RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1704/2004 **ATAS/1065/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 7 décembre 2005

En la cause

Madame A_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97; case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Karine STECK et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Madame A_____, née le 26 décembre 1948, a travaillé comme serveuse, ouvrière d'usine, femme de chambre et femme de ménage. En dernier lieu, elle s'occupait d'un service d'immeuble à 100% et assumait des nettoyages le soir dans un cabinet dentaire.

2. Le 4 décembre 1996, elle a été opérée au pied gauche. En raison de complications de cette intervention chirurgicale, elle a dû se soumettre à de nouvelles opérations en octobre 1997 et en février 1999. A cette dernière date, une arthrodèse métatarso-phalangienne du gros orteil gauche a été réalisée.

3. Depuis le 29 janvier 1999, elle a définitivement arrêté de travailler.

4. Selon le courrier du 30 août 1999 du Docteur B_____, chirurgien aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), au Docteur C_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, six mois après l'arthrodèse métatarso-phalangienne du gros orteil gauche, la patiente ressent toujours des douleurs relativement importantes, même la nuit. L'arthrodèse est cependant bien consolidée avec une greffe interposée qui s'est incorporée. L'assurée a certainement développé une algodystrophie de Sudeck du gros orteil gauche.

5. Le 2 novembre 1999, elle a formé une demande de prestations d'invalidité en vue de l'obtention d'une rente.

6. Dans son rapport du 11 novembre 1999, le Docteur C_____ a attesté que l'état de santé de l'assurée était susceptible d'amélioration. Elle présentait une incapacité de travail totale dans son activité de nettoyeuse et de concierge. Il a confirmé les diagnostics du Docteur B_____.

7. Selon le rapport du 23 novembre 1999 du Docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, les suites de la troisième opération étaient modérément favorables, la douleur persistait et une algoneurodystrophie de type Sudeck s'était développée nécessitant des anti-inflammatoires et de la physiothérapie. L'arthrodèse était solide. Il y avait des douleurs à la palpation et à la mobilisation de l'inter-phalangienne sans tuméfaction, ainsi qu'une importante hypersensibilité pulpaire.

8. Le Docteur E_____, spécialiste en chirurgie, a notamment certifié le 15 février 2000 qu'un travail assis pourrait constituer une activité adaptée aux atteintes à la santé de l'assurée.

9. A la même date, le Docteur B_____ a communiqué au Docteur C_____ que l'assurée ressentait toujours des douleurs importantes au niveau de son gros orteil, avec sensation d'hallux bouillant, oedémacié. Les douleurs, également nocturnes, étaient stables depuis six mois. L'orteil était bien axé. La tentative de

mobilisation de l'arthrodèse et le matériel palpé en proximal étaient indolores. Il a constaté un œdème du gros orteil et des dysesthésies importantes. Il a par ailleurs confirmé ses diagnostics précédents, tout en indiquant que la maladie de Sudeck évoluait en général toujours favorablement dans un laps de temps pouvant aller jusqu'à deux ans.

10. Selon le rapport du 27 avril 2000 du Docteur B_____, l'assurée aura besoin d'un traitement médical pendant une durée indéterminée, mais son état est susceptible d'amélioration. Il est actuellement impossible de fournir des indications sûres quand à l'incapacité de travail dans sa profession antérieure. Ce médecin a relevé que la scintigraphie objectivait l'algodystrophie de Sudeck du gros orteil gauche. Au surplus, il a confirmé les diagnostics et constatations cliniques précédentes.

11. Le 15 juin 2001, le Docteur C_____ a attesté que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé. En plus de l'algodystrophie, elle souffrait d'un état dépressif depuis début 2000 et de lombalgies depuis l'été 2000. Le pronostic était très réservé. Il a par ailleurs estimé que la reprise d'une activité, sous la forme d'un stage d'observation professionnelle, n'était non seulement pas indiquée mais que son échec serait garanti d'avance, dans la mesure où l'assurée ne parvenait pas à rester debout ni assise plus de quelques minutes et qu'elle souffrait d'un état dépressif réactionnel.

