

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2262/2010

ATAS/1124/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 9 novembre 2010

En la cause

Madame X _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître PECA Astyanax

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Patrick MONNEY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame X_____ (ci-après l'assurée), née en 1971, mariée et mère de trois enfants, nés entre 1988 et 1994, d'origine kosovare, est arrivée en Suisse en juin 2001. Elle n'a pas suivi de formation au-delà de l'école primaire et a appris le métier de repasseuse.
2. Selon l'attestation de l'employeur du 1^{er} février 2006, elle a travaillé en qualité de repasseuse auprès de Y_____ SA du 13 juin 2002 au 18 juillet 2004, à raison de 8 heures par jour, l'horaire usuel de l'entreprise étant de 8h30 par jour. Son salaire en 2004 était de 17 fr. 50/heure. Il aurait été de 18 fr./heure en 2006. Elle a été incapable de travailler à 100% du 6 au 19 juin 2003, du 10 au 22 septembre 2003, du 31 octobre au 21 novembre 2003 et à 50% du 22 novembre au 5 décembre 2003. Elle est incapable de travailler à 100% depuis le 19 juillet 2004.
3. L'assurée a bénéficié d'indemnités journalières de la Swica, l'assurance perte de gain de l'employeur, dès le 22 juillet 2004. Elle a déposé une demande de prestations d'invalidité le 7 décembre 2005, sollicitant l'octroi d'une rente à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI), étant incapable de travailler en raison de rachialgies et lombosciatalgies.
4. Le dossier transmis par la Swica à l'OAI contient les documents suivants :
 - a) Un courrier du 17 août 2004 du Dr A_____, chef de clinique au service de neurochirurgie de l'Hôpital cantonal (HUG), qui indique que l'examen clinique montre un syndrome vertébral lombaire net. La force, les réflexes et la sensibilité sont normaux aux membres inférieurs. La manœuvre de Lasègue ne reproduit pas d'irradiation douloureuse aux membres inférieurs, mais ne déclenche que des douleurs lombaires. Une IRM lombaire du 21 janvier 2002 avait mis en évidence la présence d'une hernie discale L5-S1 gauche, de même qu'une petite hernie discale foraminale L4-L5 gauche. Il est difficile de prendre une décision raisonnable actuellement vu que la patiente se plaint de l'apparition récente d'une douleur à droite également. Le médecin propose de procéder à de nouvelles IRM.
 - b) Le rapport du 30 août 2004 de la Dresse AA_____, à Carouge, concernant l'IRM dorsolombaire effectuée le 27 août 2004, qui indique une dessiccation L5-S1 et L4-L5, la première s'accompagnant d'une très nette prééminence discale postéro-latérale gauche responsable d'une encoche au niveau du cul-de-sac dural et d'un refoulement de la racine S1 gauche et une légère diminution de la vacuité du trou de conjugaison L5-S1 gauche. La vacuité du trou de conjugaison L5-S1 droit est parfaite. La dessiccation L4-L5 s'accompagne d'une protusion discale moins importante. En conclusion, l'IRM

parle en faveur d'une hernie discale L5-S1 postéro-latérale gauche accompagnée d'une protusion discale à prédominance gauche au niveau L4-L5.

- c) Un avis médical du 21 octobre 2004 du Dr B_____, médecin traitant, indiquant que sa patiente souffre depuis deux ans de douleurs lombaires avec des irradiations d'évolution chaotique. Les douleurs ont augmenté depuis mai 2004. Le médecin estime ne pas avoir les compétences pour déterminer si sa patiente peut effectuer un autre travail.
- d) Un rapport médical du 30 novembre 2004 du Dr C_____, neurologue, mandaté par la Swica. Le rapport est fondé sur le dossier médical, les déclarations et l'examen physique de la patiente, l'examen des clichés et sur le bilan neuro-myographique pratiqué. Dans les heures qui ont suivi l'examen, la patiente s'est fait hospitaliser en urgence au CHUV pour un malaise avec impression de paralysie des membres inférieurs. Le rapport contient une anamnèse assez complète. A l'examen, le médecin indique que la patiente a un comportement démonstratif et annonce à l'avance qu'il lui fait mal et qu'elle risque un malaise avec paralysie des membres inférieurs. La palpation et la flexion au niveau de la tête, du cou et de la colonne sont douloureuses mais sans contracture palpable. Le médecin diagnostique une hernie discale L5-S1 assez volumineuse, refoulant la racine S1 gauche, ainsi qu'une petite protusion L4-L5 plus latérale, entraînant un syndrome vertébral lombaire chronique, qui ne justifie toutefois pas l'existence alitée et la grande fatigue de la patiente. Le médecin estime qu'il y a eu une évolution défavorable avec développement d'un probable syndrome somatoforme douloureux touchant l'ensemble du rachis, avec des malaises où la patiente déclare sa jambe gauche entièrement paralysée, cette évolution avec alitement, cessation d'activité au travail et dans le ménage, doit être prise en compte, par un traitement multidisciplinaire dans un centre de réhabilitation, le plus rapidement possible. La capacité de travail de repasseuse, en position debout, compte tenu de la grosse hernie discale en L5-S1, est nulle. Il faut attendre le résultat d'un traitement multidisciplinaire et d'une réhabilitation pour envisager la reprise d'une activité lucrative. Le travail doit respecter les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges lourdes, possibilité de changer fréquemment de position entre assise et debout, la patiente est limitée par l'absence de formation professionnelle et des moyens d'apprentissage limités. La comorbidité psychiatrique associée est moyenne. Le pronostic est réservé.
- e) Un rapport médical du 9 mars 2005 est établi par la Dresse D_____, cheffe de clinique au service de rééducation des HUG, la patiente ayant séjourné dans l'unité de rééducation locomotrice du 9 février au 4 mars 2005. Les diagnostics sont: lombo-sciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1 et état dépressif réactionnel. Le rapport médical mentionne le status à l'entrée et le bilan à la sortie, soit une amélioration de l'endurance et de la marche, une

