

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2226/2008

ATAS/952/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 23 juillet 2009**

En la cause

Madame G \_\_\_\_\_, domiciliée à PERLY, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine  
LUZZATTO, Juges assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Madame G \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, de nationalité portugaise, a été dans l'incapacité totale de travailler à compter du 13 avril 2005, date jusqu'à laquelle elle a exercé la profession d'éplucheuse dans une entreprise de conditionnement de fruits et légumes.
2. L'assureur perte de gain a mis en œuvre une expertise auprès du Dr L \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH. Ce dernier a rendu en date du 6 septembre 2005 un rapport aux termes duquel, après avoir notamment procédé à une radiographie des sacro-iliaques, il a diagnostiqué une oligo-arthrite dans le cadre d'une spondylarthrite et une obésité de classe II. Il a exposé que l'assurée souffrait depuis plusieurs années de lombalgies chroniques qui n'avaient conduit qu'à des arrêts de travail très intermittents et que c'est en raison de douleurs inflammatoires du poignet et de la main droits qu'elle avait été mise en arrêt de travail complet à compter du 13 avril 2005.  
Lors de son examen, le Dr L \_\_\_\_\_ a constaté, au poignet et à la main droits, des signes suggestifs d'une synovite aiguë des métacarpiens et du carpe droit et d'une synovite du poignet droit, au niveau du rachis lombaire, une certaine restriction fonctionnelle dans l'antéflexion et enfin, au niveau de la cheville gauche, une arthrite de l'articulation antérieure tibio-astragaliennne ainsi que de la malléole externe gauche.  
  
Au vu de l'atteinte oligo-articulaire d'allure inflammatoire, le médecin a conclu à une incapacité totale de travail, quelle que soit l'activité considérée, tant qu'un traitement de fond n'aurait pas été instauré et un suivi rhumatologique initié. Il a précisé n'avoir décelé, au cours de l'interrogatoire de l'assurée ou dans le comportement de cette dernière, aucun élément lui permettant de suspecter une éventuelle comorbidité psychiatrique.
3. Le 28 mars 2006, l'assurée a déposé une demande de reclassement et de rente auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI).
4. Dans un rapport du 11 avril 2006, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a confirmé les diagnostics de polyarthrose avec sacro-iliite bilatérale de stade II et d'obésité et y a ajouté celui de syndrome du tunnel carpien droit avec ténosynovite de Quervain. Il a expliqué que la patiente, initialement suivie pour des douleurs inflammatoires importantes au niveau du poignet droit ayant entraîné une incapacité de travail entière dès le 13 avril 2005, avait ensuite développé des lombalgies chroniques et une tuméfaction douloureuse de la cheville gauche. Les différents examens pratiqués avaient permis d'exclure le diagnostic de polyarthrite. Au final, on se retrouvait avec une polyarthrose invalidante et un problème chronique de type ténosynovite dans la main droite, empêchant toute reprise de travail. Le Dr M \_\_\_\_\_ a précisé que l'assureur perte de gain avait

mis fin à ses prestations dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006 au motif que l'assurée était en mesure d'effectuer un travail plus léger et moins répétitif que celui d'éplucheuse de légumes, raison pour laquelle l'intéressée s'était alors inscrite au chômage en précisant être inapte au travail d'éplucheuse mais pouvoir exercer un travail plus léger dans une usine ou dans le domaine du nettoyage.