12. A la demande de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) l'assurée a été soumise à une expertise à la Clinique de rééducation des HUG. Dans son rapport du 2 janvier 2002, le Docteur Maximilien H_____ a mis en évidence des douleurs résiduelles invalidantes du 1er rayon du pied gauche consécutives à un status après une opération pour hallux valgus, une révision, une arthrodèse métatarso-phalangienne et une algoneurodystrophie. L'expert retient également une irritation du nerf tibial postérieur gauche, une suspicion d'un syndrome fémoro-patéllaire du genou droit depuis 2000, une méralgie paresthésique gauche depuis 2002, ainsi que des lombalgies communes épisodiques depuis avant 1996, mais en augmentation depuis 1999, et un conflit sous-acromial, sans répercussion sur la capacité de travail. A cela s'ajoutait un état dépressif réactionnel aux douleurs chroniques. L'expertisée se plaignait, au repos, d'une douleur sous forme de brûlure et de tiraillement au niveau de la racine du gros orteil à gauche, de chaleur locale ainsi que de douleurs au toucher (chaussage difficile). A la mise en charge active et passive, elle ressentait des douleurs avec une irradiation de bas en haut allant de l'orteil vers le nerf tibial antérieur-latéral jusqu'au dessus du genou. Elle présentait également une météo-sensibilité. La marche était rendue possible avec différentes améliorations des chaussures (dont une barre de déroulement, ainsi qu'une botte à renfort latéraux et appui talonnier), avec lesquelles elle pouvait marcher trois-quarts d'heure à une heure sans canne. La marche lui occasionnait, en plus des douleurs, une tuméfaction du premier orteil

gauche avec une sensation de chaleur importante (orteil bouillant) ainsi qu'un changement de couleur (plus foncé). Les massages doux locaux, des bains alternés et des traitements médicamenteux offraient un soulagement temporaire. Elle n'arrivait plus à conduire à cause de ses douleurs au pied gauche et prenait parfois une canne du côté droit. Elle se plaignait également de douleurs lombaires basses une à trois fois par semaine et d'un fourmillement de la fesse gauche. Selon l'expert, la limitation de la capacité de travail de la patiente est due à une douleur essentiellement en charge du pied à gauche diminuant le périmètre de marche de façon importante ainsi que la charge des objets à porter. Par contre, un travail assis dans une ambiance non compétitive devait pouvoir être entrepris par la patiente à 100% avec un rendement total en veillant toutefois à ce qu'elle puisse régulièrement s'occuper de son pied gauche (surélévation, glaçage, automassage…) et à ne pas précipiter les lombalgies communes. L'activité de concierge n'était plus exigible. L'incapacité de travail semblait être définitivement acquise lors du diagnostic d'algoneurodystrophie après l'intervention du 4 février 1999. La réadaptation professionnelle de l'expertisée nécessitait une prise en charge préalable de certains points, soit notamment des douleurs (glaçage, port de souliers adaptés, alternance de cycles de charge et de pose équilibrés), une médication antalgique, un traitement des pathologies apparues secondairement telle que l'irritabilité d'une branche du nerf tibial postérieur à gauche avec une désensibilisation, une prise en charge des troubles de l'humeur liés à une douleur chronique, une prévention de la décompensation d'autres douleurs indépendantes du problème du pied gauche, mais pouvant être décompensées dans le cadre d'une biomécanique de la marche altérée et d'un état dépressif en cours d'installation. L'expert précise à cet égard que :

"Une fois ces problèmes réglés ou en voie de règlement par la mise en route d'un traitement ciblé et expliqué à la patiente, une réadaptation professionnelle est envisageable à prédominance assise sans charge mais permettant des levers fréquents ainsi qu'une auto-prise en charge du pied à gauche par la patiente. Je propose parallèlement à quelques séances d'ergothérapie pour expliquer l'ergonomie du dos dans le cadre des lombalgies banales de cette patiente, des séances d'ergothérapie préprofessionnelle permettant de quantifier précisément les limitations que causent les différentes pathologies de la patiente et en fonction des résultats de cet examen de faire un test d'endurance à l'atelier préprofessionnel sur plusieurs jours afin d'obtenir des informations sur le comportement de la patiente dans un environnement de travail non compétitif."