augmentation modérée des capacités fonctionnelles, la mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF) étant à l'entrée et à la sortie de 126/126. La prise en charge a eu pour but d'évaluer les capacités fonctionnelles résiduelles et d'améliorer la symptomatologie douloureuse. La patiente a bénéficié de physiothérapie, de rééducation à la marche à sec et en piscine, la patiente devant impérativement être stimulée à bouger pour lutter contre un déconditionnement physique majeur. La patiente souffre d'un état dépressif sévère consécutif au décès de son frère et à un vécu de la guerre dans son pays. Avant d'envisager une reprise du travail, elle doit être suivie sur le plan psychologique. Lors de la sortie, la patiente peut marcher et courir 1600 mètres sur tapis roulant, à une vitesse de 5,2 jusqu'à 7,4 km./heure, sans augmentation de la douleur. Est joint à ce rapport l'avis de Monsieur L_____, psychologue qui a soutenu la patiente durant son séjour aux HUG. La patiente lui a confié sa détresse psychologique liée à son départ du Kosovo, à l'assassinat de son frère à la même période, les douleurs dorsales ayant commencé à cette époque. La récente décision de renvoi au Kosovo réactive un deuil non résolu, l'insécurité liée au pays qu'elle a quitté, et éloigne la patiente des soins, et de sa famille, qui se trouve maintenant en grande partie en Suisse.

- f) Le rapport médical du 18 août 2005 du Dr E_____, psychiatre, qui pose comme diagnostics, selon CIM 10 : épisode dépressif sévère, sans syndrome psychotique (F 32.2), difficultés liées à l'acculturation (Z 60.3) et syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Un traitement antidépresseur et anxiolytique est mis en place. L'incapacité est de 100 % dès le 9 juin 2005, date de la prise en charge psychologique. Une reprise de travail à temps partiel pourrait être envisagée d'ici deux à trois mois.
5. Selon le rapport médical du 12 décembre 2005 du Dr F_____, du service de rééducation des HUG, les diagnostics sont: lombo-sciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1 et syndrome dépressif, avec effet sur la capacité de travail, une fibromyalgie associée sans répercussion sur la capacité de travail est mentionnée. Il traite la patiente depuis le 11 avril 2005. L'activité exercée n'est plus exigible, il y a une diminution de rendement, les limitations fonctionnelles sont les positions debout, à genoux, accroupie et avec inclinaison du buste, ainsi que le maintien de la même position du corps pendant longtemps, le port de charges, se baisser.
6. Selon le rapport médical du 17 janvier 2006 du Dr B_____, médecin traitant, les diagnostics sont: lombo-sciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1 et état dépressif réactionnel. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 18 août 2004, la situation est fluctuante, mais globalement stable avec une péjoration de l'état dépressif.
7. Selon le rapport médical du Dr E_____, psychiatre, du 24 mars 2006, les diagnostics sont ceux mentionnés le 18 août 2005, la symptomatologie dépressive

est en amélioration, l'incapacité est toujours de 100 %, mais une reprise de travail à temps partiel pourrait être envisagée progressivement.

