

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/146/2009

ATAS/483/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 28 avril 2009**

En la cause

Madame B \_\_\_\_\_, domiciliée à CHENE-BOUGERIES,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA  
Mauro

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyn BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame B\_\_\_\_\_, née en 1974, d'origine turque, en Suisse depuis décembre 1997, a travaillé en qualité d'ouvrière chez X\_\_\_\_\_ de février 2003 à juillet 2006, date à laquelle elle a cessé toute activité en raison de son état de santé. Elle a été licenciée en décembre 2006 et s'est inscrite à l'Office cantonal de l'emploi (OCE) le 4 mai 2007.

Elle a déposé le 30 mai 2008 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession et à l'octroi d'une rente.

2. Le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué le 21 juillet 2008, que sa patiente souffre d'une capsulite des épaules prédominante à gauche, au décours, depuis juillet 2006, que ces atteintes sont dues à des travaux répétitifs avec les bras chez X\_\_\_\_\_, que l'amélioration a été nette après thérapie et que le pronostic est bon. Il a précisé qu'après quelques périodes d'incapacité de travail à 100% et à 50%, elle peut à nouveau travailler, à compter de mai 2007, en évitant toutefois les travaux avec maintien des bras surélevés.
3. Par courrier du 14 mai 2007 adressé au mandataire de l'assurée, le Dr L\_\_\_\_\_ a ajouté que les symptômes décrits s'étaient certainement aggravés par un seuil douloureux abaissé en lien avec un état dépressif qui s'était installé à la faveur de la perte de son travail pour l'essentiel. Par ailleurs, l'assurée ne supportait pas les différents traitements médicamenteux mis en route depuis plusieurs mois en raison d'une gastrite. Le Dr L\_\_\_\_\_ a confirmé néanmoins que l'état de santé de l'assurée l'autorisait à reprendre une activité professionnelle à 100%, pour autant que les limitations fonctionnelles des bras en élévation prolongée soient respectées.
4. Le Dr M\_\_\_\_\_, radiologue, a procédé à une arthro-IRM de l'épaule gauche le 20 juin 2007. Il a constaté une discrète tendinopathie dégénérative de la partie postérieure du tendon supra-spinatus, associée à des géodes dégénératives de la grande tubérosité, mais ni signe de déchirure, même partielle, ni calcification interne. Il a observé une bourse synoviale sous-acromiale normale, sans signe d'épaississement de ses parois ou d'épanchement interne, une articulation gléno-humérale et acromio-claviculaire sans particularité et des muscles péri-articulaires d'aspect habituel.
5. Dans une note du 16 septembre 2008, le Dr N\_\_\_\_\_, médecin du Service médical régional AI (ci-après SMR) a fixé la capacité de travail exigible à 30% dans l'activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée. Il a recommandé d'examiner si un poste adapté pouvait être proposé à l'assurée et s'est posé la question d'une aide au placement.

6. Le 3 octobre 2008, l'OCAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande de rente et de mesures de réadaptation professionnelle était rejetée. Se fondant sur un revenu sans invalidité de 45'250 fr. et un revenu avec invalidité de 45'250 fr., compte tenu d'une réduction supplémentaire de 10%, l'OCAI a en effet obtenu un degré d'invalidité de 7%, insuffisant pour justifier l'octroi de prestations AI.
7. L'assurée, représentée par Maître Mauro POGGIA, a contesté ce projet le 6 novembre 2008.
8. Par décision du 28 novembre 2008, l'OCAI l'a cependant confirmé, considérant qu'elle ne pouvait certes plus exercer son activité antérieure qu'à hauteur de 30% mais qu'elle pouvait travailler à 100% dans un emploi adapté à son état de santé, soit épargnant les mouvements répétitifs des deux épaules et évitant l'élévation des bras au-dessus de l'horizontal.
9. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 16 janvier 2009 contre ladite décision. Elle explique qu'elle a commencé le 13 octobre 2008 un stage de réentraînement auprès de l'association Réalise, stage qu'elle a cependant dû interrompre, s'agissant d'un travail répétitif ayant rapidement engendré des douleurs.

L'assurée insiste sur le fait qu'elle est dans l'impossibilité de reprendre une quelconque activité professionnelle, compte tenu de la persistance des douleurs aux épaules et malgré toute sa bonne volonté. Elle ne voit pas quel type d'activité elle pourrait exercer. Elle s'étonne de ce qu'il a été admis qu'elle ne pouvait plus exercer des tâches répétitives d'une part et qu'il soit tenu compte pour le calcul de son degré d'invalidité, du salaire applicable aux tâches simples et répétitives d'autre part. Elle conclut dès lors à être mise au bénéfice d'une réadaptation professionnelle, seules des activités exigeant une certaine force physique pouvant actuellement lui être proposées, et à l'octroi d'une rente jusqu'à l'aboutissement de ladite réadaptation professionnelle.