L'expert a répété, plus loin, qu'un travail à prédominance assise était exigible, évitant le port de charge, dans un milieu non compétitif, pour autant qu'on ne laissait pas les différentes pathologies accessoires devenir prépondérantes. De l'avis de l'expert, l'évaluation de la charge de travail dépendait des points de prise en charge précités et devrait pouvoir être effectuée après un passage en ergothérapie préprofessionnelle puis dans un atelier professionnel.

13. L'assurée a également été soumise par l'OCAI à une expertise réalisée par le Docteur F_____, psychiatre. Ce médecin a constaté que les limitations de la capacité de travail se situaient exclusivement sur le plan physique. Les troubles se manifestaient par des douleurs permanentes, sous forme de "lancées" irradiant dans tout le membre inférieur gauche jusqu'à la hanche et la région lombaire, entraînant une gêne considérable à la marche et à la station debout, ainsi qu'une difficulté à conserver longtemps la station assise, de sorte que la poursuite de l'activité professionnelle exercée jusqu'alors était impossible. Il a par ailleurs indiqué que des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, à condition de tenir compte de l'impossibilité de l'assurée de travailler debout et de la nécessité de modifier fréquemment sa position lorsqu'elle était assise. Ces contraintes pourraient affecter le rythme de travail. Il a par ailleurs observé que l'assurée possédait une bonne aptitude à s'intégrer dans le tissu social et suffisamment de ressources psychiques pour une tentative de réadaptation qu'elle était prête à entreprendre. Selon son appréciation, seul un taux d'activité de 50% était possible et son rendement était certainement légèrement diminué en raison de la nécessité de changer de position et des douleurs lombaires.

14. Selon le rapport d'examen du Service médical régional Léman de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 2 octobre 2002 il n'était pas justifié de retenir une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée, en se fondant sur les conclusions du Docteur F_____, dès lors que celui-ci n'avait mis en évidence aucune limitation fonctionnelle d'un point de vue psychiatrique. Il convenait dès lors de suivre l'expert rhumatologue en ce qu'il a considéré que l'assurée avait une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée. Des mesures professionnelles devaient être mises en place le plus rapidement possible s'il y avait lieu. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas de marche de plus de trois quarts d'heure à une heure, pas de port de charge même minime, activité sédentaire permettant l'alternance des positions assise et debout et la surélévation de la jambe gauche. Le SMR a fixé la date du début de l'aptitude à la réadaptation au 3 décembre 2001.

15. Dans le rapport de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI du 2 avril 2003, il est fait état de ce que l'assurée se sent très invalidée par les douleurs au pied et celles irradiant depuis la hanche dans toute la jambe. Elle ne pouvait pas rester assise plus d'une demi-heure sans changer de position. La position debout immobile était à éviter le plus possible. Elle ne pouvait par ailleurs marcher que pendant trente à quarante-cinq minutes. Lorsqu'elle allait en promenade, elle prenait une canne. Ses nuits étaient également perturbées par des douleurs dans la jambe qui la réveillaient après environ quatre heures de sommeil. Cette division a par ailleurs constaté que, après moins de quinze minutes d'entretien, l'assurée ne savait plus comment se positionner et devait se lever et bouger, faire des petits pas sans s'arrêter en avant et en arrière. Elle portait des chaussures spéciales ouvertes devant et, selon ses dires, s'il faisait trop froid, elle mettait des baskets plus grandes que sa

pointure ou des bottes qu'elle supportait cependant difficilement. Elle ne pouvait par ailleurs plus conduire un véhicule à moteur, dans la mesure où le fait d'appuyer sur la pédale avec son pied déclenchait une douleur violente.