Selon le rapport médical du 18 février 2007 du même médecin, les symptômes sont les mêmes, auxquels il ajoute anxiété généralisée (F 41.1), syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), personnalité anxieuse et évitante (F 60). Les handicaps fonctionnels sont les troubles de l'adaptation, avec sentiment d'incapacité et de rejet, la fatigabilité, la baisse de rendement, les céphalées, les douleurs du rachis et des membres inférieurs, les dysesthésies prédominant sur l'hémicorps droit, des sensations de froid, de tension et de gonflement des jambes. Ces handicaps affectent les capacités de l'assurée dans sa profession depuis mai 2005 et même les tâches à domicile se révèlent difficiles à réaliser sans une forte stimulation et un programme progressif lui permettant de ne pas ressentir l'échec de ne pas y parvenir. La thymie dépressive est sévère avec aboulie, émoussement affectif, troubles du sommeil et de l'alimentation, tristesse et pleurs incoercibles, idées noires et idées suicidaires passives, douleurs diffuses, vertiges et voile noir devant les yeux, sentiment de culpabilité. L'incapacité de travail reste à 100 %.

8. L'OAI a soumis l'assurée à une expertise médicale effectuée à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 19 février au 21 février 2008. Les conclusions du rapport d'expertise du 4 mars 2008 se basent sur l'anamnèse et l'examen par le Dr G _____, spécialiste en rhumatologie, une expertise psychiatrique du Dr H _____, psychiatre, un EMG du Dr I _____, neurologue, et les dossiers mis à disposition. Les médecins posent les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants : lombo-sciatalgies chroniques (M 54.5), troubles dégénératifs de la colonne lombaire (M 47.96) et hernie discale L4-L5 et L5-S1 (M 51.2), et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et épisode dépressif sévère en rémission partielle, épisode actuel d'intensité moyenne (F 32.1).

Le rapport contient un résumé du dossier médical de la patiente, la retranscription des données fournies par l'assurée, assistée d'un traducteur albanais, en particulier ses plaintes actuelles : douleurs gastriques depuis quatorze ans environ, avec sensation de gonflement et perte d'appétit, liées à des maux de tête à prédominance pariétale gauche, qui s'accompagnent de troubles de la vision et de nausées. Deuxièmement, elle souffre de douleurs lombaires, auxquelles se sont ajoutées des douleurs cervicales d'intensité variable. Elle ressent des douleurs intermittentes qui irradient dans le membre inférieur gauche à la face externe jusqu'à l'extérieur du pied et des paresthésies des deux pieds lorsqu'elle est assise longtemps, soit plus d'une heure en voiture ou trente minutes sur une chaise. Elle ressent une diminution de la force du membre inférieur gauche et des douleurs irradiant à la face postérieure du membre inférieur droit jusqu'au mollet. Ces douleurs sont exacerbées par des stations assises ou debout immobiles plus de dix à vingt minutes. Pour diminuer les douleurs, elle s'allonge par terre avec les pieds repliés

sur un canapé pendant quinze minutes environ et prend quatre à cinq comprimés de Dafalgan 1 gr. par jour. L'assurée précise qu'elle a des douleurs partout aux épaules, bras, mains, cuisses, genoux, mollets et chevilles et qu'elles sont quotidiennes.

Le rapport procède à une anamnèse par systèmes, social et professionnel, décrit le déroulement d'une journée et les activités ménagères effectuées. L'assurée reste au lit jusqu'à 10h00, prend son café et reste généralement couchée. Elle passe la journée au téléphone, prend un bain chaud pendant quinze minutes. Elle ne fait ni ménage, ni repas et va voir sa sœur à Estavayer tous les week-ends, les trajets étant assurés par son mari.

S'agissant des données objectives, il est observé que l'assurée se lève, s'assied, s'habille et se déshabille sans problème, s'accroupissant pour retirer son pantalon. Elle reste assise durant une heure et demie, mais mentionne des douleurs et modifie plusieurs fois sa position sur la chaise. On note plusieurs signes de non-organicité : douleurs lombaires aux tests de simulation par compression du vertex et pseudo-rotation du tronc, troubles sensitifs sous forme d'hypoesthésie diffuse du membre inférieur gauche et hyperesthésie du membre supérieur droit, douleurs diffuses à la palpation de la région lombo-fessière avec réaction de retrait, importante discordance entre la distance doigts-sol et la distance doigts-orteils. A l'examen clinique, la palpation abdominale est marquée par une brusque réaction de l'assurée, les réflexes tendineux sont présent et vifs, au test de la sensibilité, l'assurée ressent une augmentation des sensations diffusément sur le membre supérieur droit, et une diminution globale de la sensibilité tacto-algique sur le membre inférieur gauche. Le test de force est bon pour les membres supérieurs, mais présente des lâchages en saccades pour le membre inférieur gauche. La manœuvre de Lasègue entraîne des douleurs lombaires à 70° à droite et 60° à gauche.

Le status ostéo-articulaire est longuement décrit et, en résumé, la mobilité du rachis cervical, dorso-lombaire et des hanches sont limitées, l'assurée opposant une résistance en raison de douleurs. La marche est effectuée lentement, elle est ébauchée sur les talons et les pointes, l'accroupissement et le redressement s'effectuent sans problème. L'examen des documents d'imagerie est résumé.

