une activité adaptée, toutefois, on comprend que les atteintes somatiques dont souffre l'assurée ont diminué ses possibilités d'effectuer ses tâches professionnelles, mais ne l'ont jamais empêché de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le Tribunal de céans considère que ce rapport présente ainsi valeur probante.
8. L'assurée allègue quant à elle que les conclusions concordantes de ses médecins traitants doivent être suivies et qu'il y a lieu de lui reconnaître une totale incapacité de travail.
9. De nombreux rapports médicaux se trouvent au dossier, établis par les médecins traitants de l'assurée ou des rhumatologues et des radiologues. A cet égard, les rapports produits par l'assurée dans le cadre de la procédure de recours, soit notamment ceux de février et mars 2009 de rhumatologues l'ayant examinée par le passé, ainsi que les déclarations des Drs A\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, ont trait en partie à des faits survenus avant le moment où la décision a été rendue, de sorte qu'ils font partie, dans cette mesure, des pièces dont le Tribunal de céans doit tenir compte (cf. ATF 99 V 102 et les arrêts cités, Arrêt non publié du TF du 6 mai 2008, 8C\_441/2007). Cependant, les rapports d'imagerie effectués postérieurement à la décision n'ont pas à l'être, attendu qu'il s'agit de faits qui doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

10. Il y a lieu de constater que d'un point de vue somatique, les rapports présents au dossier ont été pris en considération par l'expert et que les médecins ont tous posé des diagnostics similaires à ceux retenus par l'expert.

Les déclarations du Dr A \_\_\_\_\_ lors de l'audience d'enquêtes ne permettent pas de s'écarter des conclusions de l'expert. En effet, il n'a fait que confirmer les constatations du Dr J \_\_\_\_\_ tant concernant les diagnostics, la capacité de travail de l'assurée que pour ce qui est de ses limitations fonctionnelles. Certes a-t-il déclaré que, dès le mois de février 2009, l'assurée ne pouvait travailler qu'à 60%, voire 70% dans une activité adaptée, si elle voulait éviter d'aggraver ses lésions existantes, toutefois, cette conclusion se rapporte à une période postérieure à la décision de l'OAI du 12 décembre 2008, de sorte que cette aggravation dès le mois de février 2009, soit postérieurement à la décision de l'OAI, ne peut être prise en considération par le Tribunal de céans et pourra faire l'objet d'une éventuelle demande de révision. Quoi qu'il en soit, ce neurochirurgien a admis que l'assurée pouvait toujours travailler à 100% dans une activité légère et adaptée.

Par ailleurs, hormis la Dresse D \_\_\_\_\_, qui a fixé une totale incapacité de travail dès le 9 mai 2007, aucun des autres médecins ne s'est prononcé sur sa capacité de travail. La position du médecin traitant ne suffit ainsi pas à remettre en cause les conclusions motivées du rapport d'expertise établi par un spécialiste en rhumatologie et, qui plus est, confirmées par le médecin adjoint du service de neurochirurgie des HUG.

Il y a dès lors lieu de considérer que, d'un point de vue somatique, le rapport d'expertise a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et que l'assurée présente une entière capacité de travail dans une activité légère et adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Au demeurant, il ressort des courriers des 7 et 11 juillet 2008 de l'assureur perte de gain, produits par l'assurée dans le cadre de la présente procédure (pièce 4), que le Dr L \_\_\_\_\_, mandaté par l'assureur en qualité d'expert, a conclu que l'assurée pouvait, dès le mois de juin 2008, reprendre son activité lucrative habituelle. Bien qu'il se pose la question de savoir pour quelle raison l'OAI n'a pas sollicité l'apport du dossier de l'assureur perte de gain, cela conforte le Tribunal dans le bien-fondé des conclusions de l'expertise du Dr J \_\_\_\_\_.

11. En ce qui concerne l'état psychique de l'assurée, il y a lieu tout d'abord de remarquer que l'expert a signalé la présence d'une comorbidité psychiatrique, constatant que l'assurée avait été en pleurs à plusieurs reprises durant la consultation, et a laissé le soin à l'OAI de décider si une expertise psychiatrique était nécessaire. Les Drs A \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ ont également, aux mois de janvier et avril 2008, déclaré que l'assurée souffrait probablement d'un état dépressif. Le Dr I \_\_\_\_\_ a en particulier retenu un état dépressif majeur. La

Dresse D \_\_\_\_\_ n'ayant, quant à elle, pas retenu, dans son rapport du 18 février 2008, d'atteinte psychiatrique, mais uniquement des diagnostics rhumatologiques, le médecin du SMR avait alors écarté l'éventuelle existence d'une atteinte psychique influençant la capacité de travail de l'assurée.

