

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2646/2007

ATAS/321/2008

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 18 mars 2008

En la cause

Madame P_____, domiciliée à VERNIER, représentée par
CAP Protection Juridique, Me Jean-Martin DROZ

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Mme P_____ (ci-après : l'assurée), mariée, mère de deux enfants nés en 1976 et 1982, de nationalité italienne, titulaire d'une autorisation d'établissement C, est arrivée en Suisse en mai 1972.
2. Depuis le 1^{er} avril 1988, elle a travaillé comme auxiliaire gainière auprès de X_____ SA à raison de 8 heures par jour, 5 jours par semaine (depuis le 21 mars 2000) pour un salaire dès le 1^{er} janvier 2003 de 3'401 fr mensuel.
3. Le 30 avril 2002, l'assurée a chuté sur le dos et subi un hématome au niveau lombaire bas.
4. Elle a été en incapacité de travail à 100% du 30 avril au 20 juillet 2002, puis dès le 20 novembre 2002, l'assurée a été en incapacité de travail totale.
5. Le 5 décembre 2002, l'assurée a été opérée par le Dr A_____, FMH en chirurgie, pour un syndrome du tunnel carpien gauche et un kyste au troisième doigt de la main droite.
6. Les 11 octobre 2002, 2 décembre 2002 et 14 février 2003, l'assurée s'est soumise à respectivement un cat-scan de la colonne lombaire, une scintigraphie osseuse et un Rayon X de la colonne lombo-pelvienne.
7. Le 17 janvier 2003, le Dr A_____ a mentionné un tunnel carpien gauche et un kyste-synovial de la main droite, opérés.
8. Le 6 février 2003, le Dr A_____ a attesté d'une incapacité de travail de durée indéterminée, selon l'évolution.
9. A la demande du Dr B_____, le Dr C_____, spécialiste FMH en neurologie, a examiné l'assurée et mentionné le 17 février 2003 qu'elle présentait une douleur localisée constante suite à sa chute sur le dos le 30 mai 2002, d'origine incertaine.

L'arthrose L4-L5 très avancée, décelée au cat-scan pourrait être responsable d'une instabilité de la colonne lombaire inférieure bien qu'un spondylolisthésis ne soit pas décelable. Il est possible qu'il s'agisse du problème d'instabilité précité et le bilan devait être complété par des radiographies fonctionnelles.
10. Le 11 mai 2003, la Dresse D_____ - FMH chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main - a adressé l'assurée au Dr E_____ en notant un net manque de force au niveau de la main opérée avec une cicatrice douloureuse. Il n'y avait pas de rhizarthrose à la radiographie.
11. Le 16 mai 2003, le Dr E_____ a conclu, suite à un EMG, "qu'il y avait une stricte normalité de la latence motrice distale du nerf médian gauche, du point de

vue neurographique. Les vitesses de conduction sensitive du médian gauche (chaque collatérale ayant été testée isolément) sont également parfaitement normales. Au plan myographique, aucun signe de dénervation constaté dans le thénar gauche. Même remarque concernant le territoire distal du cubital gauche".

12. Le 19 mai 2003, le Dr F_____, FMH médecine interne-rhumatologie, a rendu une expertise à la demande de l'assurance-maladie.

Il note que la patiente se plaint de douleurs au poignet gauche, avec difficulté à le fléchir/étendre, impression de moins de force et douleurs nocturnes. Il pose le diagnostic de suspicion d'algoneurodystrophie du poignet gauche suite à une cure du tunnel carpien, HTA traitée. L'évolution est lentement favorable et une reprise du travail devrait pouvoir intervenir dans un maximum de trois à quatre mois.