S'agissant de l'appréciation du cas, le rapport indique que les plaintes de l'assurée sont partiellement concordantes avec celles figurant au dossier, mais l'existence de plusieurs signes de non-organicité selon Vaddell sont notés : discordance entre la distance doigts-sol en station debout et doigts-orteils en station assise, existence de troubles sensitifs sans concordance anatomique au niveau des membres supérieur et inférieur droits, existence de douleurs diffuses à la palpation de la musculature para-vertébrale-cervicale, dorsale et lombo-fessière, mais également sur la racine

des membres et des genoux et sur les points classiquement non douloureux, tels que la partie médiane des clavicules ou la région frontale.

L'évaluation neurologique effectuée par le Dr I_____ confirme les discordances, la mobilité lombaire est conservée, aucun déficit sensitivo-moteur, ni aucune altération des réflexes myopathiques aux membres inférieurs ne sont relevés. Le bilan électro-physiologique est normal. Compte tenu de la situation globale de l'assurée, de la normalité de l'examen électro-physiologique effectué auprès du Prof. C_____ en 2004 et du malaise qui s'en est suivi, entraînant une consultation aux urgences, il est renoncé à pratiquer l'examen myographique à l'aiguille concentrique, mais le Dr I_____ conclut que la problématique de l'assurée dépasse largement le cadre d'une radiculopathie lombo-sacrée et aucun diagnostic neurologique susceptible d'entraver la capacité de travail n'est retenu. Les documents d'imagerie à disposition objectivent des hernies discales déjà mentionnées. Ces hernies peuvent entraîner un syndrome vertébral lombaire chronique et être exacerbées par des activités contraignantes pour le rachis, telle que celle de repasseuse, mais elles n'expliquent pas l'extension et la quasi généralisation du syndrome douloureux, sa résistance à tous les traitements entrepris et la très importante gêne fonctionnelle subjective chez une assurée qui n'a pratiquement plus aucune activité physique et présente plusieurs signes de non-organicité.

Au terme de son évaluation psychiatrique, le Dr H_____ confirme le syndrome douloureux somatoforme persistant auquel s'associe un épisode dépressif. Suite au décès d'un frère en 2001, l'assurée a continué à travailler jusqu'en 2004 et son état psychologique s'est aggravé en 2005, justifiant le diagnostic d'épisode dépressif. L'assurée se plaint de troubles du sommeil, de troubles de l'appétit, de troubles de la mémoire, d'angoisse, de baisse de moral avec des idées suicidaires non systématisées. Le status relève une thymie légèrement abaissée, sans ralentissement, sans diminution motrice, mais avec une certaine labilité d'humeur. Ces éléments parlent en faveur d'un épisode dépressif sévère, en rémission partielle, dont l'épisode actuel est d'intensité moyenne. Le diagnostic de trouble anxieux est aussi relevé, mais pas celui de trouble de la personnalité. Le psychiatre conclut que l'épisode dépressif qui accompagne le syndrome douloureux somatoforme persistant ne remplit pas les critères de gravité pouvant justifier une incapacité de travail de longue durée. Les troubles dépressifs sont consécutifs aux lombo-sciatalgies, et la comorbidité psychiatrique n'est pas retenue. L'assurée ne présente pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de sa vie, elle a des bons contacts avec sa famille proche, se rend au magasin avec son mari et chaque week-end chez sa sœur. Son état psychique n'est pas cristallisé et il est susceptible de s'améliorer, comme en témoigne l'évolution de ces derniers mois, selon son psychiatre traitant.

En conclusion, le métier de repasseuse est contre-indiqué et l'incapacité de travail dans cette activité est de plus de 70 % dès le 19 juillet 2004 et de façon définitive. La capacité de travail de l'assurée est complète dans une activité adaptée, c'est-à-dire en évitant les efforts contraignants pour le rachis et en respectant les limitations fonctionnelles suivantes : station debout prolongée, flexion avec rotation du tronc, port de charges au-delà de dix kilos occasionnellement. D'ailleurs, l'observation de l'assurée dans les ateliers professionnels appuie cette appréciation, la qualité de son travail est bonne, son endurance est satisfaisante. Théoriquement, des mesures professionnelles pourraient être envisagées, mais le pronostic concernant la reprise du travail est assombri par des facteurs non médicaux, tels que la longue durée de l'incapacité de travail, la scolarité élémentaire, les problèmes d'acculturation et les difficultés linguistiques.

Sont joints au rapport principal, ceux plus détaillés de l'examen neurologique, de l'expertise psychiatrique et de l'évaluation en atelier professionnel.