Ce n'est que dans le cadre de la présente procédure qu'il s'est avéré que l'assurée consultait, depuis le 8 décembre 2008, un médecin psychiatre de manière hebdomadaire. Le rapport du 30 juin 2009 du Dr O \_\_\_\_\_ et ses déclarations lors de l'audience d'enquêtes doivent être pris en considération, attendu qu'ils portent sur des faits survenus en tous les cas en partie avant la décision de 12 décembre 2008. Il en ressort que l'assurée souffre d'un état dépressif léger à modéré avec syndrome somatique, lequel est réactionnel à ses douleurs physiques. L'assurée présentait, d'après le psychiatre, une humeur déprimée, une perte d'intérêt et de plaisir, une diminution de l'énergie et une fatigabilité accrue, une altération de la capacité à penser et à se concentrer, une perturbation du sommeil, des pleurs, un sentiment de désespoir, une incapacité de faire face aux responsabilités habituelles et des plaintes physiques multiples et variables sans qu'aucune affection physique ne les explique. Ce médecin a relevé que l'assurée avait refusé de prendre des médicaments antidépresseurs au motif qu'elle prenait déjà suffisamment de médicaments, toutefois, il a estimé que son état dépressif pourrait s'améliorer plus aisément grâce à la prise de tels médicaments. D'après lui, l'état dépressif justifiait une incapacité de travail de 50%, mais pouvait s'amender si tel était également le cas de ses problèmes physiques.

Il y a tout d'abord lieu de remarquer que les conclusions du psychiatre traitant ne sont que très peu motivées. On ne comprend en particulier pas pour quelle raison l'état dépressif d'intensité légère à modérée, qui est uniquement réactionnel aux douleurs de l'assurée, aurait, à son avis, comme conséquence une incapacité de travail de 50%. Ses déclarations ne convainquent pas le Tribunal de céans. En outre, le médecin traitant a confirmé, lors de l'audience d'enquêtes du 15 décembre 2009, que l'état dépressif était réactionnel aux douleurs somatiques sans toutefois apporter d'éléments complémentaires tendant à expliquer les motifs pour lesquels l'état dépressif serait incapacitant.

Pour le surplus, d'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de

savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28 et les références). Il était en l'occurrence exigible de l'assurée qu'elle se soumette à une médication telle que préconisée par son psychiatre traitant. Celui-ci a en effet relevé que son état dépressif pouvait s'améliorer plus aisément grâce à un tel traitement. Toutefois, l'assurée n'ayant pas suivi ses recommandations, son état de santé n'a pas évolué jusqu'à aujourd'hui.

Or, s'agissant des atteintes à la santé psychique qui 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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

En l'espèce, il pouvait raisonnablement être exigible de l'assurée qu'elle suive les recommandations de son médecin psychiatre, avant de solliciter qu'une diminution de sa capacité de travail pour des motifs psychiatriques soit prise en considération. Au vu de ce qui précède et des déclarations non motivées des Drs O \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_, le Tribunal de céans considère, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une incapacité de travail liée à l'état psychique de l'assurée ne saurait être retenue et qu'il est superflu d'administrer d'autres preuves, telles qu'une expertise psychiatrique.

Du reste, il ressort du dossier que l'assurée n'a aucun problème de nature sociale ou familiale, ce qui conforte le Tribunal dans le fait que l'assurée présente une capacité de travail de 100% dans une activité lucrative adaptée à ses limitations somatiques.

12. Reste à se prononcer sur son degré d'invalidité.
13. a) En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).
- b) En vertu de l'art. 28a al. 1<sup>er</sup> LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en

---

exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Pour ce faire, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

c) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5).

d) Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06).

14. En l'espèce, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2008, attendu que l'assurée a subi un arrêt de travail à partir du mois de mai 2007.

Pour ce qui est de son revenu sans invalidité, il y a lieu de se fonder sur les données de son dernier employeur, lequel a attesté, en date du 9 janvier 2008, qu'elle aurait obtenu un salaire mensuel de 4'350 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, soit un salaire annuel de 56'550 fr. (4350 x 13). En ce qui concerne son revenu d'invalidité, l'assurée n'ayant pas repris d'activité lucrative, il y a lieu de se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Eu égard à l'activité de substitution dans un emploi adapté à savoir une activité légère sans port de charges trop lourdes et avec alternance des positions, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2006, TA1, p. 25, niveau de qualification 4) soit 48'228 fr. part au 13<sup>ème</sup> salaire

comprise. Ce salaire doit encore être adapté à l'Indice suisse des salaires nominaux et à l'horaire de travail en 2008 (cf. site internet de l'Office fédéral de la statistique). Enfin, compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assurée, il peut être tenu compte d'un abattement de 10%, de sorte qu'on obtient un revenu d'invalidité de 46'672 fr. 89. Le degré d'invalidité est ainsi de 17%, taux n'ouvrant pas de droit à une rente.

15. Se pose enfin la question d'une éventuelle mesure d'ordre professionnelle.
16. À teneur de l'art. 8 al.1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. a<sup>bis</sup>), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d).

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, même minimes, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

17. En l'espèce, le degré d'invalidité n'atteignant pas 20%, il ne saurait être accordé à l'assurée une mesure de reclassement professionnel. Cependant, au vu de ses limitations somatiques, une aide au placement pourra lui être octroyée. Pour ce faire, il appartiendra à l'assurée de solliciter une telle mesure de manière motivée auprès de l'OAI.
18. Au vu de tout ce qui précède, le recours sera entièrement rejeté.
19. Attendu que l'assurée est au bénéfice de l'assistance juridique, il sera renoncé à la perception d'un émolument.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
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); 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

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER

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