

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1487/2009

ATAS/532/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 mai 2011

8<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Madame C \_\_\_\_\_, domiciliée au Grand-Lancy, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître TENCE Tatiana

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Luis ARIAS et Christine  
LUZZATTO, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame C \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1967, d'origine portugaise, est en Suisse depuis 2004 et a travaillé jusqu'au 31 octobre 2006 en qualité de repasseuse auprès de l'entreprise X \_\_\_\_\_.
2. En octobre 2006, la recourante a mis un terme à son activité professionnelle en raison de problèmes de santé. Ses médecins traitants ont diagnostiqué une spondylarthrite ankylosante.
3. La perte de gain maladie a été couverte par la BÂLOISE ASSURANCES, assureur de l'entreprise X \_\_\_\_\_, en fonction de ses obligations contractuelles.
4. La BÂLOISE a mis en œuvre une expertise médicale et a confié le mandat au Dr L \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH.
5. Dans son rapport du 10 juillet 2007, le Dr L \_\_\_\_\_ pose les diagnostics suivants :
  - Douleurs lombaires basses et fessières prédominant à droite avec des images de sacro-illite bilatérale, secondaires à une probable spondylarthrite ankylosante.
  - Douleurs de l'épaule et du bras droits avec des signes compatibles avec un conflit sous-acromial.
  - Talalgies inférieures droites et postéro-inférieures gauches chroniques, plutôt de nature mécanique.
  - Hypoesthésie de l'hémicorps droit, atypique, sans autre anomalie à l'examen neurologique.

Au sujet de l'appréciation de l'incapacité de travail, le Dr L \_\_\_\_\_ relève « A son poste de repasseuse, la capacité de travail est de 50%, en privilégiant un travail de quatre heures par jour, l'après-midi. En effet, lors de spondylarthrite ankylosante, les douleurs et la raideur prédominent le matin. »

En ce qui concerne le pronostic relatif à la reprise de travail dans la profession exercée (repassseuse), le Dr L \_\_\_\_\_ précise « Si une partie importante des douleurs est due à une spondylarthrite ankylosante, il est probable qu'un traitement par inhibiteur du TNFalpha améliore la situation et la capacité de travail. Dans ce cas, une reprise de travail à temps complet serait même envisageable. Si ce dernier traitement est inefficace, il est alors très probable que les douleurs persistent et restent rebelles aux traitements instaurés. »

6. En raison de son état de santé, la recourante a présenté, en date du 20 décembre 2007, une demande de prestation de l'assurance invalidité.
7. Dans un rapport médical du 8 janvier 2008, le Dr L\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, pose le diagnostic de spondylarthrite ankylosante ayant des répercussions sur la capacité de travail et mentionne une incapacité de travail à 100% dès le 31 octobre 2006.
8. A la demande de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après l'OAI), le Service médical régional (ci-après le SMR) réalise un examen clinique
  - avec répercussion sur la capacité de travail
    - Probable spondylarthrite ankylosante avec sacro-iléite bilatérale (M45)
    - Brachialgies droites sur probable conflit sous-acromial (M75.8)
  - sans répercussion sur la capacité de travail
    - Fibromyalgie (18/18)
    - Excès pondéral (BMI 28)
    - Status post-phlébite de la jambe droite, il y a 2 et 9 ans.

Concernant la capacité de travail exigible, le SMR relève « on peut accepter que l'ancienne activité de repasseuse ne soit plus exigible étant donné qu'elle sollicite surtout le bras droit et que l'assurée doit probablement aussi lever de temps en temps des charges lourdes. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est cependant entière avec une diminution d'environ 30% due au processus inflammatoire. »

9. Sur mandat de l'OAI, le Dr M\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie FMH, réalise une expertise psychiatrique de la recourante, faisant l'objet d'un rapport du 29 août 2008. Ce médecin reprend les diagnostics suivants, émanant de l'expertise rhumatologique effectuée en février 2008 :

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Selon l'expertise rhumatologique effectuée en février 2008 :

- Probable spondylarthrite ankylosante avec sacro-iléite bilatérale (M45)
- Brachialgies droites sur probable conflit sous-acromial (M75.8)

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)
- Excès pondéral
- Status post-phlébite de la jambe droite, il y a deux et neuf ans.