9. Le 27 mars 2008, le Dr J _____, médecin interne auprès du SMR, reprend les conclusions du rapport de la CRR et conclut que la réadaptation est théoriquement possible dès mars 2008, mais paraît pratiquement difficile en raison de la scolarité élémentaire et des difficultés linguistiques.
10. Interrogés à nouveau par l'OAI, les médecins traitants de l'assurée lui ont adressé leur rapport les 30 juillet et 9 septembre 2009. Du rapport du Dr E _____, il ressort un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), anxiété généralisée, syndrome douloureux somatoforme persistant, personnalité anxieuse. Le médecin note une évolution favorable sur le plan de la thymie malgré une subsistance du sentiment de rejet et de disqualification familiale très incidente. Il y a peu de sociabilité extérieure au cercle familial. L'incapacité de travail reste à 100 %. Le rapport du Dr B _____, généraliste, est inchangé par rapport aux précédents rapports de ce médecin. Sur ce, le SMR conclut, le 19 octobre 2009, que ces deux derniers rapports médicaux n'apportent pas d'élément nouveau aux conclusions du SMR, fondées sur l'expertise pluridisciplinaire de la CRR, qui reste valable.
11. La détermination du degré d'invalidité, par comparaison du salaire de l'assurée réactualisé à 2008 (39'887 fr.) avec le salaire selon ESS, TA1, Femmes, total, niveau 4, pour 41,7 heures de travail, réactualisé à 2008, avec une réduction de 10 %, soit 46'785 fr., aboutit à une invalidité nulle.
12. Par projet du 9 novembre 2009, l'OAI envisage de refuser toutes prestations à l'assurée, motif pris que la capacité de travail est considérablement restreinte depuis le 19 juillet 2004, le délai de carence a pris fin le 19 juillet 2005, date à partir de laquelle l'assurée a droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 70 %, l'amélioration de la capacité de travail constatée dès le

1^{er} mars 2008, soit une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, implique la limitation du droit à la rente au 28 février 2008. Dès cette date, aucun droit au reclassement n'existe, le taux d'invalidité étant de 0 %. Il est donc projeté d'accorder une rente entière d'invalidité du 19 juillet 2005 au 28 février 2008.

13. Par courrier du 10 décembre 2009, l'assurée, représentée par un avocat, a fait valoir des observations. Elle a notamment relevé que la subite capacité de travail à plein temps en 2008 semble miraculeuse, alors que l'état dépressif fluctuant entrave toujours sa capacité de travail. Au demeurant, la capacité de travail d'un assuré ne peut pas, du jour au lendemain, après quatre ans d'incapacité totale être réputée brusquement totale, une période de transition devant être prévue, pour prendre des mesures telles une reprise du travail à temps partiel et la poursuite pendant cette période du versement de la rente, éventuellement réduite, puis l'évaluation définitive, après un certain laps de temps, de la capacité de travail résiduelle. La cinquième révision de la LAI privilégie la réadaptation dans son sens le plus large par rapport au versement de la rente et il convient de garantir dans des bonnes conditions la reprise du travail.
14. Par avis du 19 janvier 2010, le SMR estime que l'assurée fait un amalgame entre la capacité de travail exigible dans une activité habituelle et celle dans une activité adaptée. Il n'y a pas de relation entre l'hernie et le trouble dépressif, le type de métier compatible aux limitations fonctionnelles doit être établi par un spécialiste en réadaptation.
15. Par décision du 26 mai 2010, l'OAI confirme son projet de décision, reprend les éléments mentionnés par le SMR et précise que la réadaptation professionnelle demandée ne peut pas être mise en place, car le degré d'invalidité n'atteint pas les 20 % exigés pour ouvrir le droit à des mesures professionnelles. Le degré d'invalidité étant de 0 %, ces mesures ne sont ni simples ni adéquates dans le cas de l'assurée.
16. Par acte du 28 juin 2010, l'assurée forme recours contre la décision de l'OAI et conclut, principalement au renvoi du dossier à l'OAI pour mise en place d'une expertise psychiatrique, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour l'octroi de mesures d'accompagnement à la reprise d'une activité et, plus subsidiairement encore, à l'octroi d'une rente prolongée de trois mois soit jusqu'au 31 mai 2008.

A l'appui de son recours, elle fait valoir que les troubles lombaires et psychiatriques ne se sont pas amendés depuis le début de son incapacité de travail. En particulier, le trouble dépressif récurrent est fluctuant. Les médecins de la CRR reconnaissent qu'il est sévère, mais en rémission partielle, ce trouble étant d'intensité moyenne. Cette manière de décrire le trouble est surprenante, car si l'affection est d'intensité sévère, ce qu'elle a été et est peut-être encore épisodiquement, selon un calendrier qui n'est pas révélé, il est évident que cette affection présente un diagnostic