Elle produit un courrier du Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, daté du 5 décembre 2008, aux termes duquel

"Après ma consultation du 1<sup>er</sup> décembre 2008, j'ai reçu la dernière imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'assurée concernant l'impotence fonctionnelle qui prédomine sur l'épaule droite. Cet examen révèle une inflammation articulaire qui explique la limitation des amplitudes de cette épaule et qui diminue l'utilisation de ce membre.

Pour cela, comme ce fut le cas à gauche, elle doit continuer un traitement antalgique. L'assurée ne peut utiliser correctement les deux épaules pour soulever

des charges et travailler les bras levés, ce qui explique une demande pour l'AI et nécessite un arrêt maladie pour un traitement des deux épaules.

Par la suite, cette patiente devra connaître ses possibilités restreintes par des tests fonctionnels".

10. Dans sa réponse du 16 février 2009, l'OCAI rappelle que dans son rapport du 16 septembre 2008, le médecin du SMR a estimé que la capacité de travail était de 30% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Il joint à ses écritures une nouvelle note de ce médecin, datée du 6 février 2009, et selon laquelle le courrier du Dr O\_\_\_\_\_ du 5 décembre 2008 n'apportait rien de nouveau, l'inflammation articulaire, soit capsulite, ayant été déjà décrite par le même médecin le 10 novembre 2008 avec une évolution prévisible comme favorable. L'OCAI relève que l'accord de confirmation relatif à une mesure d'emploi temporaire fédéral (OCE), versé au dossier par l'assurée, ne constitue pas un rapport final et encore moins une évaluation médicale et qu'en tout état de cause l'association Réalise, dans le cadre de laquelle cette mesure est accomplie, n'est pas reconnue comme un Centre d'intégration professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). L'OCAI a conclu au rejet du recours.

11. Le Tribunal de céans a ordonné l'audition du Dr O\_\_\_\_\_ le 7 avril 2009.

Le Dr O\_\_\_\_\_ a déclaré que :

"Je pense que vu son âge, il serait intéressant de voir quel type d'activité elle pourrait exercer compte tenu de ses limitations, mais je ne sais pas à partir de quand ni si ce pourrait être à plein temps. L'assurée se trouve actuellement plutôt dans un contexte de soins que dans un contexte de travail. Je n'ai pas relevé d'amélioration notable sur le plan fonctionnel et douloureux s'agissant des épaules. Je devrais peut-être parler d'aggravation dans la mesure où les douleurs se sont étendues au niveau des cervicales et des lombaires notamment. (...) J'ai envisagé le diagnostic de fibromyalgie, mais il est encore trop tôt pour le poser. Diverses investigations doivent encore être menées. (...) Les douleurs cervicales, lombaires, digestives, ne sont pas reliées au problème initial des épaules. Les examens en l'état actuel des choses ne permettent pas de les justifier. (...) L'assurée a subi des infiltrations précédemment pratiquées par le Dr L\_\_\_\_\_ qui se sont révélées être des échecs. Sachant que selon le Dr L\_\_\_\_\_, l'assurée pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée, j'ai proposé qu'elle suive le stage à l'Hôpital Beau-Séjour".

12. Lors de sa comparution personnelle tenue le même jour, l'assurée a expliqué qu'elle avait toujours essayé de tout faire pour s'en sortir, qu'elle voudrait bien travailler mais qu'elle n'a pas de force en l'état et qu'elle ne se voit pas assumer un travail à

plein temps, même adapté. Elle précise que "je veux bien toutefois essayer d'exercer une activité dans le cadre d'un stage plutôt".

Elle persiste à contester le degré d'invalidité de 7% retenu par l'OCAI, considérant qu'il ne peut être tenu compte d'un revenu basé sur les statistiques pour des tâches simples et répétitives puisque précisément elle ne peut plus accomplir de tâches répétitives. C'est la raison pour laquelle elle souhaite obtenir des mesures de formation qui lui permettraient d'exercer une activité sans tâche répétitive.