L'expert qui a, en particulier, effectué des tests, relève « L'échelle de l'anxiété et de la dépression de HAMILTON qui montre des signes très légers d'un état anxieux et dépressif ce qui correspond à un état mixte anxiodépressif léger (...) Quant au DMRS (...) que l'expert réalise tout au long de l'entretien, le principal mécanisme de défense psychologique à caractère inconscient utilisé par l'assurée est le retournement contre soi-même ou agression passive. ».

Le Dr M\_\_\_\_\_ relève que, du point de vue psychiatrique, l'assurée ne présente pas de pathologie psychiatrique, les légers signes anxieux et dépressifs sont à mettre dans l'évolution naturelle du trouble somatoforme présente chez l'assurée et ne présentant pas un handicap particulier. Cet expert conclut au fait que du point de vue psychiatrique, la capacité de travail est de 100% et que le pronostic est plutôt favorable.

10. Se basant sur les informations de l'employeur ainsi que sur l'ESS, l'OAI a déterminé, en comparaison des revenus avec et sans invalidité, une perte de gain correspondant à un degré d'invalidité de 11,7%.
11. En date du 13 novembre 2008, l'OAI a notifié à la recourante un projet de décision refusant une rente d'invalidité, en retenant un préjudice économique de 11,7% et en se basant sur une exigibilité de 70% dans une activité adaptée.
12. Par courrier du 28 novembre 2008, le Dr L\_\_\_\_\_ confirme le diagnostic de spondylarthrite ankylosante et précise que la recourante ne peut plus travailler dans son activité d'employée de pressing (incapacité de 100%). Mais dans une autre activité permettant notamment de changer de position toutes les 45 minutes, la capacité de travail pourrait être de 50%. Le Dr L\_\_\_\_\_ précise encore que la recourante doit pouvoir bénéficier de stages professionnels pour pouvoir réorienter son activité professionnelle.
13. S'opposant au projet de décision, la recourante a été entendue par l'OAI. Toutefois, maintenant son point de vue, cet Office a notifié une décision de refus de rente, le 12 mars 2009.
14. Par acte du 27 avril 2009, Madame C\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision du 12 mars 2009 en concluant principalement à l'annulation de cette décision, à l'ordonnance d'une nouvelle expertise par un rhumatologue neutre et à la reconnaissance de l'invalidité de la recourante d'au moins 40% et subsidiairement à l'ordonnance de mesures de reclassement professionnel de la recourante et en particulier un stage pour tester sa capacité de travail dans une activité adaptée à son invalidité.
15. Dans un courrier du 27 avril 2009 adressé au conseil de la recourante, le Dr L\_\_\_\_\_ confirme les conclusions du recours, en relevant que « Madame C\_\_\_\_\_ doit pouvoir bénéficier d'un reclassement professionnel. Sa capacité

de travail, dans un travail adapté, n'excède pas 50%... Elle doit pouvoir être testée dans un stage pour voir si un travail dans la petite mécanique est possible à 50% ».