influençant la capacité de travail, contrairement à l'avis des experts. L'expertise de la CRR, sur ce point, n'est donc pas probante. Au surplus, les experts de la CRR laissent subsister un doute quant à la capacité de travail dès le 1^{er} mars 2008. Ils la qualifient de totale, avec respect des limitations fonctionnelles, mais admettent qu'un certain nombre de facteurs non médicaux entravent la reprise du travail. Il est évident, après quatre ans d'incapacité de travail, qu'une reprise immédiate à plein temps n'est pas possible et doit être effectuée d'abord à temps partiel, pour bénéficier d'un reconditionnement physique, avec versement partiel de la rente. D'ailleurs, les observations de la CRR dans ses ateliers sont indicatives mais pas déterminantes, car il s'agit de structures de nature occupationnelle et non pas professionnelle. Le jeune âge de l'assurée implique la nécessité d'une réadaptation professionnelle.

17. Par réponse du 28 juillet 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, motif pris que l'épisode dépressif sévère, qui constitue une comorbidité grave conduisant à admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux s'est amendé dès 2007, pour être qualifié de moyen et que les autres conditions de la jurisprudence pour admettre le caractère invalidant de ce trouble ne sont pas réalisés. Ainsi, les experts ont conclu à juste titre que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis 2007 et une pleine capacité de travail a été retenue dès mars 2008. Dès lors que l'amélioration de l'état de santé est durable, il n'y a pas lieu de tenir compte des 3 mois supplémentaires de l'article 88a al.1 RAI, la rente devant être supprimée dès le 1^{er} mars 2008. Finalement, rien ne justifiait d'octroyer des mesures d'accompagnement, car l'observation dans des ateliers professionnels avait démontré que l'assurée était capable de travailler dans une activité adaptée, son endurance étant bonne.

18. La cause a été gardée à juger le 27 août 2010.

EN DROIT

1. a) 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) qui sont 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.

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230

consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité au delà du 28 février 2008, subsidiairement à des mesures professionnelles ou d'accompagnement à la reprise d'une activité. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 9 novembre 2009 qui a été confirmé par la décision du 26 mai 2010 contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 28 juin 2010.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

3. a) 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 (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière.

c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

d) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

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

contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

f) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1).

De plus, en vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1^{er}). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie (al. 2).

4. a) D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés

par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Le Tribunal de céans estime que ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret.

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

On ajoutera que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

5. a) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05).
- b) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA du 12 juin 2006, cause I 317/05).
- c) Concernant l'état physique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA du 20 mars 2006, cause I 644/04). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04, voir aussi ATFA du 21 avril 2006, cause I 483/05), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA du 8 juillet 2004, cause I 380/03), lorsque

l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA du 25 novembre 2004, cause I 450/03), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA du 23 juin 2004, cause I 272/03) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA du 10 novembre 2005, cause I 638/04), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA du 12 septembre 2005, cause I 497/04), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il est à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

6. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

c) 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).

Ce n'est que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, que la cause ne peut être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et qu'il y a alors lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. a) En sus de l'article 14a LAI instituant des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation, les articles 15 et suivants LAI prévoient plusieurs mesures d'ordre professionnel, soit l'orientation professionnelle (art.15 LAI), la formation professionnelle initiale (art.16 LAI), le reclassement (art.17 LAI), le placement (art. 18 LAI), l'allocation initiale au travail (art. 18a LAI) et l'aide en capital (art. 18b LAI).

b) L'article 15 LAI prescrit que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. Selon la circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel (CMRP) de l'OFAS état au 1^{er} janvier 2009, l'orientation professionnelle, qui inclut également des conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée pour une activité dans un autre domaine, voir un placement adéquat. L'orientation peut consister en des stages pratiques, des examens plus étendus dans des centres spécialisés de formation professionnelle ou de réadaptation, sur le marché libre ou dans les centres de formation professionnelle (COMAI). L'examen sera effectué d'après un programme spécifiquement établi ou standardisé précisant clairement l'objectif.

c) Selon l'article 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002

p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1^{er} LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé.

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

d) L'article 18 LAI prévoit que l'assuré qui présente une incapacité de travail (art. 6 LPG) et qui est susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi, un conseil suivi afin de conserver un emploi.

Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a; Arrêt I 579/01 du 10 décembre 2001).

La jurisprudence du Tribunal fédéral n'a au demeurant jamais fait mention de la condition d'une perte de gain de 20 % s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi, notamment l'aide au placement.

Selon la jurisprudence, les raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a p. 81). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] I 421/01 du 15 juillet 2002, consid. 2c in VSI 2003 p. 274 s.), principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la 4^e révision de l'AI (arrêt I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR

2006 IV Nr. 45 p. 162) et également après l'entrée en vigueur de la 5e révision de l'AI (arrêt 9C 416/2009 du 1^{er} mars 2010).