5. Dans un rapport du 13 avril 2006, la Dresse N\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a diagnostiqué une arthrose de la main droite, une ténosynovite du membre supérieur droit et une discarthrose lombaire. Elle a conclu à une totale incapacité de travail dès le mois d'avril 2005. Ce médecin a constaté la présence de douleurs lombaires et de douleurs diffuses aux insertions, avec tuméfaction des métacarpiens II à IV. Une IRM de la main droite a révélé un foyer d'hypercaptation médio-carpe, des kystes du semi-lunaire ainsi qu'une arthrose des métacarpiens II et III. La Dresse N\_\_\_\_\_ a émis l'avis que l'on pouvait attendre de l'assurée qu'elle exercât à 50% environ une activité ne surchargeant pas les bras et a suggéré un « recyclage » en précisant que la patiente devait éviter de rester assise ou debout plus de quatre heures par jour, de s'agenouiller, d'incliner le buste, de travailler en hauteur ou sur une échelle, de se déplacer sur sol irrégulier ou en pente ou encore de lever, porter ou déplacer des charges.
6. Le 21 septembre 2006, le Dr O\_\_\_\_\_, généraliste FMH et médecin-conseil auprès de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), a émis l'avis que l'assurée était définitivement incapable de travailler et ce à raison de 50%. Il a précisé qu'elle ne pouvait en tout cas plus exercer son ancienne activité mais qu'en revanche, elle était en mesure d'exercer à mi-temps une profession permettant d'épargner son membre supérieur droit et son dos, par exemple dans la manutention très légère ou en tant qu'accompagnatrice. Le Dr O\_\_\_\_\_ a demandé la mise sur pied d'une expertise auprès de l'Atelier de réadaptation des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) pour approfondir l'évaluation médicale.
7. L'assurée a donc suivi un stage d'observation professionnelle auprès dudit atelier du 6 novembre au 4 décembre 2006. Dans son rapport du 16 mars 2007, le maître socioprofessionnel a indiqué que le stage s'était déroulé durant six heures par jour du 6 au 13 novembre 2006 mais qu'ensuite, le médecin traitant de l'assurée l'ayant mise en arrêt de travail durant une semaine en raison d'une augmentation des douleurs, l'intéressée n'avait repris le stage que le 20 novembre et à raison de trois heures par jour. Elle avait effectué des activités de mailing en position debout, de montage et de confection de dossiers en position alternée, ainsi que de pyrogravure avec vernis final. La patiente a été décrite comme très collaborante. Il a été noté qu'il lui avait été très difficile de rester en position debout, que ce soit de manière statique ou mobile, en raison de son excès pondéral, et que la position assise avait également été difficile à conserver en raison des douleurs rhumatismales. Le maître de stage n'a pu évaluer le rendement de l'assurée, vu les fluctuations des douleurs et le cumul des différentes pathologies. Au vu de ses observations, il a conclu que

l'assurée n'était pas en mesure de travailler à plein temps dans le marché primaire mais qu'elle pourrait exercer à mi-temps un poste adapté, c'est-à-dire dans un atelier protégé où l'environnement serait plus en adéquation avec ses besoins.

8. Le 4 décembre 2007, l'assurée a été examinée - avec l'assistance d'un traducteur de langue portugaise - par le Dr P\_\_\_\_\_, rhumatologue, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation ainsi que médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR).

Dans son rapport du 12 février 2008, ce médecin a diagnostiqué des lombosciatalgies gauches non irritatives dans un contexte de discarthrose L5-S1, une arthrose bilatérale des articulations sacro-iliaques avancée ainsi qu'une ténosynovite de De Quervain à droite au décours. Il a également mentionné, en précisant qu'elles étaient sans répercussions sur la capacité de travail, une arthrose débutante bilatérale des métacarpo-phalangiennes, une obésité de classe II et une composante douloureuse de type fibromyalgique.

Le médecin a relaté que l'assurée se plaint d'une douleur du poignet droit irradiant jusqu'à l'épaule, d'une tuméfaction des métacarpo-phalangiennes, de douleurs ubiquitaires des quatre membres et du rachis lorsqu'elle est exposée au froid ou au chaud, ainsi que d'une lombosciatalgie gauche L5-S1 de type mécanique exacerbée lors de la position assise ou debout statique prolongée.

À l'examen clinique, le membre supérieur droit ne présentait ni amyotrophie de non-utilisation, ni signes d'arthrite. L'assurée avait une bonne force de préhension des deux côtés contrastant avec une force effondrée au dynamomètre du côté droit. Elle présentait une mobilité complète de l'épaule droite, légèrement douloureuse en fin de course. Neuf points de Smythe sur dix-huit se sont révélés positifs, plaidant en faveur d'une composante de type fibromyalgique. Au rachis, l'assurée présentait des troubles statiques modérés dans le plan sagittal, avec une hypercyphose et un important relâchement de la sangle abdominale. Il n'y avait ni signes de sciatique irritative, ni signes de déficit neurologique aux membres inférieurs. La mise sous tension de l'articulation à gauche était douloureuse. Le Dr P\_\_\_\_\_ a constaté un début d'arthrose sur les métacarpo-phalangiennes des deux côtés et a indiqué ne pas trouver d'explication aux douleurs du poignet en dehors de la ténosynovite de Quervain connue. Au niveau du rachis, il a observé une discarthrose sévère en L5-S1 et une arthrose, également avancée, sur les sacro-iliaques. Il a noté une discordance importante entre les allégations de l'assurée et les constatations radio-cliniques objectivables.

