

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1742/2008

ATAS/

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 8 octobre 2009**

En la cause

Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Marianne BOVAY

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; , Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame S\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1947, a travaillé auprès de la régie X\_\_\_\_\_ SA du 1<sup>er</sup> juillet 1988 au 31 décembre 2003 en tant qu'employée de bureau polyvalente, puis standardiste.
2. Dans un rapport du 18 juin 2003 faisant suite à la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche en date du 21 mai 2003, la Dresse A\_\_\_\_\_, interniste à la clinique de rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a mentionné dans l'anamnèse la mise en place, le 29 novembre 2002, d'une prothèse du même type au genou droit, une thyroïdite de Hashimoto avec hypothyroïdie substituée, une obésité morbide, une apnée du sommeil traitée sans succès, des infections urinaires récidivantes et un status post-fracture de la cheville droite en 1988.
3. Le 6 septembre 2005, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OCAI) en invoquant des douleurs aux genoux et au bas du dos, une limitation de la marche, des difficultés à parler et à respirer à l'effort ainsi que des vertiges. L'assurée a joint à sa demande un rapport établi le 19 mai 2005 par le Dr B\_\_\_\_\_, endocrinologue FMH. Ce dernier, après avoir mentionné les mêmes diagnostics que la Dresse A\_\_\_\_\_ et y avoir ajouté celui de liquen plan buccal, concluait à une incapacité totale à travailler en position debout ou accroupie.
4. Interrogé par l'OCAI, le dernier employeur de l'assurée a indiqué que cette dernière avait résilié son contrat de travail pour cause de départ à l'étranger.
5. Dans un rapport du 24 octobre 2005, le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics précédemment posés. Il a précisé que ceux d'hypothyroïdie et d'alopécie cicatricielle sur liquen plan étaient sans répercussion sur la capacité de travail, qu'il a estimée à 0% depuis le 6 novembre 2002. Le médecin a exposé que, malgré une substitution adéquate de l'hypothyroïdie sur maladie d'Hashimoto, l'obésité persistait, avec une dyspnée d'effort et, surtout, de fortes gonalgies, lesquelles avaient conduit à la pose de deux prothèses totales des genoux ; les gonalgies continuaient cependant à se manifester après 30 minutes en position debout et une boiterie persistait ; la patiente ne pouvait rester assise plus d'une heure ; elle était en outre parfois dans l'incapacité de parler lorsque se produisaient des poussées de liquen plan buccal ; elle souffrait enfin de vertiges sur hypertension artérielle. Vu l'âge de sa patiente et les polyopathologies présentées, le médecin a exprimé l'avis qu'une reconversion n'était pas possible. Le Dr B\_\_\_\_\_ a estimé que l'activité de réceptionniste n'était plus exigible de l'assurée, pas plus qu'une autre activité, ceci en raison des contraintes médicales, trop importantes. Il a ajouté que sa motivation pour la reprise du travail était faible.

6. Dans un rapport ultérieur du 20 mars 2006, le Dr B \_\_\_\_\_ a précisé qu'une dépression était présente, qui s'était aggravée durant les six derniers mois et que la patiente n'arrivait plus à se baisser.
7. Interrogé par l'OCAI, le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur des HUG a précisé que l'assurée n'avait plus consulté depuis le 28 août 2003.
8. Le 4 janvier 2007, la Dresse C \_\_\_\_\_, cheffe de clinique au service de rhumatologie des HUG, a exposé que l'assurée avait séjourné dans son service du 7 au 22 décembre 2006 pour un lumbago aigu avec radiculalgies non systématisées dans les membres inférieurs, de caractère mécanique et sans signes de gravité. L'imagerie avait montré la présence d'une lame de liquide interarticulaire postérieure en possible conflit radiculaire L5 sur ostéophytose sans canal lombaire étroit ou hernie discale. L'évolution avait été favorable sous traitement médical et physiothérapie intensive.
9. Le 29 janvier 2007, le Dr B \_\_\_\_\_ a fait état de changements dans les diagnostics posés en ce sens que l'assurée présentait depuis deux mois un lumbago et des lombosciatalgies bilatérales sur radiculopathie L5-S1. Sa dépression a été qualifiée de plus ou moins stable.
10. Dans un rapport du 23 mars 2007, le Dr D \_\_\_\_\_, neurologue FMH, a indiqué avoir examiné la patiente, le 19 janvier 2007, sur demande du Dr B \_\_\_\_\_ pour effectuer un bilan des lombosciatalgies bilatérales à bascule. La patiente présentait des signes électroneuromyographiques en faveur d'une radiculopathie bilatérale L5 et S1 se manifestant par des signes de dénervation aiguë modérés ; selon le médecin, cette affection était vraisemblablement responsable de l'hypo-dyesthésie des orteils.
11. L'OCAI a confié au centre d'expertise médicale à Nyon (ci-après : CEMED) le soin de procéder à une expertise pluridisciplinaire (pneumologique, orthopédique et psychiatrique).