Dans l'arrêt I 579/01 du 10 décembre 2001, le Tribunal fédéral a en particulier reconnu à l'assurée un droit à l'aide au placement du fait de troubles psychiques, en particulier un trouble somatoforme douloureux associé à des limitations somatiques.

L'extension du droit au placement dans le cadre de la 5e révision de l'AI ne prévoit pas la possibilité d'une courte période d'observation professionnelle et/ou d'un entraînement au travail. Le Conseil fédéral n'a pas prévu cette possibilité dans le message précité du 22 juin 2005 (FF 2005 4215), ni du reste dans le message du 21 février 2001 relatif à la 4e révision de l'AI (FF 2001 3045). Au regard de l'art. 18 al. 1 LAI, dont le texte et le sens sont absolument clairs, la mesure d'aide au placement ne permet pas de prévoir une courte période d'observation professionnelle et d'entraînement au travail (ATF 9C 416_2009, du 1^{er} mars 2010).

8. En l'espèce, l'expertise de la CRR du 4 mars 2008 répond à toutes les exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante, s'agissant de la partie somatique. Les diagnostics retenus et l'incapacité de travail de plus de 70% dans l'activité de repasseuse sont d'ailleurs confirmés par l'avis des autres médecins consultés. Ceux-ci sont plus affirmatifs et retiennent une incapacité de 100% dans l'activité exercée (Dr C_____, Dr F_____, Dr K_____). Tout au plus, le rapport de la CCR omet peut-être quelques limitations fonctionnelles pourtant reconnues par les autres médecins, compatibles avec les diagnostics retenus, de sorte que seront retenues les limitations admises par tous les médecins: la position debout prolongée, le port de charge de plus de 10 kg, la flexion avec rotation du tronc, auxquelles il faut ajouter celles expliquées et investiguées par le Dr F_____, de l'unité de rééducation des HUG: la position à genoux, baissée, accroupie et avec inclinaison du buste, ainsi que le maintien de la même position du corps pendant longtemps. Au demeurant, l'assurée ne conteste pas les conclusions de l'expertise s'agissant de l'aspect somatique.

La capacité de travail entière dans une activité adaptée telle que retenue par les experts est confirmée par l'observation faite lors du séjour de l'assurée au service de réadaptation des HUG du 9 février au 4 mars 2005. Toutefois, l'importance des limitations fonctionnelles décrites, la nécessité d'alterner les positions et l'avis pertinent du Dr F_____ du service susmentionné aurait dû conduire les experts à retenir une diminution de rendement, même dans une activité adaptée.

S'agissant de l'expertise psychiatrique de la CCR, elle a également valeur probante. En particulier, les rapports successifs du Dr E_____ - psychiatre traitant de l'assurée ne contredisent pas les diagnostics posés, notamment celui de trouble somatoforme douloureux et admettent une amélioration notable de la thymie de la patiente, l'épisode dépressif jugé de sévère en 2006 et 2007 étant qualifié de moyen

dans son dernier rapport de juillet 2009. L'état dépressif ne s'est pas déclaré lors des événements de deuil de 2001, mais en 2005 et suite aux lombosciatalgies survenue dès 2004, de sorte que conformément à la jurisprudence, l'état dépressif est une manifestation secondaire aux douleurs généralisées de l'assurée. Il n'est pas contesté que l'état dépressif a été sévère jusqu'en 2008 ce qui a justifié une incapacité de travail totale confirmée par les experts.

C'est toutefois à juste titre que l'expert retient, sans être contredit par le médecin traitant que l'épisode dépressif qui accompagne le syndrome douloureux somatoforme persistant est désormais d'intensité moyenne de sorte qu'il ne remplit pas les critères de gravité pouvant justifier une incapacité de travail de longue durée. L'expertise se fonde sur des éléments objectifs et vérifiés en retenant que l'assurée ne présente pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de sa vie, car elle a des bons contacts avec sa famille proche, se rend au magasin avec son mari et chaque week-end chez sa sœur. Son état psychique n'est pas cristallisé et il est susceptible de s'améliorer, comme en témoigne l'évolution favorable, selon son psychiatre traitant. Certes, le rapport du médecin traitant admettant une nette amélioration de la thymie date de juillet 2009 seulement, mais il n'y a pas d'attestation de ce psychiatre entre 2007, époque à laquelle l'état dépressif est encore sévère mais en voie d'amélioration prévisible, selon le rapport précédent de 2006 et juillet 2009, époque à laquelle l'amélioration est clairement installée. Le médecin qui a procédé à l'expertise psychiatrique en février 2008 motive par l'examen des divers éléments de la lignée dépressive l'amélioration de l'état dépressif de sorte que rien ne justifie de s'écarter des constatations faites à cette occasion, ce qui permet de retenir qu'à fin février 2008 au plus tard, l'assurée avait recouvré une capacité de travail entière, dans une activité adaptée, avec toutefois une diminution de rendement. Cette amélioration étant ensuite confirmée en 2009 par le médecin traitant, on doit admettre que trois mois après le 28 février 2008, l'amélioration est stabilisée, justifiant une modification du droit aux prestations dès le 1^{er} juin 2008.