Finalement, le Dr P\_\_\_\_\_ a préconisé d'éviter : le port de charges au-delà de 10 kilos, les mouvements de flexion-extension répétés, l'attitude en porte-à-faux, la position statique debout au-delà de 30 minutes et assise au-delà d'une heure, les mouvements répétitifs ainsi que les travaux de force avec le poignet droit. Le

médecin a conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité d'employée dans le conditionnement de légumes depuis avril 2005. Il a en revanche estimé que depuis janvier 2006, il existait une capacité de travail exigible à hauteur de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites en relation avec le rachis lombaire et, dans une moindre mesure, les contraintes mécaniques liées au membre supérieur droit. Le médecin a précisé que l'assurée rencontrait des difficultés en raison de son déconditionnement physique et de son obésité, lesquels ne pouvaient être considérés comme incapacitants au sens de l'assurance-invalidité. De même, il a émis l'avis que le syndrome douloureux chronique avec diffusion des symptômes ne pouvait être considéré comme incapacitant et que l'arthrose débutante au niveau des mains ne justifiait pas une incapacité de travail totale d'autant plus qu'elle était asymptomatique à gauche.

9. Le 21 avril 2008, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il avait l'intention de rejeter sa demande au motif qu'elle serait à même d'exercer à plein temps une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites et de réaliser ainsi un revenu qui, après réduction supplémentaire de 10% et comparaison avec le revenu sans invalidité, ne conduisait qu'à un degré d'invalidité de 8 %. L'OCAI précisait toutefois que, sur demande motivée de l'intéressée, cette dernière pourrait obtenir une aide dans ses recherches d'emploi.
10. Par courrier du 22 mai 2008, l'assurée, invoquant le rapport d'observation des maîtres sociaux professionnels des HUG, a allégué ne pouvoir exercer un emploi, même adapté, à plus de 50% et a demandé que le degré d'invalidité soit recalculé sur cette base.
11. Par décision du 30 mai 2008, l'OCAI a maintenu sa position.
12. Par acte du 19 juin 2008, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, principalement et sous suite de dépens, au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en place de mesures d'ordre professionnel et enfin, subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité.

La recourante reproche à l'intimé d'avoir fondé sa décision uniquement sur le rapport d'examen rhumatologique du SMR et d'avoir occulté tous les autres avis médicaux. Elle allègue que la capacité de travail à plein temps qui lui est reconnue dans une activité adaptée est purement théorique dès lors que l'intimé ne lui a pas permis de bénéficier d'un reclassement professionnel. Elle observe que les divers autres avis médicaux versés à son dossier évaluent tous sa capacité de travail résiduelle à 50% au maximum et en tire la conclusion que le rapport du SMR n'a aucune valeur probante, que ce soit au niveau des diagnostics ou de l'appréciation de sa capacité de travail. La recourante produit à l'appui de ses dires un rapport d'IRM lombaire daté du 5 mai 2008 concluant à une dégénérescence discale L3-L4,

---

L4-L5 avec discarthrose sévère L5-S1, à un spondylolisthesis de L4 grade I sur arthrose interapophysaire postérieure, à une protrusion discale prononcée L4-L5 et à une protrusion discale ostéophyttaire L5-S1.

13. Dans sa réponse du 12 août 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il soutient que le rapport rhumatologique du 12 février 2008 du SMR remplit toutes les conditions permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il souligne le Dr L\_\_\_\_\_, dans son rapport - qui date de plus de trois ans - indiquait que la capacité de travail de la patiente devait s'améliorer sous traitement. L'intimé ajoute que les avis des médecins traitants sont fluctuants quant à la capacité de travail et que les informations des organes d'observation professionnelle ne permettent pas de supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin. L'intimé produit un avis médical du SMR du 11 juillet 2008 relatif au rapport d'IRM lombaire du 5 mai 2008. Dans ledit rapport, la Dresse Q\_\_\_\_\_ admet que cet examen met en évidence de manière plus détaillée des troubles dégénératifs déjà décrits lors de l'examen rhumatologique du 4 décembre 2007 et qualifiés de sévères au point qu'il en avait été tenu compte dans l'énoncé des limitations fonctionnelles mais estime que cet examen n'est pas suffisant pour admettre une aggravation de l'état de santé de l'assurée.
14. Le 11 décembre 2008, le Tribunal de céans a procédé à l'audition de plusieurs témoins.