16. Dans un courrier du 30 avril 2009, le Dr L\_\_\_\_\_ précise que la fibromyalgie est un diagnostic qui ne peut être posé que si on a exclu tous les autres diagnostics des maladies inflammatoires rhumatismales. Dans le cas de la recourante, le Dr L\_\_\_\_\_ relève qu'il s'ajoutait des douleurs en fin de nuit et une raideur matinale qui parlent plus pour une spondylarthrite ankylosante.
17. Par courrier du 4 juin 2009, l'OAI propose le rejet du recours contre la décision du 12 mars 2009. L'OAI relève notamment que les atteintes subies par la recourante ne sont pas considérées comme incapacitantes au sens de l'assurance invalidité et que les limitations exclusivement liées à la spondylarthrite ankylosante permettent l'exercice d'une activité adaptée à 70%.
18. Répondant sur le taux de capacité de travail, le Dr L\_\_\_\_\_ précise que la spondylarthrite ankylosante est une maladie inflammatoire entraînant des douleurs plus importantes en fin de nuit avec une raideur matinale de deux à trois heures. C'est pour ces raisons qu'il « est difficile de demander à un patient de travailler à 100%, car son rendement le matin est nul ».
19. En répliquant, la recourante persiste dans les conclusions de son recours en sollicitant préalablement l'ouverture d'enquêtes notamment.
20. Relevant que le Dr L\_\_\_\_\_ n'explique pas dans quelle mesure l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis l'examen du SMR le 28 février 2008 qui justifierait l'admission d'une limitation plus étendue, l'OAI maintient ses conclusions visant à la confirmation de la décision attaquée.
21. Entendue en audience de comparution personnelle, la recourante, qui persiste dans les conclusions de son recours, expose : « A l'exception de deux vertèbres, l'ensemble de ma colonne vertébrale est douloureuse. J'ai en plus des douleurs du côté [du] droit en permanence. Je dois continuellement changer de position assise et debout. J'ai en plus des douleurs aux genoux depuis le mois de mars 2009 et selon les dires du médecin, l'origine de ces douleurs est également la spondylarthrite ankylosante. Le matin, soit jusque vers 11h00, je suis totalement ankylosée et mes mouvements sont extrêmement difficiles... Il m'arrive d'être bloquée au milieu de la circulation ou de faire des chutes en raison de mon problème de santé. En ce qui concerne une éventuelle reprise d'activité à temps partiel, en l'état je ne peux absolument pas l'envisager. Je précise toutefois que je ne m'oppose pas à faire une démarche en vue d'une activité partielle. ». Pour sa part, l'OAI relevait, à cette occasion, que le Dr Nicolas L\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, mandaté par LA BALOISE pour effectuer une expertise, retenait, dans son rapport du 10 juillet 2007, une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle.

---

22. Entendu en audience d'enquêtes le 8 décembre 2009, le Dr L \_\_\_\_\_, rhumatologue, relève notamment : « Je suis Mme C \_\_\_\_\_ depuis le 18 décembre 2006 à raison d'une fréquence mensuelle. Je relève que Mme C \_\_\_\_\_ souffre de spondylarthrite ankylosante. Il s'agit d'une maladie qui touche le bas de la colonne lombaire. C'est une maladie inflammatoire dont les douleurs apparaissent en fin de nuit et provoquent une raideur matinale d'une durée d'une à quatre heures. Il s'agit d'une maladie évolutive qui remonte le long de la colonne, qui aboutit finalement à ce que l'on appelle la « colonne bambou ». La situation de santé de Mme C \_\_\_\_\_ au mois de décembre 2006 présentait des douleurs depuis un an, surtout durant la nuit. A la suite de radios, on a pu constater une atteinte aux articulations et, suite à une IRM qui s'est révélée positive, le diagnostic de spondylarthrite ankylosante a pu être posé. En revanche, il ne s'agissait nullement de fibromyalgie, comme j'ai eu l'occasion de le mentionner dans les différents rapports qui figurent au dossier. Travaillant dans un pressing, son activité n'était plus du tout adaptée à son état de santé et, dès le 31 octobre 2006, Mme C \_\_\_\_\_ a été mise en incapacité de travail par son médecin traitant, le Dr N \_\_\_\_\_. ». Divers traitements tels que des anti-inflammatoires, du Plaquemil, de la Salazopyrine ainsi que de l'anti-TNF se sont avérés inefficaces. Le Dr L \_\_\_\_\_ poursuit : « Compte tenu de cette situation, nous avons donc procédé à une scintigraphie osseuse et nous avons constaté que les coudes et les poignets étaient également atteints. ».

En ce qui concerne la capacité de travail de la recourante, le Dr L \_\_\_\_\_ précise que compte de tenu de l'atteinte moyenne dont elle est victime, Madame C \_\_\_\_\_ n'est pas en mesure d'avoir une activité avant 10h00 ou 11h00 du matin malgré sa volonté d'exercer une activité professionnelle et le fait d'avoir d'autres atteintes inflammatoires que la colonne, c'est-à-dire des articulations périphériques, permet de conclure au fait qu'il s'agit d'une atteinte moyenne. De plus, précise encore le Dr L \_\_\_\_\_, « le fait qu'elle n'ait pas eu d'activité ces derniers mois dans le cadre de sa profession de repasseuse permet de dire que Mme C \_\_\_\_\_ serait en mesure de travailler à concurrence de 50% (l'après-midi) dans une activité adaptée ».

