

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1657/2007

ATAS/993/2007

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 17 septembre 2007**

En la cause

CAISSE DE PENSION GASTROSOCIAL, sis Bahnhofstrasse 86,  
Postfach, 5001 AARAU

recourante

contre

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

intimés

Madame C \_\_\_\_\_

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Luis ARIAS et Teresa SOARES, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame C \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le 1968, mariée, mère de deux enfants nés en 1994 et 2001, de nationalité portugaise, est arrivée en Suisse en 1990. Elle est titulaire d'une autorisation d'établissement C.
2. Dès le 1<sup>er</sup> octobre 1990, elle a travaillé comme employée de magasin (nettoyeuse) pour X \_\_\_\_\_ super discount à Genève, pour un salaire en 2001 de 3'465 fr. pour 45 heures par semaine.
3. En 2000, l'assurée a souffert de lombosciatalgies gauches ayant entraîné une incapacité de travail de 12 jours.
4. Elle a été en incapacité totale de travail dès le 13 février 2002 et a perçu des indemnités journalières de la SWICA - ORGANISATION DE SANTE (la SWICA), assureur perte de gain maladie.
5. Le 3 avril 2002, la Dresse A \_\_\_\_\_, spécialiste chirurgie de la main, a rempli pour la SWICA, un rapport médical dans lequel elle mentionne une incapacité de travail totale pour maladie depuis le 13 février 2002 et signale que, depuis environ une année, la patiente ressent des paresthésies importantes au niveau des deux mains surtout à gauche. Elle présente également depuis deux ans environ une limitation à l'extension du poignet gauche qui s'accroît de plus en plus et qui est devenu douloureux au cours de ces derniers mois.

Le diagnostic posé est celui de compression du nerf médian au niveau du tunnel carpien bilatéral. Main gauche : médius à ressaut. Kyste dorsal du poignet. Nécrose du semi-lunaire stade III.

Une intervention chirurgicale était indiquée.

6. Du 11 juin au 19 juillet 2002, l'assurée a été en incapacité totale de travail attestée par le Dr B \_\_\_\_\_, médecin interne FMH en raison d'un état anxio-dépressif réactionnel.
7. Le 27 septembre 2002, le Dr. C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH médecine interne, a informé la SWICA qu'il s'agissait d'une pathologie complexe de la main gauche, occasionnant une recrudescence de douleurs depuis la fin de sa grossesse. Il existait une nécrose du semi-lunaire (maladie de Kienböck stade III), un kyste arthrosynovial banal du poignet, un médius gauche à ressaut et un syndrome du tunnel carpien au stade I à gauche. L'arrêt de travail était justifié à 100% depuis le 13 février 2002, sous réserve d'une période de vacances du 18 juin au 20 août 2002. En principe, le pronostic à long terme était bon.
8. Le 1<sup>er</sup> octobre 2002, l'assurée a subi une arthroscopie et le 5 novembre 2002 une ostéotomie de raccourcissement du radius gauche.