Au rapport de la division de réadaptation est annexée une note établie le 12 mars 2003 suite à un entretien d'appréciation avec la Doctoresse G_____ du SMR. Selon cette note, ladite division a exprimé à ce médecin ses doutes quant aux possibilités de l'assurée d'exercer une activité lucrative dans le marché économique de l'emploi, compte tenu de la diminution de rendement importante envisageable que cela soit à 50% ou à 100%. La Doctoresse G_____ a expliqué que l'atteinte de l'assurée s'inscrivait dans un contexte de troubles somatoformes douloureux, l'atteinte au pied n'étant pas en mesure d'expliquer les douleurs invalidantes ressenties jusque dans la hanche. Sur la base des données en sa possession, elle a ainsi estimé que l'exercice d'une activité adaptée était exigible à 100% sans baisse de rendement même minime. Enfin, à son avis, des mesures professionnelles ne se justifiaient pas car elles ne seraient pas de nature à favoriser ou à améliorer la capacité de gain de l'assurée.

A la suite de cet entretien, la division de réadaptation professionnelle a conclu à une évaluation théorique de l'invalidité. Sur la base de celle-ci, elle a proposé d'allouer à l'assurée un quart de rente, fondé sur un degré d'invalidité de 46,28%.

16. Par décision du 13 février 2004, l'OCAI a octroyé à l'assurée un quart de rente dès le 1er janvier 2000. Se faisant, il s'est fondé essentiellement sur l'expertise du Docteur H_____.

17. Représentée par son conseil, l'assurée a formé opposition à cette décision le 16 mars 2004, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et des mesures de réadaptation professionnelle en vue de déterminer l'activité adaptée exigible.

18. Par décision sur opposition du 8 juillet 2004, l'OCAI a rejeté celle-ci en s'appuyant sur l'expertise du Docteur H_____ et en observant que l'appréciation de la capacité de travail par le Docteur F_____ ne saurait être retenue.

19. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a interjeté recours le 10 août 2004 contre cette décision, en concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à la constatation qu'elle a droit à une rente d'invalidité de 50% au moins à compter du 1er janvier 2000 et ce, pour une durée indéterminée. Elle a notamment allégué qu'il y avait lieu de tenir compte de l'appréciation de l'expert psychiatre, dans la mesure où il était à même de donner sa propre appréciation du cas, compte tenu de sa formation médicale et de la connaissance de l'anamnèse médicale de la recourante. Elle a également fait valoir que l'ensemble des atteintes physiques associées à un état dépressif s'opposait clairement à l'exercice d'une activité à temps complet.

20. Dans sa détermination du 24 août 2004, l'intimé a conclu au rejet du recours, en reprenant son argumentation antérieure.

21. Par ordonnance du 26 janvier 2005, le Tribunal de céans a ordonné une expertise médicale judiciaire et a commis à cette fin le Docteur Philippe I_____, orthopédiste, après avoir communiqué aux parties les questions à poser à l'expert et leur avoir donné la possibilité de s'y déterminer.

22. Dans son rapport du 30 juin 2005, cet expert a retenu les diagnostics de douleurs résiduelles invalidantes du 1er rayon du pied gauche sur status après correction d'un hallux valgus, arthrodèse métatarso-phalangienne avec défaut d'appui antéro-interne et surcharge des 2ème et 3ème têtes métatarsiennes, d'un status après algoneurodystrophie du 1er rayon du pied gauche, ainsi que de lombo-sciatalgies gauches et lombalgies communes entrant dans le cadre d'une boiterie de compensation. Les douleurs étaient parfaitement compatibles avec l'examen clinique et l'examen radiologique, à l'exception des lombo-sciatalgies pour lesquelles la corrélation radio-clinique était moins bonne. Il était cependant parfaitement compréhensible qu'en raison des troubles statiques du pied gauche et du mauvais déroulement du pas, la patiente pouvait présenter des douleurs lombaires. L'expertisée ne souffrait pas d'un trouble somatoforme douloureux. Compte tenu du handicap physique et en faisant abstraction de son âge et de l'absence de formation professionnelle, une activité légère en position assise à 25 à 30% de capacité avec un rendement diminué de 50% pourrait être exigible. La capacité de travail était réduite en raison des séquelles douloureuses au niveau de son pied gauche ainsi que le fait qu'elle devait pouvoir s'interrompre pour s'occuper de son pied. De l'avis de l'expert, aucune mesure médicale ne semblait à même de permettre à l'expertisée de reprendre un travail. Il a par ailleurs jugé qu'un examen médical était suffisant pour déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'expertisée.