A la demande du conseil de la recourante, le Dr L \_\_\_\_\_ confirme que « Mme C \_\_\_\_\_ ne souffre pas d'une fibromyalgie, ce dernier diagnostic étant un diagnostic d'exclusion, c'est-à-dire lorsque tous les autres diagnostics sont exclus et qu'il ne reste que la fibromyalgie. En l'occurrence, Mme C \_\_\_\_\_ souffre de façon claire à mes yeux de spondylarthrite ankylosante et ne souffre donc pas de fibromyalgie ».

23. Lors de sa détermination du 14 janvier 2010, l'OAI relève en particulier que, dans un courrier du 2 février 2007 adressé au Dr O \_\_\_\_\_, le Dr Bertrand L \_\_\_\_\_ avait mis en évidence « une fibromyalgie mais également des douleurs sacro-iliques et retenait donc le diagnostic de spondylarthrite ankylosante

accompagnée d'une fibromyalgie. L'OAI relève que l'exclusion du diagnostic de fibromyalgie sur laquelle se prévaut le Dr L\_\_\_\_\_, n'est pas explicable. De plus, l'OAI qui insiste sur la possibilité de la recourante d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le matin, maintient ses conclusions visant à la confirmation de la décision attaquée.

24. Par courrier du 19 février 2010, la recourante relève en particulier l'avis du Dr L\_\_\_\_\_ qui n'a gardé qu'un diagnostic de spondylarthrite ankylosante, excluant celui de la fibromyalgie. La recourante insiste encore sur le fait qu'elle ne manque pas de motivation pour travailler dans la mesure de ses capacités, à savoir à 50% en tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Confirmant les conclusions de son recours, la recourante sollicite notamment une expertise externe, l'annulation de la décision du 12 mars 2009, l'octroi d'une rente d'invalidité à déterminer sur la base de l'expertise ainsi que des mesures de reclassement professionnel.
25. Attentif aux explications fournies par le Dr L\_\_\_\_\_, notamment au sujet de la spondylarthrite ankylosante et considérant la spécificité de cette maladie dont est victime la recourante, le Tribunal a ordonné une expertise et a désigné à cet effet le Professeur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie au CHUV de Lausanne.
26. La mission d'expertise et la désignation de l'expert, soumises aux parties, n'a pas fait l'objet de remarques ou questions complémentaires de la part de l'OAI. En revanche, la recourante a complété la mission d'expertise par des questions qui ont été intégrées à ladite mission.
27. Dans son rapport d'expertise médicale du 13 octobre 2010, le Prof. P\_\_\_\_\_ pose les diagnostics suivants :
  - Ostéite condensante des ilions (apparue durant la deuxième grossesse en 2000-2001)
  - Fibromyalgie avec surcharge fonctionnelle majeure

Dans le cadre de l'appréciation du cas, le Prof. P\_\_\_\_\_ relève : « On doit, chez Madame C\_\_\_\_\_, se poser la question du diagnostic différentiel entre ostéite condensante des ilions et une sacro-iliite dans le cadre d'une spondylarthrite ankylosante, ce dernier diagnostic ayant été retenu jusqu'à maintenant. Plusieurs éléments sont à retenir contre un diagnostic de spondylarthrite ankylosante ; en effet, il n'a pas été mis en évidence d'élévation des paramètres inflammatoires et pas d'image d'érosion au niveau des articulations sacro-iliaques notamment à l'IRM. La non-réponse clinique à un traitement anti-TNF d'Humira pendant plusieurs mois en 2007, puis d'Enbrel ces derniers mois sont des arguments importants contre un diagnostic de spondylarthrite ankylosante. En outre, l'absence

de l'antigène d'histocompatibilité B27, antigène trouvé dans 90% des spondylarthrites ankylosantes, est également un facteur décisif contre ce diagnostic. Il faut donc envisager chez Madame C\_\_\_\_\_ le diagnostic d'ostéite condensante des ilions. Les discrets signes d'hyperactivité des sacro-iliaques notamment en gauche en scintigraphie et les discrètes modifications à l'imagerie IRM sont des arguments en faveur d'une certaine évolutivité probablement en direction d'une arthrose, modérée certes, des atteintes sacro-iliaques (légère ostéophyte présente sur les clichés standards).