9. Le 10 février 2003, le Dr. D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a rendu un rapport médical à la demande de la SWICA, concluant à une incapacité totale de travail justifiée au moins encore pour trois-quatre mois. L'assurée avait chuté il y a cinq ans sur le poignet gauche, ce qui avait entraîné des douleurs, puis était apparu un kyste. En février 2002, en raison de l'exacerbation des douleurs, elle avait consulté le Dr E \_\_\_\_\_ et avait été opérée le 1<sup>er</sup> octobre 2002. Le 5 novembre 2002, les chirurgiens de la main pratiquent une ostéotomie de raccourcissement du radius gauche, après avoir hésité d'effectuer une résection de la première rangée de l'os du carpe qui entraînerait une perte de la mobilité d'environ 50%. Il a donc été décidé, dans un premier temps, d'effectuer l'intervention préservant le plus de mobilité, quitte à effectuer, dans un deuxième temps, la résection de la première rangée si les douleurs devaient persister. Elle présentait une nécrose du semi-lunaire ayant entraîné des douleurs invalidantes du poignet gauche. Il s'agissait d'un cas complexe de chirurgie de la main et le pronostic était difficile.
10. Le 12 juin 2003, l'assurée a demandé des prestations de l'assurance-invalidité en mentionnant une arthrose du poignet depuis environ quatre ans.
11. Le 18 octobre 2003, le Dr. F \_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique FMH, a attesté d'une maladie de kienböck du poignet gauche entraînant une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2002. Il suivait la patiente depuis le 8 avril 2003. L'arthroscopie du 1<sup>er</sup> octobre 2002 avait révélé une déchirure ligamentaire scapho-lunaire. Une ostéotomie du raccourcissement du radius gauche avait été prodiguée le 5 novembre 2002 mais les douleurs avaient perduré. Il persistait une nécrose partielle du semi-lunaire avec effondrement et nécrose partielle. Suspicion de conflit ulno-carpien suite au raccourcissement radial. Les découvertes radiographiques confirmaient que le problème n'était pas résolu. Le traitement symptomatique comportait une attelle, des infiltrations corticoïdes à la demande. Plusieurs solutions chirurgicales existaient tel que résection de la première rangée du carpe, dénervation antalgique du poignet, arthrodèse partielle du carpe; sans certitude de réussite, la patiente s'y opposait actuellement. Il fallait privilégier des mesures de reclassement professionnel dans un emploi évitant l'emploi en force du poignet gauche. La patiente était droitrière. L'ancienne activité n'était plus exigible. une autre activité ne comportant pas de force sur le poignet gauche était exigible à plein temps et sans diminution de rendement.
12. Le contrat de travail de l'assurée a pris fin le 30 novembre 2003.
13. Le 12 avril 2004, la SWICA a cessé le versement de l'indemnité journalière.
14. Le 30 septembre 2004, une IRM de la cheville a été pratiquée à la demande du Dr F \_\_\_\_\_. Elle conclut à un "aspect très irrégulier de la surface articulaire du dôme astragalien avec mise en évidence de plusieurs éburnations avec quasi disparition du cartilage, avec un œdème marqué de la spongieuse de l'astragale et du pilon tibial externe, ce dernier étant relativement épargné au niveau de sa surface

articulaire. Cette sémiologie ouvre plutôt le diagnostic différentiel d'une ostéochondrite disséquante du dôme astragalien avec impression d'un corps libre intra-articulaire. Cette sémiologie n'évoque pas à franchement parlé un remaniement de type arthrosique. Par ailleurs, pas d'autre anomalie significative en particulier des jambiers postérieurs".

15. Le 23 mai 2005, le Dr M. F\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical intermédiaire AI dans lequel il atteste que l'état de santé est resté stationnaire mais qu'il y a des changements dans le diagnostic suite à des épisodes de douleurs avec fluxion de la cheville droite et boiterie et découverte d'une ostéochondrite disséquant du talus. Il poursuit : "au niveau de la main, aucune évolution, douleur faible car emploi restreint, aucun signe d'aggravation. Patiente toujours hésitante à une intervention sur la main qui a été évoquée dans notre précédent rapport. A la cheville, les infiltrations corticoïdes sont utiles, les périodes douloureuses sont épisodiques. L'évolution naturelle de la maladie étant incertaine, la chirurgie ne doit être considérée qu'en cas de blocage de cheville, de douleurs invalidantes résistant aux infiltrations. Pour l'instant, la patiente ne souhaite pas y recourir. Traitement actuel : anti-inflammatoires, chevillère".

L'aggravation datait de l'été 2004 et l'état de la main était stationnaire depuis environ 2 ans. Il y avait des limitations fonctionnelles, soit une restriction du périmètre de marche à quelques centaines de mètres. Travaux en force avec main gauche impossible. Un retour au travail dans une activité adaptée (légères, contrôles, relationnel) à 50-70% paraissait prochainement possible.

16. Le 30 juin 2005, le Dr G\_\_\_\_\_ du SMR a proposé d'admettre une incapacité de travail totale comme femme de ménage depuis le 13 février 2002 et de considérer qu'une activité adaptée était pleinement exigible depuis octobre 2003 au moins. Il ne fallait pas de travail en force du poignet gauche (assurée droitrière), pas de marches prolongées ou en terrain inégal et privilégier un travail essentiellement assis.
17. Le 18 juillet 2006, la réadaptation professionnelle a rendu un rapport proposant la prise en charge d'un stage d'observation professionnelle OSER au CIP du 21 août au 19 novembre 2006.