Les Drs E \_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste FMH, F \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, G \_\_\_\_\_, neurologue FMH, et H \_\_\_\_\_, pneumologue FMH, ont rendu leur rapport en date du 27 septembre 2007.

De l'anamnèse, il ressort qu'après avoir voyagé avec son mari dans divers pays d'Asie durant toute l'année 2004, l'assurée, à son retour en Suisse, en 2005, a cherché en vain du travail. Un anneau gastrique a été mis en place en mai 2007, après que l'assurée a perdu 20 kilos. L'assurée se plaignait principalement de douleurs aux genoux (prédominant à gauche, apparaissant essentiellement à la marche – cette dernière étant limitée à 30 minutes - et en position debout statique prolongée) et de

douleurs lombaires (surtout depuis 2006 et se compliquant d'irradiations occasionnelles dans les deux membres inférieurs, associées initialement à des paresthésies au niveau des deux pieds et à une sensation d'engourdissement des pieds). Sur le plan psychique, elle mentionnait des troubles du sommeil avec angoisses nocturnes et cauchemars, un sentiment fréquent d'oppression durant la journée, des angoisses, une baisse de motivation, de la fatigue, un état de tristesse avec, occasionnellement, des idées suicidaires et une dévalorisation sur le plan physique.

A l'examen clinique, les experts ont constaté une discrète boiterie bilatérale à la marche. Les radiographies du 8 décembre 2006 montraient des prothèses en place sans signes de descellement. Sur le plan orthopédique, les experts ont estimé qu'il n'y avait pas d'explication objective à la persistance de la symptomatologie douloureuse de l'assurée. L'examen neurologique avait mis en évidence des troubles statiques vertébraux modérés et quelques douleurs à la flexion lombaire sans syndrome lombo-vertébral significatif, ni altération de la trophicité et de la force musculaire.

Sur le plan psychique, l'assurée présentait depuis quelques années un état anxieux et dépressif réactionnel à sa situation de vie (troubles somatiques, désinsertion du monde socio-professionnel, situation financière précaire, conflit conjugal exacerbé).

Les experts ont finalement retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : des lombosciatalgies, des gonalgies bilatérales persistantes et une dépression réactionnelle légère à moyenne avec forte charge anxieuse (F32.0) chez une personnalité à traits dépendants. Ils ont également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : les prothèses totales des genoux, un syndrome d'apnées du sommeil, une hypothyroïdie substituée, une obésité morbide, une hypertension artérielle et un lichen plan. Les experts ont souligné que l'assurée ne pouvait exercer d'activité nécessitant un engagement physique lourd ou impliquant une position assise prolongée. Ils ont également fait état d'une diminution de la motivation et d'une fatigabilité. Ils ont précisé que, sur le plan orthopédique pur, il n'y avait pas d'incapacité à exercer la profession de réceptionniste standardiste, mais qu'au vu de l'ensemble de la problématique locomotrice (lombosciatalgies, gonalgies, obésité morbide), il fallait conclure à une incapacité de travail de 50% ou à une diminution de rendement de 50% sur un plein temps dans l'activité précédemment exercée ou toute autre qui soit potentiellement exigible et ce, depuis 2003. De plus, sur le plan psychosomatique, la capacité de travail était réduite de 50%.