13. L'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 30 juin 2003.
14. Le 30 septembre 2003, la Dresse D_____ a mentionné qu'il n'y avait pas d'amélioration du status local et qu'une IRM était prévue.
15. Une IRM du poignet gauche du 6 octobre 2003 conclut à "un remodelé post-opératoire sous forme d'une cicatrice fibreuse cutanée et sous cutanée en regard de la partie basse du tunnel carpien. Hormis ceci, absence de collection liquidienne, de prise de contraste anormale, ou de phénomène de masse décelable dans le tunnel carpien. Le nerf médian est discrètement irrégulier, dans sa partie distale du côté gauche vraisemblablement en raison d'une petite fibrose post-opératoire, périphérique mais sans anomalie de son signal notamment sans prise de contraste ou argument en faveur d'un oedème. Absence d'anomalie des os du carpe visualisés ou des tendons des fléchisseurs des doigts".
16. Le 15 octobre 2003, le Dr F_____, médecin-conseil de l'assurance-maladie a réexaminé l'assurée le 13 octobre 2003. Il relève que les investigations (IRM du 6 octobre 2003 et examen neurologique après du Dr E_____) ne montrent rien de particulier. Le diagnostic est celui de suspicion d'une algoneurodystrophie du poignet gauche et status après cure d'un syndrome du tunnel carpien gauche. L'arrêt de travail était toujours justifié et il proposait d'effectuer une scintigraphie osseuse.
17. Une scintigraphie osseuse des mains du 24 octobre 2003 conclut à "une légère hypoactivité globale de la main gauche en temps précoce par rapport au côté opposé, étant également présente en phase de captation osseuse. Ce tableau peut s'observer dans le cadre d'un stade tardif d'algodystrophie, ou tout simplement être lié à une immobilisation antalgique de la main gauche".
18. Le 3 décembre 2003, la Dresse D_____ a rempli un rapport médical pour l'assureur-maladie dans lequel elle relève qu'il y a une persistance des douleurs suite à l'intervention du tunnel carpien, qu'il n'y a pas de traitement à proposer et

que l'état va probablement se stabiliser avec persistance d'un état douloureux, une reprise de travail n'étant pas prévue.

19. Le 9 décembre 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison de douleurs à la main gauche et à la colonne vertébrale.
20. Le 11 janvier 2004, la Dresse D_____ a rempli un rapport médical AI. Elle suivait l'assurée depuis le 6 mai 2003. Elle diagnostique un status post-intervention d'un tunnel carpien à gauche avec algodystrophie dans les suites. L'intervention avait eu lieu le 5 décembre 2002 et l'assurée était en incapacité de travail totale depuis cette date. Des douleurs dans le talon de la main persistaient et empêchaient la reprise de l'ancienne activité. L'état se stabilisait depuis quelques mois mais une amélioration de l'état actuel était peu probable. Un travail adapté était possible, soit ne nécessitant pas de force ni l'utilisation de la pince D1-D2 de la main gauche, ni un travail répétitif pour la main gauche et dans un environnement au froid.
21. Le 5 février 2004, le Dr B_____ a rempli un rapport médical AI dans lequel il expose qu'il suit l'assurée depuis le 22 novembre 2002 et diagnostique une lombalgie chronique invalidante post-traumatique sur la base d'une spondylolyse isthmique unilatérale traumatique de L5 gauche, arthrose facettaire L4-L5 gauche, arthralgie du poignet gauche invalidante depuis le 30 avril 2002 (suspicion de maladie professionnelle), status post-cure de tunnel carpien gauche. Etat anxio-dépressif depuis 2003.

L'incapacité de travail était de 100% du 30 avril au 3 juin 2002, 50% du 4 juin au 20 juillet 2002, 0% du 21 juillet au 19 novembre 2002 et de 100% dès le 20 novembre 2002.

Il relève que l'assurée se plaint de "douleurs chroniques invalidantes, insomniantes, irradiant dans la jambe droite. Impossibilité de marcher plus de 15 minutes, de rester debout ou assise plus de 15 minutes sans ressentir de douleurs. Fréquentes douleurs et lancées dans le poignet gauche avec manque de force. Idées tristes, crises de larmes, voit la vie en noir (voir avec son psychiatre). Manque de concentration et de mémoire". L'ancienne activité n'était plus exigible, ni aucune autre activité en raison de l'impossibilité de rester plus de 15 minutes dans la même position, d'un manque de concentration et de mémoire.