Le rapport d'observation professionnelle mentionne que les capacités physiques (positions de travail, tonus, résistance, atteinte au membre supérieur gauche), de l'assurée, ne sont pas compatibles et il n'y a pas d'activité suffisamment adaptée pour occuper un poste de travail dans le circuit économique normal. Si ses capacités physiques le permettaient, les capacités d'adaptation et d'apprentissage de l'assurée seraient théoriquement compatibles avec un emploi simple, pratique et répétitif dans le circuit économique normal et les capacités d'intégration sociales seraient compatibles avec les exigences d'un milieu socioprofessionnel dans le circuit normal. Dans les conclusions de la mesure, il est indiqué qu'il n'existe pas, dans le

circuit économique normal, d'activité professionnelle suffisamment adaptées aux limitations physiques de l'assurée. Les limitations étaient les suivantes : "pas de travail de force du poignet gauche, la résistance diminue lors de l'utilisation répétitive et prolongée, pas de marche prolongée ou en terrain inégal, pas de travail en position debout, position assise tolérée, mais inconfort permanent dû à l'atteinte au membre inférieur droit, port de charge limité en raison de l'atteinte au membre inférieur gauche, avec le membre supérieur droit et fortement déconseillé avec le membre supérieur gauche, aptitudes manuelles globales limitées (en raison de l'atteinte), rendements trop faibles pour être exploitables (même en activités simples et légères)".

Le rapport OSER du 6 novembre 2006 mentionne que "seules des activités simples, légères à caractère manuel et répétitif seraient susceptibles de convenir mais les limitations physiques sont trop importantes pour que la capacité de travail observée soit exploitable dans un contexte professionnel. Un stage de confrontation en entreprise n'apporterait vraisemblablement que très peu d'éléments significatifs d'autant plus que l'assurée s'est montrée engagée au cours de ce stage, en conséquence et en accord avec l'OAI, nous avons interrompu prématurément la mesure et nous avons sorti l'assurée de nos effectifs en date du 8 octobre 2006".

Le rapport de réadaptation professionnelle du 9 novembre 2006 conclut à une invalidité de 71%. Conformément aux conclusions du CIP, seuls des travaux de conditionnement en atelier protégé étaient exigibles, soit un salaire annuel de 13'517 fr., depuis octobre 2003. Comparé au gain sans invalidité de 46'865 fr., on aboutissait à un degré d'invalidité était de 71%. Il est précisé que l'atteinte au membre inférieur contre indique le travail en position debout et limite les déplacements à de courtes distances. Or, les emplois simples et répétitifs en position assise sont constitués de tâches manuelles répétitives. Les activités manuelles fines, les plus légères, sont contre indiquées par des aptitudes manuelles déjà limitées en dehors de l'atteinte, ce qui n'est pas étonnant chez quelqu'un qui n'a fait que des travaux gF\_\_\_\_\_ers durant sa carrière. Les capacités d'apprentissage ne permettaient pas d'envisager une activité plus exigeante intellectuellement.

18. Le 30 novembre 2006, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (OCAI) a rendu un projet d'acceptation de rente entière dès le 1<sup>er</sup> février 2003.
19. Le 16 février 2007, la caisse de pension GASTROSOCIAL a demandé une copie du dossier AI.
20. Par décision du 14 mars 2007, l'OCAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité avec un effet rétroactif au 1<sup>er</sup> février 2003.
21. Le 26 avril 2007, la caisse de pension GASTROSOCIAL a recouru à l'encontre de la décision de l'OCAI du 14 mars 2007 en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OCAI pour investigations complémentaires et nouvelle décision qui