12. Dans un rapport du 18 octobre 2007, le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne FMH et médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a émis l'avis que les conclusions de l'expertise reposaient sur une appréciation psychosomatique visant à cumuler les diverses pathologies. Il a estimé que l'obésité n'était pas une pathologie relevant de l'assurance-invalidité, qu'il n'y avait pas d'explication objective aux gonalgies, que l'on ne

trouvait pas de correspondance radio-clinique importante aux lombosciatalgies, que sur le plan neurologique, les troubles statiques étaient considérés comme discrets et que sur le plan psychiatrique, l'expert avait fait intervenir des éléments non reconnus par la loi sur l'assurance-invalidité pour justifier une incapacité de travail de 50%. En définitive, le Dr I\_\_\_\_\_ a contesté les conclusions des experts quant à la capacité de travail de l'assurée, au motif qu'elles s'écartaient de la stricte objectivité. Pour sa part, il a conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant de changer de position une fois par heure et d'éviter le port de charges de plus de 15 kilos, les positions accroupie, à genoux, ou en porte-à-faux du tronc, les montées et descentes d'escaliers répétées et la marche prolongée sur terrain irrégulier.

13. Le 19 octobre 2007, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de rente en se basant sur les conclusions du SMR du 18 octobre 2007.
14. L'assurée a contesté ce projet en alléguant que son état de santé n'allait pas en s'améliorant et que son quotidien était une suite de souffrances dues à son état de santé général. Elle a joint une description de ses souffrances et gênes quotidiennes.
15. Dans un rapport du 31 mars 2008, le Dr B\_\_\_\_\_ a rappelé que la patiente restait obèse, qu'elle rencontrait une nette difficulté à se déplacer (dyspnée, polyarthralgies et transpiration). Il a estimé qu'il serait franchement excessif d'exiger de sa patiente qu'elle exerce une activité à 50% puisqu'en raison de ses problèmes orthopédiques, il lui serait difficile d'accueillir et d'accompagner des clients. Il a ajouté que, sur le plan psychique, sa patiente était complètement démoralisée par son obésité et par l'attitude très agressive de son mari. Elle continuait à souffrir d'apnées du sommeil qui la fatiguaient passablement durant la journée. Le médecin a rappelé que sa patiente se trouvait à trois ans de la retraite. Il a émis l'avis que, dans ces conditions et au vu de son état, tant physique que psychique, il était compréhensible qu'elle ne soit pas très motivée pour reprendre une activité professionnelle quelconque. En définitive, il a conclu qu'exiger de sa part qu'elle continue à exercer sa profession à 50% était irréaliste et qu'un degré d'invalidité de 75% au moins devrait lui être reconnu.
16. Le 21 avril 2008, l'OCAI a rendu une décision formelle rejetant la demande de rente. Il a relevé que les experts avaient observé que les différentes épreuves de marche avaient été correctement réalisées et en a tiré la conclusion que les courts déplacements qu'impliquait la profession de réceptionniste étaient donc possibles et la capacité à l'exercer conservée.
17. Par écriture du 19 mai 2008, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en reprenant les mêmes arguments que précédemment.

18. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 19 juin 2008, a conclu au rejet du recours.
19. Dans son complément au recours du 30 juillet 2008, la recourante allègue que c'est la thyroïdite de Hashimoto qui a provoqué son importante prise de poids. Elle fait remarquer que, cette maladie étant incurable, il lui est impossible de perdre du poids pour soulager ses membres inférieurs. Elle explique que ses limitations fonctionnelles sont telles qu'il lui est impossible d'entrer dans une baignoire, qu'elle doit être aidée pour faire ses courses car elle ne peut plus rien porter, qu'elle ne peut monter les escaliers sans barre d'appui, qu'elle ne peut prendre le bus si la marche de celui-ci est trop haute et doit donc attendre qu'un véhicule plus moderne se présente. Elle reproche aux experts, dont elle a relevé qu'ils n'étaient pas endocrinologues, d'avoir mal évalué la maladie de Hashimoto, alors que les diagnostics retenus relèvent de l'évolution de cette maladie. La recourante soutient que sa capacité de gain est inférieure à 50% puisqu'elle ne peut rester assise longtemps, qu'elle est souvent somnolente et souffre d'une dépression de caractère moyen qui l'empêche régulièrement de travailler. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement, à ce qu'une expertise complémentaire en endocrinologie soit ordonnée.
20. Dans sa détermination du 1<sup>er</sup> septembre 2008, l'OCAI a soutenu l'opinion qu'il n'était nullement déterminant que les divers diagnostics retenus par les experts relevassent ou non de l'évolution de la maladie de Hashimoto.
21. Le Tribunal de céans a procédé, le 5 février 2009, à l'audition du Dr B\_\_\_\_\_ . Ce dernier a expliqué qu'il suit l'assurée depuis octobre 2001, que cette dernière l'a consulté en tant qu'endocrinologue pour un problème d'obésité majeure ainsi que pour une hypothyroïdie sur syndrome de Hashimoto, que s'ajoutaient à ces atteintes des lombosciatalgies bilatérales, des apnées du sommeil et des prothèses des deux genoux.