23. Dans sa détermination du 24 août 2005 sur cette expertise judiciaire, la recourante a conclu à l'octroi d'une rente complète, en s'appuyant sur l'appréciation de la capacité de travail par le Docteur I_____.

24. L'intimé a soumis l'expertise judiciaire à l'avis médical du SMR. Les Docteurs J_____ et G_____ ont reproché à l'expertise du Docteur I_____, dans leur rapport du 25 août 2005, d'avoir décrit le status de façon extrêmement succincte, et ont relevé que, d'un point de vue purement objectif, le status au niveau du pied gauche était superposable à celui effectué par le Docteur H_____. En revanche, le status lombaire s'était amélioré, puisque la distance du sol était de zéro alors qu'elle avait été, lors de l'examen du Docteur H_____, de 15 centimètres. L'assurée ne présentait par ailleurs aucun déficit moteur pouvant faire suspecter une compression par une éventuelle hernie. Selon les médecins du SMR, l'expert judiciaire a retenu une capacité de travail très réduite sans aucune

explication, en se fondant apparemment sur les plaintes subjectives de l'assurée et non en fonction des constatations objectives. Ils concluent dès lors à ce que cette expertise soit écartée.

25. Sur la base de cet avis médical, l'intimé a persisté le 29 octobre 2005 dans ses conclusions. Il a constaté que l'opinion du Docteur I_____ constituait une appréciation différente d'un état de santé resté pour l'essentiel identique à celui prévalant en 2002 et que ses conclusions n'étaient motivées d'aucune façon. Subsidiairement, il a conclu à un complément d'instruction aux fins de déterminer sur quel fondement objectif reposait l'opinion du Docteur I_____.

26. Le 27 septembre 2005, le Tribunal de céans a posé des questions supplémentaires à l'expert judiciaire.

27. Le 11 octobre 2005, ce dernier a communiqué au Tribunal de céans qu'il n'était pas impossible que l'état de l'expertisée eût pu se détériorer même si des éléments objectifs manquaient entre l'expertise du Docteur H_____ du 3 décembre 2001 et la sienne. Par ailleurs, même si l'état de santé de la recourante n'avait subi aucune péjoration, il n'arriverait pas aux mêmes conclusions que le Docteur H_____ quant à sa capacité de travail. S'il avait estimé que celle-ci ne présentait qu'une capacité de travail de 25 à 30 % avec une diminution de rendement de 50% dans une activité adaptée, c'est qu'il était de l'avis qu'un circuit économique normal impliquait un certain rendement et qu'il ne pensait pas que l'expertisée fût en mesure d'assurer. Il a suggéré la mise en place de mesures de réadaptation professionnelle, afin d'évaluer si sa capacité pourrait éventuellement excéder 30%. Interrogé sur les raisons pour lesquelles il ne partageait pas l'évaluation du Docteur H_____, il a indiqué que la recourante avait subi un grave préjudice suite à l'intervention effectuée en décembre 1996. Une personne plus jeune et disposant d'une solide formation professionnelle aurait objectivement pu se réinsérer plus facilement et plus rapidement. Le temps écoulé entre les deux expertises avait joué en défaveur de cette réadaptation en l'occurrence. Il ne comprenait par ailleurs pas très bien ce que signifiait un travail à 100% avec un rendement normal, mais sans obligation de résultat et dans un poste de travail adapté pour une patiente de 57 ans, sans formation professionnelle et qui avait travaillé auparavant comme femme de ménage ou comme concierge. Enfin, le simple fait qu'il avait constaté que la distance du sol était à zéro ne permettait pas de conclure à une amélioration des lombalgies, dans la mesure où le status clinique d'un lombalgique pouvait varier d'un jour à l'autre et où il n'y avait pas une valeur définitive et absolue.