En ce qui concerne les douleurs des membres, notamment du bras droit, on peut raisonnablement écarter un diagnostic d'arthropathie inflammatoire, notamment liée à une spondylarthrite ankylosante, ou celui d'arthrose pour les expliquer. Elles entrent bien au contraire dans le cadre d'un trouble apparenté à une fibromyalgie. Il s'ajoute une surcharge fonctionnelle majeure chez Madame C\_\_\_\_\_ avec la mise en évidence de plusieurs signes de non organicité. (...)

Il faut relever par ailleurs chez cette patiente, une perte pondérale considérable, laquelle pourrait être attribuée d'une part au régime alimentaire qu'elle a fait, d'autre part à la prise régulière de Lasix donné par son médecin traitant. Il n'y a apparemment pas de signe d'une affection des organes sous-jacente qui serait susceptible d'expliquer cette perte pondérale. Il faut noter également que cette patiente n'est pas tabagique ni éthylique. Il faut noter enfin qu'elle a eu des problèmes gynécologiques ayant amené récemment à un traitement sur le col utérin. ».

Répondant aux questions, le Prof. P\_\_\_\_\_ relève, en particulier, que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante peut être raisonnablement mis de côté chez cette patiente au bénéfice de celui d'ostéite condensante des ilions et précise que malgré la bénignité de la condition, on peut considérer néanmoins que l'atteinte liée à l'ostéite condensante peut constituer chez la recourante une atteinte légèrement invalidante. En outre, le Prof. P\_\_\_\_\_ insiste sur le fait que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante peut être écarté chez cette patiente et c'est bien celui d'ostéite condensante des ilions qui doit être retenu. Le Prof. P\_\_\_\_\_ précise encore : « Une ostéite condensante des ilions peut s'accompagner de douleurs à l'effort, mais pas de douleurs permanentes. En revanche, la fibromyalgie quant à elle entraîne des douleurs quasi permanentes, une raideur prolongée, de la fatigue, ainsi que des troubles du sommeil. Il faut relever qu'il y a aussi chez cette patiente, un syndrome des jambes sans repos lequel s'apparente à un trouble fonctionnel. ».

Au sujet du degré d'intensité de l'atteinte, le Prof. P\_\_\_\_\_ indique que l'atteinte paraît chez la recourante d'intensité faible au vu de paramètres inflammatoires normaux et au vu des données de la littérature qui indiquent que l'évolution de l'ostéite condensante des ilions est favorable.

Constatant l'existence d'une capacité résiduelle de travail, le Prof. P\_\_\_\_\_ relève que sur le plan somatique, la capacité de travail est de 100% dans l'activité lucrative exercée, mais le rendement est diminué de 30% ; la capacité résiduelle est donc de 70%. Enfin, le Prof. P\_\_\_\_\_ précise que des mesures d'ordre médical et d'ordre professionnel peuvent améliorer la capacité de travail et que, sur le plan de l'affection rhumatologique de base, le pronostic est décrit comme excellent.

28. Interpellé, l'OAI a soumis le rapport d'expertise du Prof. P\_\_\_\_\_ au SMR qui relève : « Pour l'expert, une spondylarthrite ankylosante peut être écartée et le diagnostic d'ostéite condensante des ilions peut être retenu. Il mentionne que cette atteinte peut constituer une atteinte légèrement invalidante. Pour lui, cette affection peut occasionnellement entraîner des blocages au début mais les conséquences dans la vie courante et dans un poste de travail sont minimales. L'expert mentionne donc sur le plan somatique la capacité de travail de 100% dans l'activité lucrative et exercée mais le rendement est diminué de 30% avec donc une capacité de travail de 70% qui peut être retenue. Pour l'expert, le pronostic concernant l'ostéite condensante des ilions est excellent. L'expert arrive donc quasi aux mêmes conclusions que le rapport SMR du 17 octobre 2008 à ceci près que la capacité de travail dans l'activité habituelle est également de 70%. Au vu de ce qui précède, nous ne pouvons que confirmer les conclusions de cette expertise et modifier le rapport SMR du 17 octobre 2008 dans ce sens, à savoir une incapacité de travail de 30% dès le 31.10.2006 dans toute activité. » Pour sa part, l'OAI estime que le rapport d'expertise du Prof. P\_\_\_\_\_ possède pleine valeur probante et se rallie à ses conclusions, en particulier s'agissant de la capacité de travail présentée par la recourante dans l'activité habituelle et adaptée. L'OAI conclut donc à la confirmation de la décision attaquée.
29. De son côté, la recourante, qui est dans une totale incompréhension sur sa propre situation médicale, relève tout d'abord que sa maladie n'a pas pu provoquer une perte de poids puisqu'elle a perdu du poids deux ans après son arrêt de travail en 2006, sans faire de régime particulier d'une part et d'autre part les problèmes gynécologiques (opération suite à un virus) étaient, selon elle, tout à fait étrangers à sa maladie. Sur les conclusions de l'expertise, la recourante, qui a toujours insisté sur le fait qu'elle souhaitait à tout prix pouvoir bénéficier de mesures professionnelles de réinsertion, persiste à requérir de pouvoir bénéficier de telles mesures. La recourante qui prend note du fait que l'expert estime que sa capacité de travail peut être améliorée par des mesures d'ordre médical, sollicite la Cour de céans d'ordonner à l'OAI la mise en œuvre de ces mesures. Enfin la recourante sollicite l'audition de l'expert et une confrontation avec le Dr L\_\_\_\_\_.