Selon le témoin, les limitations fonctionnelles sont induites en priorité par les lombosciatalgies et par les douleurs aux genoux - douleurs qui persistent malgré la pose de prothèses -, mais aussi par la fatigue de la patiente, fatigue causée d'une part par le syndrome de Hashimoto, d'autre part par les apnées nocturnes qui n'ont pu être appareillées. Auparavant, le surpoids important de l'assurée causait aussi une dyspnée d'effort, laquelle a cependant diminué suite à la perte pondérale, importante. Le témoin a indiqué que l'assurée ne peut rester en position statique, que ce soit debout ou assise, qu'elle souffre de blocages lombaires à répétition, rencontre des difficultés à se déplacer, à monter ou à descendre les escaliers. Selon le Dr B\_\_\_\_\_, la situation lombaire s'est aggravée durant les six derniers mois, en ce sens que les blocages sont plus fréquents.

Il a ajouté que sa patiente souffre par ailleurs de lichen plan, maladie dermatologique qui touche notamment sa bouche, mais qui ne se traduit pas véritablement par des limitations fonctionnelles. Elle lui impose certes le port d'une perruque et peut entraîner parfois des difficultés d'élocution lorsque la bouche est enflammée, mais ce n'est pas l'affection la plus handicapante.

Le témoin a exprimé l'avis que les affections somatiques, auxquelles s'ajoute une situation familiale difficile, ont un impact sur le psychisme de la patiente, impact qui ne peut cependant être qualifié de majeur. Il a expliqué que l'assurée traverse des périodes d'abattement durant lesquelles elle évoque des idées suicidaires qui ne lui apparaissent cependant pas comme des signes suicidaires majeurs, mais plutôt comme des signes d'appel, compréhensibles vu sa situation difficile. Le témoin a indiqué que s'il n'a pas adressé l'assurée à un spécialiste, c'est qu'il a estimé que son état, à la limite d'un état dépressif, n'était pas suffisamment grave.

Il a par ailleurs expliqué que la maladie de Hashimoto est une maladie immunitaire qui détruit la thyroïde, que l'on peut utiliser une médication de substitution, mais que malgré cette dernière, la plupart des patients décrivent des « coups de fatigue ». Il ne s'agit pas d'une fatigue majeure, mais de moments durant lesquels ils ont du mal à fonctionner au quotidien. Ces malades souffrent donc d'un déficit d'énergie par rapport aux personnes non atteintes.

Chez l'assurée, s'y ajoute un sévère déficit en vitamine D, lequel se traduit également par une fatigabilité. Le témoin en a tiré la conclusion que la fatigue de sa patiente peut donc être objectivée et qu'elle est la conséquence de plusieurs atteintes.

En définitive, au vu de toutes les pathologies énumérées, le témoin a exprimé l'avis qu'il est difficile d'exiger de sa patiente qu'elle travaille à plein temps, voire même à 50%.