28. La réponse du Docteur I_____ a également été soumise à l'avis du SMR. Dans son rapport du 28 octobre 2005, la Doctoresse G_____ a relevé que l'expert reconnaissait qu'il n'y avait aucun péjoration objective. Par ailleurs, il avait manifestement tenu compte de facteurs dont l'assurance-invalidité n'avait pas à

répondre, soit de l'âge et du niveau de formation. A son avis, le Docteur I_____, en admettant qu'il ne comprenait pas très bien ce que signifiait un travail à 100% avec un rendement normal, ne pouvait pas remplir son rôle d'expert. En conclusion, elle a jugé que les questions posées par le Tribunal de céans avaient fait l'objet de réponses évasives, peu convaincantes et surtout se basaient sur des aspects dont l'assurance-invalidité n'avait pas à répondre.

29. Le 3 novembre 2005, la recourante s'est déterminée sur les réponses données par le Docteur I_____ au Tribunal de céans. Elle a fait observer que l'aggravation de l'état de santé relevée par cet expert reposait sur des constatations médicales objectives et que ses remarques au sujet de sa capacité résiduelle de travail étaient parfaitement claires. Elle a ainsi persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) 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

3. a) La LPGA est entrée en vigueur le 1er 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique

sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

b) En l'occurrence, la recourante a formé une demande de prestations d'invalidité en 1999. Par conséquent, les faits juridiquement déterminants se sont produits avant l'entrée en vigueur de la LPGA, de sorte que les dispositions légales matérielles sont applicables dans leur ancienne teneur. Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, à l'exception des règles de la procédure. Les dispositions matérielles seront dès lors par la suite citées dans leur ancienne teneur.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 59 ss LPGA.

5. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'al. 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1 LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3 % au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins, en vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2003.

6. Un rapport médical a une pleine valeur probante, lorsque les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées et a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse) que, la description du contexte médical est claire et les conclusions du médecin sont bien motivées (ATF 122 V 160 et les références).

Le juge ne saurait s'écarter des expertises établies par des spécialistes reconnus et répondant aux critères susmentionnés, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 161, consid. 1c). Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que 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 (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 certificat médical n'est ainsi ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu.

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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. Peut constituer une raison de s'écarter de l'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, lors 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.

7. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport du Docteur H_____ pour conclure à une capacité de travail entière de la recourante.

   Il est vrai que ce rapport est très complet, en ce qui concerne l'anamnèse et l'examen clinique. Cependant, dans ses conclusions, il manque de clarté. Ainsi, le Tribunal de céans ne l'interprète pas dans le sens que la recourante présente une capacité de travail entière, contrairement à l'intimé. Certes, ce médecin a considéré qu'un travail à 100% dans une position assise ménageant l'extrémité inférieure était possible avec un rendement de 100%. Cependant, il a relevé qu'il devait s'agir d'un travail dans une ambiance non compétitive, sans obligation de résultats et permettant à l'assurée de s'occuper régulièrement de son pied, afin de le surélever, ainsi que de faire des glaçages et automassages. Or, ces restrictions sont incompatibles avec un travail sur le marché de l'emploi normal. En effet, en dehors des ateliers protégés, une importante productivité est exigée de tout travailleur et cette exigence n'a cessé de s'accroître au cours des dernières décennies. Si la recourante doit régulièrement s'occuper d'elle-même en raison de douleurs chroniques considérables, elle ne peut à l'évidence pas atteindre un rendement normal. Il ressort par ailleurs du rapport du Docteur H_____ que celui-ci