## **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 1<sup>er</sup> 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. 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. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse du 12 mars 2009, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), en tenant compte, le cas échéant, des modifications intervenues dans le cadre de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

3. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).
4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
5. Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par la recourante constituent une invalidité au sens de l'AI engendrant une incapacité de gain.

6. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

b) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4<sup>ème</sup> édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2<sup>ème</sup> édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

7. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise 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).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments

ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, 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, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). 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 et l'arrêt cité).

8. Au sujet des expertises, la jurisprudence du Tribunal fédéral a précisé : « L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime » (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).
9. 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

10. En l'espèce, figurent notamment au dossier, un rapport d'expertise du Dr L \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, adressé au médecin-conseil de la BALOISE ASSURANCES du 20 juillet 2007, un examen clinique rhumatologique du 28 février 2008 émanant du SMR, un rapport d'expertise psychiatrique du 29 août 2008, expertise réalisée par le Dr M \_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie FMH, à la demande de l'OAI, plusieurs rapports médicaux établis par le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne - rhumatologie, et un rapport d'expertise médicale, du 13 octobre 2010, réalisée par le Prof. P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, sur mandat de la Cour de céans.
11. Dans son rapport d'expertise du 10 juillet 2007, le Dr L \_\_\_\_\_ fait notamment état, dans ses diagnostics, de douleurs lombaires basses et fessières prédominant à droite avec des images de sacro-iliite bilatérale, secondaires à une probable spondylarthrite ankylosante. Ce médecin conclut à une capacité de travail de 50% en privilégiant un travail de quatre heures par jour, l'après-midi.
12. Dans l'ensemble de ses rapports adressés soit à l'OAI soit au conseil de la recourante, le Dr L \_\_\_\_\_ pose toujours le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Si le Dr L \_\_\_\_\_ estime que la recourante est en incapacité de travail à 100% dans son activité d'employée de pressing, en revanche sa capacité de travail n'excède pas 50% dans une activité adaptée et est d'avis que la recourante doit pouvoir bénéficier de stages professionnels pour pouvoir réorienter son activité professionnelle. Lors de l'audience d'enquêtes, le Dr L \_\_\_\_\_ a confirmé que la recourante serait en mesure de travailler à concurrence de 50% (l'après-midi) dans une activité adaptée en précisant encore qu'elle souffrait de façon claire de spondylarthrite ankylosante et non de fibromyalgie
13. Le rapport de l'examen clinique rhumatologique réalisé, le 28 février 2008, par le SMR fait état, en particulier, des diagnostics de probable spondylarthrite ankylosante avec sacro-iliite bilatérale et de brachialgies droites sur probable conflit sous acromial. Ce rapport fait également mention notamment d'un diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie. Se prononçant sur le contenu de ce rapport, le Dr Q \_\_\_\_\_, SMR, préconise, vu le diagnostic de fibromyalgie, une expertise psychiatrique dont le mandat a été confié au Dr M \_\_\_\_\_. Cet examen clinique décrit l'anamnèse aussi bien familiale, professionnelle, que l'anamnèse actuelle générale et par système (neurologique, cardiovasculaire, respiratoire, gastro-intestinal et urogénital). Ce rapport fait également état de l'anamnèse ostéoarticulaire et psychosocial et pose des diagnostics clairs bien qu'admettant la probabilité d'une spondylarthrite ankylosante (comme le mentionne d'ailleurs le Dr L \_\_\_\_\_ dans son rapport du 10 juillet 2007 et le Dr M \_\_\_\_\_ dans son rapport du 29 août 2009).
14. Lors de son expertise, le Dr M \_\_\_\_\_ a pris en considération aussi bien l'anamnèse, en examinant les différentes démarches et avis médicaux émis