22. Dans son écriture après enquêtes du 20 février 2009, la recourante, se référant à l'avis du Dr B\_\_\_\_\_, a conclu qu'elle doit se voir reconnaître une incapacité de gain supérieure à 50%, s'en est rapportée à justice quant à l'opportunité d'ordonner un nouvel examen radiologique compte tenu de l'aggravation de ses douleurs lombaires et a renoncé à demander une expertise endocrinologique, estimant que cette dernière n'était plus utile après les explications du Dr B\_\_\_\_\_.
23. Dans son écriture après enquêtes du 24 mars 2009, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ; RS E 2 05), 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; 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 de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). 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). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, sont régies par le même principe et ne sont donc pas applicables.
3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Par conséquent, le recours du 19 mai 2008 a été formé en temps utile contre la décision du 21 avril 2008 (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière de l'assurance-invalidité, plus spécialement sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail.
5. 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). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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.

6. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

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. Ainsi, 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 351 consid. 3b/bb).

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).

7. En l'espèce, il convient tout d'abord d'examiner quelle valeur probante peut se voir accorder le rapport d'expertise du CEMED du 27 septembre 2007.

Cette expertise se base sur une anamnèse, un examen clinique, des examens complémentaires et les plaintes de la recourante. Les diagnostics retenus concordent avec ceux déjà posés dans les divers rapports médicaux précédents.

Les experts concluent à une capacité résiduelle partielle de travail dans la même profession ou dans toute autre activité adaptée aux limitations en précisant qu'il s'agit soit d'une capacité de travail entière avec rendement de 50%, soit d'une capacité de travail de 50%. Ils reconnaissent que les diagnostics retenus, considérés séparément, n'entraînent pas d'incapacité de travail mais estiment qu'en procédant à une évaluation globale psychosomatique, il y a lieu d'admettre une incapacité de travail de 50%. Toutefois, force est de constater qu'à aucun moment les experts n'expliquent précisément pour quelles raisons la situation de la recourante, considérée dans son ensemble, devrait conduire à admettre une incapacité de travail ni les raisons qui les ont amenés à en fixer le taux à 50% et à admettre qu'on ne pourrait pas raisonnablement exiger de sa part la mise en œuvre d'une capacité de travail supérieure. En ce sens, il apparaît que les conclusions des experts ne sont pas suffisamment motivées pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, d'autant qu'elles sont au surplus contradictoires puisqu'après avoir précisé que, sur le plan orthopédique pur, il n'y avait pas d'incapacité à exercer la profession de réceptionniste standardiste, les experts ont finalement conclu à une incapacité de travail de 50% en raison de l'ensemble des problèmes rencontrés sur le plan locomoteur (lombosciatalgies, gonalgies et obésité morbide) et que, par ailleurs, après avoir considéré que, sur le plan psychique, l'état anxio-dépressif réactionnel n'empêchait pas l'exercice d'une activité professionnelle, ils ont pris en compte les troubles psychiques pour justifier l'incapacité de travail finalement retenue. On ne comprend pas pourquoi, alors qu'ils ont d'abord considéré que les problèmes locomoteurs justifieraient à eux seuls une incapacité de travail de 50%, les experts se réfèrent ensuite à une appréciation globale psychosomatique pour motiver leur appréciation. Au demeurant, leur appréciation sur le plan orthopédique est incohérente, dès lors qu'ils concluent à une incapacité de travail de 50% à partir de 2003 au vu de la totalité de la problématique, alors qu'à cette époque, la recourante ne se plaignait pas de lombosciatalgies (ces dernières ne sont apparues qu'en novembre 2006), de sorte que l'évaluation de la capacité de travail ne saurait être identique. La même remarque vaut pour le volet psychiatrique du rapport d'expertise puisque, dans son rapport du 20 mars 2006, le Dr B\_\_\_\_\_ fait état d'une aggravation de la dépression depuis septembre 2005 sans que les experts ne modulent leur appréciation de l'incapacité de travail entre 2003 et 2006.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le Tribunal de céans ne saurait reconnaître de valeur probante au rapport d'expertise ni se baser sur ce dernier pour apprécier la question de la capacité de travail résiduelle de la recourante.