constate qu'une activité adaptée est exigible. L'OCAI ne disposait pas de toutes les pièces de l'assurance-accident et ne s'était pas informé de la décision de celle-ci. Selon l'avis du Dr F\_\_\_\_\_ du 23 mai 2005, une activité de contrôle ou relationnelle était possible de 50 à 70% et le Dr G\_\_\_\_\_ avait estimé qu'une activité adaptée était pleinement exigible. L'assurée pouvait faire une autre activité comme employée de réception dans un hôtel, gardienne Sécurité, vendeuse de kiosque, vendeuse de billets dans un cinéma. Les faits n'avaient ainsi pas été instruits de manière suffisante puisque l'office aurait dû examiner si les activités précitées étaient possible, ce d'autant que les médecins admettaient une capacité de travail. Le conseiller d'orientation devait établir quelle activité concrète était possible dans le cadre de la capacité constatée par les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_. L'OCAI n'avait pu expliquer pourquoi il s'écartait de l'avis desdits médecins.

22. Le 5 juin 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Le CIP était un centre agréé par l'OFAS et ses stages avaient valeur d'expertise professionnelle. En l'espèce, les maîtres de stage avaient clairement pu déterminer la capacité de travail de l'assurée et les activités exigibles.
23. Le 6 juin 2007, l'assurée, représentée par Maître D'ESPINE, juriste, a constaté que les faits n'avaient pas été suffisamment instruits. Le recours ne mentionnait que l'arthrose du poignet alors qu'il y avait une atteinte à la cheville droite, attestée par le Dr F\_\_\_\_\_ qui s'était considérablement aggravée et était l'atteinte la plus handicapante qu'elle subissait. Elle a joint un avis médical du Dr F\_\_\_\_\_ du 26 mai 2007 selon lequel "depuis quelques mois, l'état du poignet est stationnaire mais c'est la cheville droite qui est de plus en plus symptomatique avec une importante difficulté à marcher, surtout en terrain inégal mais de plus en plus également, en montée, descente d'escaliers, et parfois lorsque les trajets à plat sont importants. Le 3 mai, je notais un œdème important sur la face interne associé à une ténosynovite du jambier antérieur. La douleur limitait l'amplitude de flexion plantaire. L'articulation sous talienne montre un début d'enraidissement. La marche sur la pointe des pieds est totalement impossible. La radiographie confirme la dégradation évoquée par l'anamnèse constatée cliniquement, avec un pincement articulaire tibio-talien et un début de construction arthrosique sous malléolaire interne. Le foyer d'ostéochondrite est entrain progressivement de faire le lit d'une arthrose de la cheville".
24. Le 20 juin 2007, la recourante a répliqué en estimant que l'avis médical du Dr F\_\_\_\_\_ du 26 mai 2007 ne contenait pas de motivation suffisante, ni un diagnostic précis ni une anamnèse et que les rapports médicaux au dossier n'étaient pas actuels.
25. Le 11 juillet 2007, l'OCAI a dupliqué en rappelant que l'assurée avait été observée durant plusieurs semaines en atelier dans des domaines tel que le bois, l'horlogerie, le polissage, le montage et la bureautique. L'assurée avait été présente tout au long

du stage et l'avait suivi avec engagement, application et avait présenté un caractère volontaire. Les limitations fonctionnelles retenues lors du stage rejoignaient celles des médecins. Il n'y avait aucune raison de s'écarter de l'avis des spécialistes du CIP.

26. A la demande du Tribunal de céans, le Dr F\_\_\_\_\_ a fourni le 14 août 2007 des renseignements médicaux. Il ne pouvait pas confirmer son appréciation du 23 mai 2005 selon laquelle une activité adaptée était possible de 50 à 70 % car il y avait eu, depuis, une augmentation des symptômes de la cheville droite qui contre-indiquait le travail debout, les déambulations et la marche en terrain inégal. L'activité adaptée était donc fortement réduite. En rapport aux limitations décrites par le CIP, il existait selon lui uniquement une atteinte au membre supérieur gauche et au membre inférieur droit et non pas au membre inférieur gauche. L'emploi du membre supérieur droit était complet mais l'aptitude globalement limitée dans les gestes bi-manuels obligatoires. Un travail de type informatique serait très éventuellement possible. La combinaison des atteintes du membre supérieur gauche et du membre inférieur droit entraînait une forte réduction de la capacité de travail, la faible capacité résiduelle théorique paraissant dans le marché du travail libre et pour une personne sans qualification professionnelle hautement difficile à mettre en valeur. La position assise pendant des périodes limitées était possible. L'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis son rapport du 23 mai 2005, par l'aggravation des symptômes de son ostéochondrite talienne (ramollissement de l'os et du cartilage).
27. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). 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 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, le présent recours fait suite à une demande de prestations du 12 juin 2003. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004.