22. Le 7 mai 2004, le Dr G_____, médecine interne FMH, a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail une HTA, des migraines et une hypoacousie gauche depuis 2000. Il avait suivi la patiente du 5 septembre 1999 au 18 novembre 2002.
23. Le 26 janvier 2005, les Drs H_____ et I_____ du Service médical régional AI (SMR) estiment qu'un examen bi-disciplinaire est nécessaire.

24. Le 19 juillet 2005, les Drs J _____, médecine physique et rééducation FMH, et K _____, psychiatre FMH du SMR, ont effectué un examen de l'assurée.

Dans leur rapport du 16 août 2005, ils relèvent que l'assurée se plaint de douleurs permanentes au poignet, avec des pics algiques et des lombalgies basses à droite à la suite de sa chute le 30 avril 2002 (citée le 20 avril 2002 dans l'anamnèse). Les diagnostics posés sont les suivants :

Avec répercussion sur la capacité de travail : aucun diagnostic psychiatrique, douleurs chroniques de la main gauche avec un status après cure de canal carpien gauche le 5 décembre 2002, lombalgies chroniques anamnestiques sur troubles dégénératifs M54.5. Sans répercussion sur la capacité de travail : notion anamnestique d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive (F43.22), aucun du point de vue somatique.

La situation actuelle de la patiente n'autorisait pas à poser un diagnostic psychiatrique, l'attitude de retrait de l'assurée dans le cadre de son travail étant plutôt liée à un désinvestissement existentiel qui n'avait pas valeur de maladie. Il n'y avait pas d'atteinte neurologique, ni de signe d'irritation ou d'atteinte radiculaire au niveau lombaire, la mobilité du rachis étant conservée. Il existait des troubles dégénératifs L4-L5 - L5-S1 avec discopathie et protrusion discale médiane, paramédiane à prédominance droite associées à une arthrose au niveau facettaire. L'assurée n'avait pas spontanément fait état de cette symptomatologie. S'agissant du poignet gauche, il n'y avait pas de signe en faveur d'une algoneurodystrophie mais un syndrome algique post-opératoire, sans explication raisonnable. Il n'y avait ainsi aucune pathologie objective et tout au plus une incapacité de travail de 50% dans son ancienne activité. Dans une activité adaptée, à faible charge répétitive, la capacité de travail était entière. La problématique lombaire n'était plus présente et il existait un syndrome d'exagération verbale de la part de l'assurée.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : absence de port de charges supérieures à 2,5 kg, au niveau du membre supérieur gauche, absence de mobilité répétitive ou de gestuelle fine de la main gauche, absence de travaux en force au niveau du membre supérieur gauche, absence de mobilité répétitive ou de gestuelle fine de la main gauche, absence de travaux en force au niveau de la main gauche. Pas de position statique assise au-delà de deux heures. Pas de position statique debout au-delà d'une heure.

L'incapacité de travail dans l'ancienne activité était de 100% du 8 novembre 2002 au 31 octobre 2003 puis de 50%. Depuis le 1^{er} novembre 2003, une activité adaptée à 100% était possible.

25. Par une décision du 17 janvier 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a octroyé à l'assurée des mesures d'ordre professionnel, soit un réentraînement au travail dans le cadre de la fondation PRO.