- 
8. Pour sa part, lors de son audition par le Tribunal, le Dr B\_\_\_\_\_ a expliqué que les limitations fonctionnelles de sa patiente découlaient en priorité des gonalgies et des lombosciatalgies ainsi que de la fatigue causée par le syndrome de Hashimoto et les apnées nocturnes. Il a précisé que, malgré la médication de substitution, les malades atteints dudit syndrome souffrent d'un déficit d'énergie et qu'ils ont parfois du mal à fonctionner au quotidien. Au vu des pathologies présentées par sa patiente, il a estimé difficile d'exiger d'elle qu'elle exerce une activité à plein temps, voire même à 50%.

Le Tribunal de céans relève toutefois que le témoin, dans son rapport du 24 octobre 2005, ne faisait pas état de cette fatigue. Au contraire, il précisait que l'hypothyroïdie de sa patiente était sans répercussion sur sa capacité de travail.

L'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_ est donc elle aussi contradictoire et ne peut non plus se voir reconnaître pleine valeur probante, d'autant que le médecin, s'il émet l'avis que l'on ne peut exiger de sa patiente qu'elle exerce même une autre activité, n'explique pas précisément pour quelles raisons la moindre activité est exclue. Il n'explique pas davantage pourquoi l'activité de réceptionniste ne serait plus exigible, au moins partiellement, si ce n'est en alléguant qu'il serait difficile à la recourante d'accueillir ou de raccompagner des clients. Cette motivation n'apparaît cependant guère convaincante dans la mesure où les experts n'ont pas observé de telles difficultés à se déplacer chez l'assurée. Les considérations du Dr B\_\_\_\_\_, qui se borne à dire qu'il lui semble irréaliste d'exiger de sa patiente qu'elle continue à exercer sa profession à 50%, ne tiennent pas compte de la mesure de ce qui est, le plus objectivement possible, raisonnablement exigible de l'intéressée (sur la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise cf. ATF 124 I 170 consid. 4; ATFA non publié I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités), raison pour laquelle, ainsi qu'il a déjà été dit, son avis ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante.

9. Quant au Dr I\_\_\_\_\_, il se prononce principalement sur la pertinence des conclusions des experts, notamment quant à la nécessité d'une appréciation globale de la capacité de travail, et accessoirement sur la capacité résiduelle de travail de la recourante sans du tout examiner, à l'instar des experts, si les plaintes multiples de la recourante ne sont pas tout simplement les symptômes d'une évolution de l'hypothyroïdie et si ces symptômes ont objectivement des effets incapacitants. Or, selon la doctrine médicale, en présence d'hypothyroïdie, les atteintes des fonctions musculaires accompagnées de raideur, crampes et douleur sont fréquentes et la mémoire ainsi que la concentration sont altérées (HARRISON, principes de médecine interne, 16e édition, p. 2111) ce qui confirme les symptômes mentionnés dans les informations générales sur la maladie d'Hashimoto produites par la recourante ([www.schildduesenguide.de/hashimoto\\_thyreoiditis.html](http://www.schildduesenguide.de/hashimoto_thyreoiditis.html)) qui font état d'une faiblesse de la musculature, crampes des muscles, douleurs des muscles et jointures,

dépression, perte de mémoire et de concentration, nervosité/irritabilité, angoisses/attaques de panique. Par conséquent, l'intimé a statué sur la base d'un état de fait lacunaire.

10. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87)

En l'espèce, en omettant de mandater un endocrinologue dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, l'intimé a procédé à une instruction incomplète des effets des atteintes à la santé de la recourante sur sa capacité de travail. Par conséquent, il convient de lui renvoyer le dossier pour instruction complémentaire consistant en la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire confiée à des spécialistes externes en endocrinologie, orthopédie, neurologie et psychiatrie. Ceux-ci seront chargés de se déterminer notamment sur l'évolution des troubles psychiques et leur intensité, sur l'évolution de l'hypothyroïdie ayant un effet sur la capacité de travail de la recourante, ainsi que sur la mesure dans laquelle une activité est exigible de sa part, dans quelles conditions et à quel taux.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 21 avril 2008 annulée. Le dossier est renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens. Par ailleurs, la procédure n'étant plus gratuite depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu, au vu du sort du recours, de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision de l'OCAI du 21 avril 2008.
3. Lui renvoie le dossier pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. 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. 82ss 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

La présidente

Yaël BENZ

Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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