estime en fait que la capacité de travail de la recourante ne pourrait être valablement évaluée qu'après un passage en ergothérapie préprofessionnelle, puis dans un atelier professionnel. Avant la reprise du travail, certains points doivent en plus être réglés, comme la prise en charge des douleurs du premier orteil gauche de façon mécanique et pharmacologique, le traitement de l'irritabilité d'une branche du nerf tibial postérieur par une désensibilisation classique, impliquant une vérification des chaussures portées par la patiente et la prise de mesures pour la détuméfaction locale. En outre, de l'avis de ce médecin, il faut prendre en charge les troubles de l'humeur liés à une douleur chronique par un soutien psychologique et une médication anti-dépressive en collaboration avec une structure du type consultation pluridisciplinaire de la douleur. Il est également nécessaire de prévenir la décompensation d'autres douleurs indépendantes du problème de l'orteil mais pouvant être aggravées dans le cadre d'une biomécanique de la marche altérée et un état dépressif en cours d'installation. Il s'agit des lombalgies, de la suspicion du syndrome fémoro-patéllaire du genou droit et de la méralgie paresthésique, ainsi que le conflit sous-acromial à gauche. Cela étant, l'expert mandaté par l'intimé arrive en réalité à la conclusion que la recourante n'est en l'état pas capable de travailler, même s'il semble admettre que cette capacité pourrait être de 100% après la mise en oeuvre des mesures précitées.

En ce qui concerne le rapport du Docteur F_____ qui évalue la capacité de travail de la recourante à 50% pour des raisons uniquement physiques, son évaluation a certes une moindre valeur que celle d'un spécialiste orthopédiste. Néanmoins, son avis ne saurait être écarté totalement dans une appréciation globale de toutes les preuves. Son expertise a par ailleurs le mérite d'exclure toute atteinte psychique et ainsi le diagnostic de trouble somatoforme douloureux dont le SMR a fait état au cours de son entretien du 12 mars 2003 avec la division de réadaptation professionnelle.

Quant à l'expertise judiciaire du Docteur I_____, il convient en premier lieu de relever qu'elle a été établie en pleine connaissance de cause, notamment sur la base du rapport du Docteur H_____. Il est vrai que le status effectué par l'expert judiciaire est plus succinct que celui du Docteur H_____. Cependant, comme l'intimé l'admet, le status au niveau du pied gauche ne s'est pas modifié entre ces deux expertises. Quant au status lombaire, le Docteur I_____ a précisé dans ses renseignements complémentaires du 11 octobre 2005 que le status clinique d'une lombalgie peut varier d'un jour à l'autre et qu'il n'y a pas une valeur définitive et absolue. Il ne saurait dès lors être admis que ce status s'est amélioré.

Le Docteur I_____ arrive à la conclusion que la recourante a une capacité de travail extrêmement restreinte, de 25 ou 30% avec une diminution de rendement de 50%. En cela, selon l'intimé, il s'écarterait du rapport du Docteur H_____, sans aucune explication. Comme relevé ci-dessus, tel n'est pas le cas. En effet, en lisant attentivement l'expertise de ce dernier, on constate qu'il préconise l'évaluation

de la capacité de travail dans un atelier d'observation professionnelle. De surcroît, la possibilité d'une reprise de travail est soumise par le Docteur H_____ à une prise en charge globale qui ne semble pas avoir eu lieu ou ne pas avoir eu l'effet escompté. On doit par ailleurs se demander si une personne devant se soumettre à une telle quantité de traitements est encore en mesure de trouver le temps pour exercer une activité lucrative. Enfin, selon ce médecin, seule une activité dans un environnement non compétitif et sans exigence de résultat pourrait être exercée, ce qui implique en fait un atelier protégé. Ainsi, le Tribunal de céans estime que ces deux rapports, contrairement aux apparences, ne sont pas contradictoires. Leurs conclusions convergent également avec les constatations de la division de réadaptation professionnelle laquelle était visiblement très dubitative quant à la possibilité de mettre en valeur une éventuelle capacité résiduelle de travail de la recourante, dès lors qu'elle a constaté que celle-ci ne savait plus comment se tenir sur sa chaise après moins de quinze minutes et devait se lever pour bouger. Il est vrai que la Doctoresse G_____ du SMR a écarté ces doutes par l'affirmation que l'atteinte s'inscrivait dans le contexte de troubles somatoformes douloureux, dans la mesure où les douleurs invalidantes jusque dans la hanche ne pouvaient pas être objectivées. Cependant, non seulement un tel diagnostic ne résulte pas des rapports médicaux figurant au dossier, mais qui plus est, il a été au contraire exclu par l'expert judiciaire et le Docteur F_____.