Le Dr M\_\_\_\_\_ a souligné que la spondylarthrite ankylosante est une maladie très invalidante, qui nécessite au surplus un traitement très lourd, sous forme de perfusions plusieurs fois par mois. Il a expliqué qu'ayant des doutes sur ce diagnostic posé par le Dr L\_\_\_\_\_, il a adressé la patiente à un rhumatologue, le Prof. R\_\_\_\_\_, qui l'a effectivement infirmé et a conclu à une arthrose lombaire très importante. Le témoin a précisé que la demande AI a été motivée par la déclaration d'inaptitude au placement de l'assurance-chômage, par les conclusions du stage de réadaptation (à savoir un rendement de 50% sur trois heures, ce qui revenait à une heure et demie par jour) et par l'avis du Dr O\_\_\_\_\_ (lequel a conclu à une capacité résiduelle de travail de 50% en atelier protégé). Le Dr M\_\_\_\_\_ a relevé que l'AI a reconnu la présence de troubles dégénératifs sévères et s'est étonné que, dans ces conditions, il ait pu néanmoins conclure à une capacité résiduelle de travail. Le Dr M\_\_\_\_\_ a souligné que les gestes répétitifs des membres supérieurs sont interdits à sa patiente, qui est par ailleurs obligée d'alterner les positions et qui est au surplus limitée dans ses capacités d'apprentissage par son absence de formation et des difficultés linguistiques. Le témoin a dit pouvoir envisager une capacité résiduelle à raison d'une à deux heures par jour dans une activité répondant à ces limitations, par exemple du nettoyage léger.

Pour sa part, Monsieur H\_\_\_\_\_, maître socio-professionnel aux HUG, a relaté que la recourante lui a été adressée pour un bilan professionnel. Il a souligné

que l'intéressée souffre d'une multitude d'atteintes (arthrose, lombalgie, tendinite, etc.) et que c'est cette accumulation qui a fini par user son organisme. Le témoin a dit avoir pu constater que, dans des activités légères pouvant se pratiquer en position assise (telles que du mailing ou du petit conditionnement à l'établi), la patiente ne remplissait aucun des critères de cadence ou de rendement exigés par l'économie de marché et que même lorsqu'il lui avait donné la possibilité d'exercer une activité lui permettant d'alterner les positions, sa capacité n'avait pu être améliorée. Le témoin a finalement conclu à une capacité résiduelle de 50% en atelier protégé, étant précisé qu'il lui semble très difficile d'envisager une activité sur le marché de l'emploi.

Quant à la Dresse S\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, elle a exposé qu'elle suit la patiente depuis le début du mois de septembre 2008, date à laquelle l'assurée est venue la consulter sur conseil de son avocate, et qu'elle a retenu le diagnostic d'état dépressif sévère. Elle a précisé à cet égard que sur l'échelle MADRS, la patiente présente 20 items (soit un score de 30 sur 60). La Dresse S\_\_\_\_\_ a émis l'avis que les problèmes physiques de la patiente ont sans doute influencé son psychisme, mais que l'état de ce dernier est également dû à d'autres éléments (facteur de deuil, problèmes familiaux). Actuellement, vu l'état de la patiente, le témoin a évalué son incapacité de travail à 75 % sur le plan strictement psychique, précisant que, d'après l'anamnèse, les problèmes psychiques remontent à deux ans au moins, mais qu'il lui est évidemment difficile de s'exprimer sur l'intensité qu'ils ont revêtu. Selon la Dresse S\_\_\_\_\_, les problèmes sont sans doute apparus au moment où la patiente a dû cesser de travailler, ce qui a marqué le début d'un repli sur soi qui s'est intensifié avec le temps. Elle a ajouté que l'assurée rencontre des difficultés à communiquer qui doivent contribuer à son isolement et qu'une expertise psychiatrique serait souhaitable, à condition qu'elle s'effectuât sur une durée suffisante et en présence d'un interprète.

Lors de la comparution personnelle des parties qui a suivi ces auditions, l'intimé a fait valoir qu'à son avis, la situation sur le plan rhumatologique avait été suffisamment investiguée et que, sur le plan psychique, une investigation n'apparaissait pas davantage nécessaire puisque la recourante n'a commencé à être suivie que bien après la décision litigieuse.