3. a) Le 1<sup>er</sup> juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.  
  
b) En l'espèce, l'OCAI a rendu un projet de décision en date du 30 novembre 2006, qui a été confirmé par la décision du 14 mars 2007, contre laquelle la recourante a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 26 avril 2007.  
  
c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
4. L'objet du litige porte sur le bien fondé du droit de l'assurée à une rente entière de l'assurance-invalidité.
5. 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution

---

résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

c) Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66<sup>2/3</sup> % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

6. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un

---

avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide 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 (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de

l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales 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. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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. A cet égard, il importe 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 des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de

mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

e) 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi 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).

9. a) En l'espèce, la recourante conteste la décision d'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité à l'assurée au motif que les données médicales au dossier concluent à une capacité de travail dans une activité adaptée. Elle estime que dans ces conditions, l'OCAI ne pouvait uniquement se fonder sur l'appréciation du CIP et que l'instruction médicale doit être complétée. Enfin, elle pense que le dossier de l'assureur-accident aurait dû être requis.

b) Le rapport OSER du 6 novembre 2006, qui fait suite à un stage d'août à novembre 2006, mentionne clairement que les limitations physiques de l'assurée sont trop importantes pour que la capacité de travail observée soit exploitable dans un contexte professionnel. En particulier, l'atteinte au membre inférieur contre-indique le travail en position debout et celle au membre supérieur gauche contre-indique les activités, en particulier assises, constituées de tâches manuelles répétitives. Quant aux activités manuelles fines, elles n'étaient pas envisageables en raison d'aptitudes manuelles déjà limitées en dehors de l'atteinte. Une activité en atelier protégé pouvait être prise en compte. L'instruction complémentaire menée

---

par le Tribunal de céans auprès du Dr F\_\_\_\_\_ a révélé que la capacité de travail admise par celui-ci dans son rapport du 23 mai 2005, de 50 à 70 %, n'était plus valable dès lors que l'état de santé de l'assurée s'était péjoré et qu'une activité adaptée était seulement très éventuellement possible.

Au vu de cette nouvelle appréciation médicale, il y a lieu d'admettre que les conclusions du CIP et de la réadaptation professionnelle qui émanent d'institutions de l'assurance-invalidité dont la fonction est de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (ATF du 24 mars 2006, I 729/04) peuvent être confirmées; en particulier le stage, effectué fin 2006, prend manifestement en compte l'aggravation de l'état de santé de l'assurée attestée médicalement par le Dr F\_\_\_\_\_ depuis mai 2005. Quant aux activités citées par la recourante, en tant qu'emplois adaptés (employée de réception dans un hôtel, vendeuse de kiosque ou de billets de cinéma) elle ne tient pas compte des limitations combinées au membre inférieur droit et au membre supérieur gauche empêchant notamment toute activité en position debout ainsi qu'une activité bi-manuelle, ni ne tient compte des constatations du CIP, qu'aucun élément ne permet de mettre en doute, selon lesquelles les postes liés aux compétences personnelles de l'assurée ne répondent pas à la nature de ses atteintes, en particulier un poste de vendeuse (rapport OSER p. 12).

Enfin, la recourante n'explique pas en quoi le dossier de l'assureur-accident - lequel serait apparemment intervenu après la chute de l'assurée sur le poignet gauche mentionnée par les médecins en 1998 - aurait une incidence sur l'état de santé actuel de la recourante, ce d'autant que les douleurs au poignet qui sont apparues courant 2001 et ont entraîné dès le 13 février 2002 une incapacité totale de travailler sont clairement mentionnées comme provenant d'un état maladif par la Dresse A\_\_\_\_\_ et non pas d'une suite d'un accident.

10. a) Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et il doit être rejeté.

b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

**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 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); 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

Nancy BISIN

La présidente

Valérie MONTANI

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