En premier lieu, le Tribunal retient donc qu'une instruction complémentaire par le biais d'une expertise psychiatrique supplémentaire ne se justifie pas et que l'assurée est pleinement capable de travailler, avec une diminution de rendement de 20%, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} mars 2008.

Les chiffres de base retenus par l'OAI pour calculer le taux d'invalidité ne sont pas critiquables. Le taux d'invalidité de l'assurée est ainsi au maximum de 8,7% même en ajoutant une diminution de rendement de 20% et en reprenant l'abattement supplémentaire retenu par l'OAI de 10%, comme suit: 51'983 fr. selon ESS 2006, TA1, Femmes, total, niveau 4, pour 41,7 heures de travail, réactualisé à 2008, ramené à 36'388 fr. puis comparé au revenu sans invalidité réévalué à 2008 de 39'887 fr. Ce taux est insuffisant pour tout droit à une rente, de sorte que celle-ci

peut effectivement être supprimée dès le 1^{er} juin 2008, soit trois mois après l'amélioration constatée.

En second lieu, l'assurée estime qu'elle a droit et a besoin d'une phase d'adaptation, voire d'un passage par une activité à 50%, avant de travailler à 100%, suite à une aussi longue période d'incapacité totale de travail. Le Tribunal de céans comprend cette requête mais doit rappeler que le Tribunal fédéral a déjà annulé un arrêt octroyant une telle mesure, accordée sous la forme d'un réentrainement à l'effort préalable à la reprise du travail, de sorte qu'en application de la jurisprudence, ces conclusions ne peuvent pas être suivies.

Cela étant, l'assurée conclut à l'octroi d'une mesure d'ordre professionnel au sens large, de sorte qu'il convient d'examiner les diverses mesures possibles. Le taux d'invalidité n'atteint pas les 20% nécessaires pour ouvrir le droit à un reclassement professionnel. Par contre, la décision de l'OAI est mal fondée en tant qu'elle refuse toute autre mesure d'ordre professionnel à l'assurée en raison du taux d'invalidité qui n'est pas une condition à l'octroi d'une autre mesure telle l'orientation professionnelle et l'aide au placement. La question de la formation professionnelle initiale ne se pose pas en l'espèce.

Il est établi que l'assurée est totalement ou en tout cas à plus de 70% incapable d'exercer son métier de repasseuse, de sorte que l'octroi d'une mesure d'aide au placement est a priori possible. Reste donc à examiner si l'assurée est entravée par ses problèmes de santé dans la recherche d'un emploi approprié.

L'existence d'une affection entraînant des limitations fonctionnelles dont il faut tenir compte pour trouver une activité adaptée n'est pas, à lui seul, un problème de santé qui entrave les recherches d'emploi selon le Tribunal fédéral. Par contre, le trouble somatoforme douloureux et l'état dépressif moyen, ce d'autant plus qu'ils sont associés à des limitations somatiques, sont des problèmes de santé qui entravent l'assurée dans la recherche d'un emploi approprié, de sorte qu'une aide au placement se justifie. A ces facteurs médicaux s'ajoutent d'autres éléments, qui ne suffisent pas pour justifier la mesure, mais confirment son utilité, tels que l'absence de formation professionnelle, la scolarité élémentaire, la faible maîtrise du français et la longue période d'inactivité. Pour l'ensemble de ces motifs, l'assurée bénéficierait utilement et en particulier d'une aide administrative (préparation de CV, lettre de postulation), et de toute autre forme d'aide au placement. Compte tenu par ailleurs du faible coût de la mesure, du fait que l'assuré est motivée puisqu'elle sollicite une mesure d'ordre professionnel, les conditions du droit à une aide au placement, adéquate et économique, selon l'art. 18 al. 1 LAI sont remplies.

L'octroi d'une orientation professionnelle n'est pas exclue non plus dans le cas d'espèce, mais les conditions plus précises d'octroi n'ont pas été instruites et devront être examinées par l'OAI.

9. Le recours est ainsi partiellement admis, la suppression de la rente étant admise dès le 31 mai 2008 et une aide au placement étant accordée. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument de 200 fr. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, annule la décision de l'intimé du 26 mai 2010 en tant qu'elle limite la rente au 28 février 2008 et refuse toute mesure professionnelle.
3. Confirme la décision pour le surplus.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2005 au 31 mai 2008 et à une mesure d'aide au placement.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une aide au placement et examen des conditions d'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité de procédure en faveur de la recourante limitée à 1'500 fr.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

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