15. Par écriture du 15 janvier 2009, l'intimé a maintenu qu'il ressort des déclarations du Dr M\_\_\_\_\_ que ce dernier a réévalué la capacité de travail de la recourante sur la base du stage et non sur la base d'observations médicales. Quant à la Dresse S\_\_\_\_\_, l'intimé relève qu'elle ne suit la recourante que depuis septembre 2008, soit postérieurement à la décision litigieuse de sorte que la question d'un trouble psychique ne pourrait, le cas échéant, être investiguée que dans le cadre d'une nouvelle demande.

16. Le 5 février 2009, le Tribunal de céans a procédé à l'audition du Dr O\_\_\_\_\_. Ce dernier a déclaré avoir vu la recourante à une seule occasion, le 21 septembre 2006, en sa qualité de médecin-conseil de l'OCE. Il a expliqué avoir rendu, suite à cet examen, un préavis médical concluant à une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité permettant - notamment - d'éviter de porter à droite des charges de plus d'un kg. Le témoin a indiqué qu'il était clair que la profession d'éplucheuse était désormais exclue. Quant à savoir si la recourante pourrait exercer la profession de manutentionnaire, il n'a pu se déterminer précisément, mais a souligné qu'il faudrait en tout cas que la recourante ne manipule que de tout petits objets et puisse rester en position assise.
17. Dans son écriture après enquêtes du 9 mars 2009, la recourante a pour sa part relevé qu'aux diagnostics extrêmement lourds posés par le Dr M\_\_\_\_\_ et le maître socioprofessionnel s'ajoutaient des problèmes psychiques, à savoir une dépression sévère. Elle observe que tant les Drs S\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ que le maître socioprofessionnel concluent tous à une capacité résiduelle de travail d'une à trois heures de travail par jour dans une activité adaptée et que les Drs L\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ concluent quant à eux à une capacité résiduelle de travail de 50%. La recourante en tire la conclusion qu'il est exclu de privilégier l'avis médical du SMR au détriment de l'avis de cinq médecins et d'un professionnel de la réadaptation. Elle considère qu'une expertise judiciaire serait superflue au vu du nombre d'avis médicaux concordants pour lui reconnaître une capacité résiduelle de travail de 50% à moins que ces avis ne soient pas considérés comme suffisants par le Tribunal de céans pour l'évaluation de sa capacité de travail. Elle persiste intégralement dans les termes et conclusions de son recours en précisant que, dorénavant, elle réclame une rente entière d'invalidité dès lors qu'une capacité résiduelle d'une à trois heures par jour correspondait à un degré d'invalidité de 70% au moins. Elle ajoute enfin qu'au vu de son absence de formation professionnelle, des mesures de reclassement s'imposent avant d'évaluer concrètement ses possibilités de réinsertion et de déterminer l'activité adaptée qu'elle pourrait exercer.
18. Les 11 et 17 mars 2009, le Tribunal a communiqué ces écritures à chacune des adverses parties et, sur ce, gardé la cause à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise 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 (ATF 130 V 446 consid. 1; 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision date du 30 mai 2008 de sorte que le recours du 19 juin 2008 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière de l'assurance-invalidité et à des mesures de réadaptation professionnelle, et partant, sur l'évaluation 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 l'art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec les art. 7 et 16 LPGA, la réadaptation a la priorité sur la rente dont l'octroi n'entre en ligne de compte que si une réadaptation suffisante est impossible (ATFA I 552/06 du 13 juin 2007, consid. 3.1). Saisie d'une demande de rente ou appelée à se prononcer à l'occasion d'une révision de celle-ci, l'administration doit donc élucider d'office, avant toute chose, la question de la réintégration de l'assuré dans le circuit économique (ATF 108 V 212 ; ATF 99 V 48).

Les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement; art. 8 al. 3 let. b, 15 à 18 LAI).

7. 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).

8. La recourante demande que lui soient accordées des mesures de reclassement afin d'évaluer concrètement sa capacité de travail, ses possibilités de réinsertion et le type d'activité qu'elle pourrait exercer. En outre, elle allègue avoir droit à une rente entière d'invalidité au motif que sa capacité résiduelle de travail s'élève à une à trois heures par jour, au maximum et que la comparaison des gains conduit à un degré d'invalidité de 70%. Pour sa part, l'intimé considère qu'au vu de l'examen rhumatologique SMR du 4 décembre 2007, la recourante dispose d'une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée.
  