Elle produit un rapport réalisé par Mr C \_\_\_\_\_ de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du Service de neuro-rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), le 1<sup>er</sup> avril 2009. Mr C \_\_\_\_\_ y conclut que l'assurée n'est pas en mesure de travailler dans le marché primaire ou économique et émet de sérieux doutes sur sa capacité à être engagée dans un atelier protégé, son rendement ne correspondant même pas aux critères minimum d'engagement de ce type de structure. Il met par ailleurs en évidence le fait qu'elle est "totalement collaborante malgré les nombreuses difficultés rencontrées lors de la prise en charge".

13. Sur ce, 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 (LOJ), 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales, s'applique.
3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des mesures de réadaptation professionnelle ou à une rente.
5. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie

des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

6. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 261, consid. 4, et la jurisprudence citée).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

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).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Il convient également de rappeler que, pour ce qui concerne 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. En l'espèce, l'OCAI s'est fondé sur les conclusions du Dr L\_\_\_\_\_ et celles du Dr N\_\_\_\_\_, selon lesquelles l'assurée présente une capacité de travail

de 70% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, pour fixer le degré d'invalidité à 7%.

9. Il s'agit à ce stade de déterminer si l'appréciation du Dr O\_\_\_\_\_ est de nature à les mettre en doute. Ce médecin a expliqué, lors de son audition, que l'état de santé de sa patiente se serait plutôt aggravé, dans la mesure où les douleurs se sont étendues au niveau des cervicales et des lombaires. Il a toutefois précisé que les examens, en l'état, ne permettraient pas de les justifier et qu'il était encore trop tôt pour poser le diagnostic de fibromyalgie.

Dans ces circonstances, le Tribunal de céans s'en remettra aux conclusions SMR. Il convient donc de retenir une capacité de travail exigible de 70% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, étant précisé qu'il sera loisible à l'assurée de déposer une nouvelle demande de prestation AI en cas d'aggravation objectivement constatable ou de fibromyalgie invalidante.

10. Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.
11. L'assurée reproche à l'OCAI de s'être fondé sur le salaire résultant des données statistiques (ESS) pour des tâches simples et répétitives alors que, précisément, les médecins recommandent pour elle un travail adapté sans gestes répétitifs.

Certes le Dr L\_\_\_\_\_ a-t-il clairement imputé les atteintes dont souffre l'assurée aux épaules aux travaux répétitifs avec les bras nécessités par son activité d'ouvrière chez X\_\_\_\_\_. On peut toutefois imaginer d'autres possibilités d'emplois non qualifiés, n'impliquant pas de gestes répétitifs des bras.

Force est ainsi de constater que le calcul auquel a procédé l'OCAI n'est pas critiquable, étant précisé qu'il a pris en considération une réduction supplémentaire de 10%. Le degré d'invalidité de 7% doit dès lors être retenu. Or ce taux est insuffisant pour justifier le droit à une rente d'invalidité. La décision de l'OCAI niant le droit de l'assurée à une rente d'invalidité ne peut ainsi être confirmée.

12. L'assurée a particulièrement requis la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelles.
13. Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Selon la jurisprudence, l'invalidité n'est imminente que lorsqu'il est possible de

prévoir qu'elle surviendra dans un avenir peu éloigné : cette condition n'est pas remplie dans les cas où la survenance de l'incapacité de gain paraît certes inéluctable, mais où le moment de cette survenance demeure encore incertain (ATF 124 V 269 consid. 4 et les références ; VSI 2000 p. 300 consid. 4; RCC 1980 p. 252; ZAK 1980 p. 270).

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

14. Force est de conclure qu'en l'espèce, l'assurée, présentant un degré d'invalidité de 7%, ne peut prétendre à des mesures de réadaptation. Le Tribunal de céans constate il est vrai que l'assurée fait preuve d'une grande motivation pour accomplir une formation professionnelle. Il importe dès lors de rappeler que pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une telle mesure, quoi qu'il en soit, les préférences de l'assurée ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation est d'offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont disposait la personne assurée sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b et les références).

Au vu des limitations fonctionnelles présentées par l'assurée, il convient de considérer qu'un marché équilibré du travail offre un éventail de postes de travail suffisamment large et diversifié adapté à ces dernières et pour lesquels une simple mise au courant suffit. Une formation certifiée n'est donc pas nécessaire pour ce motif non plus.

En pareilles circonstances, c'est à bon droit que l'OCAI a nié le droit de l'assurée à une mesure de réadaptation professionnelle.

Seule une prestation de type aide au placement apparaîtrait adéquate dans le présent cas. Elle ne sera toutefois pas ordonnée, l'assurée ayant clairement déclaré, lors de sa comparution personnelle, qu'elle ne se voyait pas assumer un travail à plein temps, même adapté. Elle demeure en revanche libre de faire valoir son droit.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL 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 l'assurée.
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

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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