auparavant (rapports médicaux et expertise), que les plaintes et données subjectives de la recourante et le statut clinique. L'expert a également effectué des tests, à savoir l'échelle de l'anxiété et de la dépression de HAMILTON qui montre des signes très légers d'un état anxieux et dépressif ce qui correspond à un état mixte anxiodépressif léger et un DMRS, réalisé tout au long de l'entretien, qui montre que le principal mécanisme de défense psychologique à caractère inconscient utilisé par l'assurée est le retournement contre soi-même ou agression passive. Dans le cadre de son appréciation, l'expert relève que l'assurée ne présente pas de pathologie psychiatrique et conclut, du point de vue psychiatrique, à une capacité de travail de 100%.

15. Enfin, le rapport d'expertise du Prof. P\_\_\_\_\_ contient une anamnèse claire, l'expert a pris en compte les données subjectives de la recourante, formule des constatations objectives et a procédé à des examens complémentaires avant de poser les diagnostics avec influence sur la capacité de travail. Dans le cadre de l'appréciation du cas, le Prof P\_\_\_\_\_ s'exprime clairement sur les éléments qui permettent de retenir, en particulier, le diagnostic d'ostéite condensante des ilions qui peut constituer une atteinte légèrement invalidante, et d'écarter le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Au sujet de la capacité résiduelle de travail, le Prof. P\_\_\_\_\_ précise que, sur le plan somatique, la capacité de travail est de 100% dans l'activité lucrative exercée, mais le rendement est diminué de 30%, la capacité résiduelle étant donc de 70%. Le Prof. P\_\_\_\_\_ relève encore que la capacité de travail peut être améliorée par des mesures d'ordre médical et professionnel.
16. Au sujet de la valeur probante d'un rapport médical, le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt du 2 février 2010 (9C\_603/2009) : « 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 les 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 351 consid. 3a p. 353 ; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références). »
17. Prenant en considération l'examen clinique rhumatologique du 28 février 2008 du SMR, le rapport d'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ du 29 août 2009 ainsi que l'expertise du Prof. P\_\_\_\_\_ du 13 octobre 2010, il sied de relever que ces rapports ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse, en prenant en compte les plaintes exprimées par la recourante avec une appréciation claire du contexte médical et de la situation médicale. En outre, le Prof. P\_\_\_\_\_ pose un

diagnostic clair d'ostéite condensante des ilions et non de spondylarthrite ankylosante alors que de son côté le Dr M\_\_\_\_\_ affirme clairement que la recourante ne présente pas de pathologie psychiatrique et conclut, du point de vue psychiatrique, à une capacité de travail de 100%. Ces rapports et expertises remplissent tous les réquisits définis par la jurisprudence pour leur attribuer pleine valeur probante.

18. Enfin, il convient de relever que le diagnostic de fibromyalgie avec surcharge fonctionnelle majeure retenu par le Prof. P\_\_\_\_\_ ne saurait constituer une atteinte invalidante. En effet, d'une part le Dr L\_\_\_\_\_ constatait que la recourante souffrait d'une spondylarthrite ankylosante qui excluait le diagnostic de fibromyalgie et d'autre part le Dr M\_\_\_\_\_ concluait au fait que la recourante ne présentait pas de pathologie psychiatrique.
19. En conclusion sur ce point, la Cour retiendra que la recourante a une capacité de travail de 70% comme cela ressort aussi bien des conclusions du rapport d'expertise du Prof. P\_\_\_\_\_ que des déterminations de l'OAI.
20. Il y a dès lors lieu de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité de la recourante pour déterminer son degré d'invalidité