9. Au terme de son rapport du 12 février 2008, le Dr P\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail entière dans une activité permettant d'éviter le port de charges au-delà de 10 kilos, le mouvement de flexion-extension répétée, les positions en porte-à-faux, les positions statiques (debout au-delà de 30 minutes et assise au-delà d'une heure) ainsi que les mouvements répétitifs et travaux de force avec le poignet droit. Il a souligné que les lombosciatalgies gauches chroniques revêtaient une composante mécanique, sans syndrome rachidien ni signes de gravité de compression radiculaire. Dans la rubrique « dossier radiologique » et s'agissant du rachis lombaire, le Dr P\_\_\_\_\_ se réfère à des radiographies du bassin de face pratiquées le 9 septembre 2005 révélant, notamment, une discarthrose avancée L5-S1, un espace très pincé, une ostéophytose bilatérale et une arthrose articulaire postérieure à ce niveau. En revanche, il ne mentionne pas la tomodensitométrie axiale computerisée de la colonne lombaire et sacrée du 13 octobre 2003 dont le rapport du 14 octobre 2003 conclut, notamment, à une protrusion discale circonférentielle L4-L5 sans image d'hernie, ni effet compressif sur les racines et à une discarthrose sévère en L5-S1 avec protrusion discale mais sans image d'hernie, à une arthrose interapophysaire postérieure prédominante en L4-L5 gauche et L5-S1 des deux côtés rétrécissant les trous de conjugaison à prédominance droite. De plus l'IRM lombaire du 5 mai 2008 conclut à une dégénérescence discale L3-L4, L4-L5 avec discarthrose sévère L5-S1, spondylolisthésis de L4 « grade I » sur arthrose interapophysaire postérieure et épaissement des ligaments jaunes appuyant discrètement sur la partie latérale du fourreau dural.

Les conclusions du Dr P\_\_\_\_\_ reposent notamment sur une comparaison entre les plaintes de la recourante et les constatations radio-cliniques objectivables. Or, les documents radiologiques font état d'une protrusion discale L4-L5 ainsi que d'une arthrose interapophysaire postérieure en L4-L5 à gauche et L5-S1 des deux côtés avec rétrécissement des trous de conjugaison qui ne sont nullement

mentionnées dans le rapport d'examen rhumatologique et qui sont pourtant susceptibles d'expliquer une certaine partie des plaintes de la recourante. De plus, le Dr P\_\_\_\_\_ estime que le syndrome douloureux chronique avec diffusion des symptômes n'est pas incapacitant mais force est de constater d'une part, qu'il motive aucunement ce point de vue et, d'autre part, qu'il n'a pas demandé l'avis d'un psychiatre à ce sujet. Cette conclusion paraît, au demeurant, péremptoire dès lors que la recourante est suivie par un psychiatre depuis septembre 2008 et que ce dernier a posé un diagnostic d'état dépressif sévère, en principe invalidant, et a exprimé l'avis que les problèmes psychiques remontent à deux ans au moins, soit à décembre 2006. Or, bien qu'il ait constaté une discordance entre les plaintes de la recourante et les constatations objectivables, ce qui permettait de suspecter l'existence de troubles psychiques, le Dr P\_\_\_\_\_ a rédigé son rapport sans demander un conseil à un psychiatre. Il faut en conclure qu'il s'est déterminé sur la base d'un état de fait incomplet sur le plan médical.

Au vu de ces diverses lacunes, le rapport du Dr P\_\_\_\_\_ ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante.

Au demeurant, il est incompréhensible que le rapport de l'IRM du 5 mai 2008, qui est antérieur à la décision litigieuse et donc fait partie des éléments à prendre en considération dans l'appréciation de l'état de santé de la recourante, n'ait pas ensuite été soumis au Dr P\_\_\_\_\_ et qu'il n'ait pas été demandé à ce dernier si cela pouvait le conduire à modifier ses conclusions. La prise de position de la Dresse Q\_\_\_\_\_ du 11 juillet 2008 ne saurait engager l'opinion du Dr P\_\_\_\_\_ puisqu'elle n'a ni examiné personnellement la recourante, ni participé à un autre titre à l'examen rhumatologique. Par conséquent, l'intimé a également statué sur la base d'un état de fait lacunaire.