26. Le 19 janvier 2006, la réadaptation professionnelle a rendu un rapport dans lequel elle estime le degré d'invalidité de l'assurée à 20,32% et propose en conséquence un stage dans le cadre de la fondation PRO à 50%.
27. Le 13 février 2006, l'assurée a débuté un stage de trois mois auprès de la fondation PRO.
28. Par décision du 24 avril 2006, l'OCAI a pris en charge les frais de réentraînement au travail, prolongé du 8 mai au 30 juillet 2006.
29. Dès le 10 mai 2006, le Dr B_____ a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assurée pour une durée de deux semaines environ, puis le 28 juin 2006, le Dr L_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'une incapacité totale de travail dès le 20 juin 2006.
30. Le 11 juillet 2006, la réadaptation professionnelle a relevé que les premiers trois mois s'étaient passés dans des conditions plutôt convenables. Lorsqu'il avait été question d'une augmentation du taux de présence de 50% à 75%, l'assurée n'avait pas supporté l'idée et la réalité de ce retour à une activité professionnelle et avait été incapable de travailler selon le Dr B_____. Elle avait uniquement repris trois jours de stage après deux semaines d'arrêt. L'assurée avait estimé qu'elle ne pouvait reprendre aucune activité. Le 20 juin 2006, le Dr L_____ avait certifié d'une incapacité de travail à durée indéterminée. En l'état, des mesures d'aide professionnelle n'avaient plus lieu d'être. Elle a confirmé un taux d'invalidité de 20%.
31. Le rapport d'évaluation du 14 août 2006 de l'entreprise Y_____ relève que le taux de présence de l'assurée est de 45%, étant notamment absente durant les six dernières semaines de stage.

S'agissant des aptitudes personnelles, elle ne peut faire que de la petite manutention. Elle perd en autonomie au fil du stage puisqu'il y a de nombreuses activités qu'elle n'arrive pas à faire. Son rendement a diminué de 80% au début de stage à 20% durant ses dernières semaines de présence, avec un taux d'activité de 50%. Son point faible est la dégradation de son état de santé, tant au niveau physique que psychique, ce qui a un impact très important sur sa capacité de travail: celle-ci est quasiment inexistante lors de ses dernières semaines de présence. Quand elle travaille, l'assurée fait les choses du mieux qu'elle le peut, ce qui se voit dans la qualité de son travail. Elle est très exigeante avec elle-même. Elle ne supporte pas de ne plus pouvoir travailler comme avant. Elle se sent inutile et incapable, ce qui génère un sentiment de frustration. Plus le stage avance, plus elle a de la peine à s'insérer dans le processus de production car elle est totalement repliée sur ses difficultés. Elle semble baisser les bras en raison des douleurs et son moral descend de plus en plus bas. Elle n'arrive plus à s'impliquer dans le stage.

En conclusion, actuellement, l'assurée ne paraît pas en état de reprendre une activité professionnelle, tant physiquement que moralement. En raison de son dernier arrêt de travail à 100% de durée indéterminée, la mesure n'a pas été prolongée, en accord avec l'OCAI, d'autant plus que le taux d'activité n'avait pas pu être augmenté comme prévu. Dans la situation présente, la poursuite de mesures professionnelles n'est pas opportune. En effet, l'assurée n'est pas dans une dynamique de reprise d'une activité. Elle a tenté de faire le stage, mais elle s'est rapidement heurtée à ses limitations et elle estime qu'il n'est pas possible pour elle de retravailler, même dans des activités physiquement légères.

32. Le 23 octobre 2006, le Dr L_____ a rempli un rapport médical AI. Il diagnostique des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F 41.02) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F. 45.4). Il suivait l'assurée depuis le 20 juin 2006. Depuis ces derniers mois, l'état psychique de la patiente s'était progressivement aggravé, avec un trouble important du sommeil, une fatigabilité, un manque de concentration, des troubles de la mémoire et un état d'isolement. C'est ainsi qu'elle lui avait été adressée en juin 2006.