En outre, les douleurs exprimées par la recourante sont objectivables et leur substrat organique n'a à aucun moment été mis en doute par les experts consultés. De surcroît, leur importance est telle qu'elles ont engendré un état dépressif secondaire et un abaissement général du seuil de la douleur, comme l'a constaté le Docteur H_____. Il est à cet égard à relever que la recourante ne souffre pas non plus seulement de douleurs chroniques au pied mais également d'une irritabilité du nerf tibial postérieur nécessitant, de l'avis du Docteur H_____, un nouvel essai de désensibilisation progressif par texture adaptée et de traitement pharmacologique, la poursuite des bains alternés, une surélévation régulière, le glaçage fréquent, tant pour son aspect anti-inflammatoire qu'antalgique immédiat.

Le Docteur I_____ estime que la capacité de travail de la recourante est très diminuée, en raisons des seules atteintes physiques, tout en admettant, dans les renseignements complémentaires fournis par son courrier du 11 octobre 2005, que, pour une personne plus jeune et avec une solide formation professionnelle, une réinsertion aurait été objectivement plus facile et rapide. L'intimé en conclut que l'expert judiciaire s'est fondé sur des critères sans relevance pour l'invalidité au sens de la loi, soit l'âge et la formation professionnelle. Toutefois, on ne saurait faire totalement abstraction de la formation professionnelle d'une personne atteinte dans sa santé, dans la mesure où celle-ci détermine le champ des activités adaptées encore ouvertes. Il est incontestable que la reprise d'une activité professionnelle aurait été en l'occurrence beaucoup plus facile pour une employée de bureau que pour une personne n'ayant exercé que des activités physiques et ne bénéficiant pas

de l'instruction nécessaire pour entreprendre un reclassement professionnel dans une activité plus adaptée. Par ailleurs, l'âge joue également un rôle pour les capacités adaptatives d'un malade, dans la mesure où s'ajoutent à l'atteinte invalidante des troubles dégénératifs liés à l'âge et constituant ainsi un obstacle pour surmonter un handicap. Par conséquent, l'intimé ne saurait être suivi en ce qu'il reproche au Docteur I_____ d'avoir tenu compte de facteurs non relevants pour l'assurance.

Enfin, l'expert judiciaire n'a jamais prétendu ne pas être apte à apprécier la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, comme l'insinue la Doctoresse G_____ du SMR. En effet, s'il déclare ne pas comprendre "… ce que signifie un travail à 100% avec un rendement normal mais sans obligation de résultat et dans un poste de travail adapté pour une personne de 57 ans, sans formation professionnelle qui travaillait comme femme de ménage et comme concierge", ces propos ne sont que l'expression de sa perplexité, dès lors qu'un tel travail n'existe pas sur marché normal du travail.

En procédant à une appréciation globale de tous les rapports médicaux figurant dans ce dossier, le Tribunal de céans arrive ainsi à la conclusion qu'il convient de suivre le Docteur I_____ en ce qu'il ne reconnaît qu'une capacité de travail résiduelle très restreinte, inférieure à 30%, de la recourante. En effet, on ne voit pas comment une personne présentant de telles limitations, souffrant de douleurs constantes considérables et devant régulièrement s'occuper d'elle-même, pourrait être imposée à un employeur.

Cela étant, il sied de constater que la recourante présente une invalidité supérieure à 70% et que le droit à une rente entière lui est dès lors ouvert. A cet égard, il n'est pas contesté qu'elle est en incapacité de travail pour une durée indéterminée depuis janvier 1999. Par conséquent, il y a lieu d'admettre avec l'intimé que le droit à la rente est né le 1er janvier 2000.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision attaquée annulée. Une rente entière sera octroyée à la recourante dès le 1er janvier 2000.

9. Celle-ci obtenant gain de cause, il y a lieu de lui accorder une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable

Au fond :

2. L'admet.

3. Annule la décision du 8 juillet 2004 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité.

4. Octroie à la recourante une rente d'invalidité entière dès le 1er janvier 2000.

5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Yaël BENZ	Maya CRAMER

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