a) Selon la jurisprudence, ce sont les circonstances qui prévalaient au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente qui sont déterminantes pour procéder à la comparaison des revenus; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés au même moment; les modifications de 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 222). Le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé en fonction du gain que l'assuré réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, soit généralement du dernier salaire réalisé par l'assuré avant la survenance de son invalidité (RAMA 1993 n° U 168 p. 101, consid. 3b et les références). Or, la révision au sens de l'art. 41 LAI ne saurait fonder une nouvelle évaluation inconditionnelle du droit à la rente (ATF 112 V 372 consid. 2b et 376 consid. 4; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), p. 253 sv, ad 41 LAI), soit sans que n'existe une modification de la situation ayant concrètement des effets sur la capacité de gain de l'assuré.

b) Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, n° 77). Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tables statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les

---

références) S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321).

c) 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/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

En l'espèce, l'OAI s'est basé sur le tableau TA1 secteur production de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 (avec une réactualisation ISS 2007) indiquant qu'une femme travaillant dans une activité de niveau 4 peut espérer réaliser un salaire annuel de 51'027 fr. correspondant à 35'719 fr. pour une capacité de travail de 70%. Considérant que le SMR avait tenu compte des limitations fonctionnelles pour se prononcer sur une capacité de travail de 70%, un abattement supplémentaire n'a pas été retenu. En outre, selon les informations de l'ancien employeur, la recourante a perçu, pour l'année 2005, un salaire de 39'368 fr., ce qui correspond à 40'474 annuellement pour 2007 avec une réactualisation selon les ISS.

La comparaison du revenu avec invalidité avec le revenu sans invalidité ( $40'474 \text{ fr.} - 35'719 \text{ fr.} \times 100 / 40'474 \text{ fr.}$ ) conduit à un degré d'invalidité de 11,7% n'ouvrant pas droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que, sur la base de la comparaison des revenus qui est correcte, la décision de l'intimé est justifiée.

21. Il reste à examiner si l'assurée peut prétendre à des mesures d'ordre professionnel

Dans un arrêt du 3 février 2010 (9C\_298/2009) le Tribunal fédéral a rappelé que la réadaptation a la priorité sur la rente dont l'octroi n'entre en ligne de compte que si une réadaptation suffisante est impossible (art. 7 al. LPGA ; ATF 121 V 190 consid. 4a et c p. 191 s. ; arrêt 9C\_186/2009 du 29 juin 2009 consid. 3.2). Saisie d'une demande de rente ou appelée à se prononcer à l'occasion d'une révision de celle-ci, l'administration doit donc élucider d'office, avant toute chose, la question de la réintégration de l'assuré dans le circuit économique (ATF 108 V 212, 99 V 48).

Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) 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 (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel

(orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement; art. 8 al. 3 let. b, 15 à 18 LAI).

Le fait que l'assuré ne peut plus exercer sa profession antérieure ne suffit pas, à lui seul, pour fonder un droit à un reclassement. L'assuré n'a pas droit à des mesures de réadaptation s'il ne subit pas une perte de gain permanente ou de longue durée (20 % au moins) dans une activité raisonnablement exigible et pouvant être exercée sans autres mesures de réadaptation (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

En l'espèce, de la comparaison des revenus, il résulte un taux d'invalidité de 11,7% qui est inférieur au seuil minimum de 20% prévu par la jurisprudence pour ouvrir la droit à une mesure de réadaptation.

En conséquence, la Cour de céans ne retiendra pas, en faveur de la recourante, un droit à des mesures de réadaptation.

22. Au vu des mesures d'instruction menées par le tribunal, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante d'ordonner l'audition de l'expert et une confrontation avec le Dr L\_\_\_\_\_, notamment le rapport d'expertise du Prof. P\_\_\_\_\_ étant suffisamment explicite et convaincant.
23. Ainsi, le recours mal fondé sera rejeté. La recourante qui succombe n'aura pas droit à des dépens. Elle sera condamnée à un émolument fixé à 200 fr. selon l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI.

**PAR CES MOTIFS,  
LA COUR DE JUSTICE, 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

Florence SCHMUTZ

Georges ZUFFEREY

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