Les autres rapports médicaux n'ont pas davantage de valeur probante. En effet, le rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ du 6 septembre 2005 repose sur une prémisse erronée puisqu'il suspecte une oligo-arthrite dans le cadre d'une spondyloarthrite HLA B27 (sacro-iliite bilatérale de stade II), diagnostic qui a été infirmé par des examens complémentaires, ainsi que cela ressort du rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 11 avril 2006 et de son audition en date du 11 décembre 2008. Par conséquent, l'appréciation de la capacité de travail du Dr L\_\_\_\_\_ n'est pas probante puisqu'aucun traitement de l'atteinte oligo-articulaire n'était nécessaire.

Quant à la Dresse N\_\_\_\_\_, force est de constater qu'elle n'a pas expliqué les raisons pour lesquelles la capacité résiduelle de travail de la recourante ne serait que de 50% dans une activité ne surchargeant pas le bras.

Les divers rapports du Dr M\_\_\_\_\_ soit admettent que la recourante est apte à travailler à 100 % dans une profession plus légère (17 mars 2006), soit n'évaluent

---

pas la capacité de travail résiduelle (15 septembre 2006), soit retiennent la capacité résiduelle de travail de 50 % fixée par le maître socio-professionnel sans apporter aucune motivation sur le plan médical (23 mai 2007), soit encore se réfèrent à l'appréciation d'un conseiller en personnel de l'OCE qui n'est pas médecin pour admettre une inaptitude totale à tout placement (27 décembre 2007). Par la suite, lors de son audition du 11 décembre 2008, le médecin traitant a estimé que les troubles dégénératifs sévères ne permettaient pas de conclure à une capacité résiduelle de travail tout en précisant qu'il pourrait envisager une capacité résiduelle à raison d'une à deux heures par jour dans une activité répondant aux limitations fonctionnelles et que la patiente était également limitée dans ses capacités d'apprentissage par son absence de formation et des difficultés linguistiques, soit des facteurs que l'assurance-invalidité n'a pas à prendre en considération. En effet, l'absence d'une occupation lucrative pour des raisons étrangères à l'invalidité ne peut donner droit à une rente. Si un assuré ne trouve pas un travail approprié en raison de son âge, d'une formation insuffisante ou de difficultés linguistiques à se faire comprendre (ou à comprendre les autres), l'assurance-invalidité n'a pas à en répondre; l'«incapacité de travail» qui en résulte n'est pas due à l'invalidité (ATF 107 V 21 consid. 2c; VSI 1999 p. 247 consid. 1). Par conséquent, non seulement les appréciations de la capacité résiduelle de travail émanant du médecin traitant ne sont pas pertinentes et pas motivées médicalement, mais en plus elles sont contradictoires.

Quant au Dr O \_\_\_\_\_, il n'explique pas non plus les raisons pour lesquelles il évalue la capacité résiduelle de travail de la recourante à 50% seulement.

Enfin, l'appréciation du maître socio-professionnel en tant que telle ne permet de tirer aucune conclusion sur la capacité résiduelle de travail de la recourante. En effet, si les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple par un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, toutefois, ce dernier ne permet pas d'évaluer concrètement dans quelle mesure l'assuré est apte à exercer une activité légère, mais bien d'établir quelles activités entrent concrètement en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré (ATFA non publié I 778/05 du 11 janvier 2007, consid. 6.1).

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, 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, l'intimé n'a procédé à aucun acte d'instruction complet s'agissant des troubles du rachis lombaire de la recourante et n'a pas investigué la question des troubles psychiques qui font pourtant partie des éléments dont il avait à tenir compte dès lors qu'ils existaient vraisemblablement avant le moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 99 V 102) et pourraient avoir une influence dans l'appréciation de l'état de santé de la recourante ainsi que des effets de celui-ci sur sa capacité de travail (ATF non publié 9C\_441/2007 du 6 mai 2008, consid. 4.3). Par conséquent, il convient de lui renvoyer le dossier pour instruction complémentaire par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, neurologique et psychiatrique confiée à des spécialistes externes. Ceux-ci seront chargés de se déterminer sur le début vraisemblable des troubles psychiques et de leur intensité, 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 30 mai 2008 annulée. Le dossier est renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

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

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision de l'OCAI du 30 mai 2008 au sens des considérants.
3. Lui renvoie le dossier pour instruction complémentaire au sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 1'000 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. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

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