La patiente souffrait de troubles du sommeil, de fatigue morale et physique, d'angoisse, de tristesse, de maux de tête, de manque de concentration, de troubles de la mémoire, de douleurs physiques généralisées, d'un manque d'envie d'accomplir les tâches quotidiennes. Elle ne pouvait travailler qu'à 50% dans une profession adaptée. Elle présentait une humeur déprimée, perte d'intérêt et de plaisir, diminution de l'énergie et fatigabilité accrue, altération de la capacité à penser et à se concentrer, perturbation du sommeil, souvent en larmes, pessimiste au sujet du futur, sentiment de désespoir, incapacité de faire face aux responsabilités habituelles, symptômes anxieux d'origine autonome, plaintes physiques multiples et variables sans qu'aucune affection psychique ne les explique.

33. Le 6 novembre 2006, le Dr B_____ a informé l'OCAI que l'assurée souffrait principalement d'un problème psychique traité par le Dr L_____.
34. Le 3 décembre 2006, la Dresse D_____ a attesté d'un état douloureux chronique au poignet gauche en status post-intervention pour tunnel carpien en 2002 avec algodystrophie dans les suites opératoires et d'un épitrochléite et épicondylite au coude droit. Il n'était actuellement plus possible d'envisager un travail comme gainière. Les limitations fonctionnelles étaient surtout un manque de force (difficile à objectiver) et une limitation de l'utilisation de la main pour raison antalgique avec exclusion partielle de la main gauche. Il était difficile d'évaluer jusqu'à quel degré les douleurs étaient en relation avec l'intervention effectuée par le Dr A_____ et elle ne pouvait en aucun cas répondre de façon neutre à cette question, connaissant l'assurée depuis trop longtemps. Si celle-ci souhaitait avoir un avis neutre il existait la possibilité de demander une expertise extrajudiciaire à la FMH. Pour une expertise concernant les prestations AI par contre, il était important

que l'assurée soit vue par un médecin capable d'évaluer l'ensemble de ses plaintes de préférence un rhumatologue et interniste.

35. Le 26 mars 2007, le SMR a relevé que les troubles anxieux et dépressifs mixtes étaient d'intensité légère et que le rapport du SMR du 31 août 2005 restait dès lors valable.
36. Par projet de décision du 28 mars 2007, l'OCAI a refusé des mesures professionnelles et une rente à l'assurée puisque celle-ci se considérait inapte à reprendre une activité et que le degré d'invalidité était de 20,32% arrondi à 20%, fondé sur le revenu annuel 2003 de l'assurée de 44'897 fr, comparé au revenu théorique 2003 de 35'773 fr (issu des ESS 2002, TA1, niveau 4, pour un horaire hebdomadaire de 41,7 heures, adapté en 2003 et diminué de 25%).
37. Le 11 avril 2007, l'assurée a été entendue dans le cadre d'un entretien à l'OCAI. Le gestionnaire a constaté que le bras gauche de l'assurée était gonflé avec un hématome. L'assurée a relevé que lors de l'examen au SMR elle s'était sentie intimidée n'osant pas bouger de sa chaise, bien qu'elle en avait ressenti le besoin. Elle avait été surprise que les médecins du SMR aient constaté qu'elle avait pu rester assise durant l'entretien sans bouger.
38. Le 9 mai 2007, l'assurée représentée par la CAP compagnie d'assurances de protection juridique SA, a fait des observations.

Le SMR admettait qu'elle souffrait d'un point de vue somatique d'atteintes objectives à la santé (dans les diagnostics) mais refusait curieusement toute conséquence sur la capacité de travail. Par ailleurs, il lui était reproché de ne pas avoir été assez plaintive alors qu'elle avait été intimidée. D'un point de vue psychiatrique elle souffrait de troubles anxieux et dépressif mixtes et d'un trouble somatoforme douloureux persistant, de désorientation et de troubles de la mémoire. Or, le SMR ne l'avait pas réexaminée avant de rendre son second avis, en particulier les conditions relatives au caractère invalidant du syndrome douloureux n'avaient pas été examinées. Le stage mis en place n'était pas en adéquation avec son état de santé. Sa situation s'était aggravée depuis l'examen au SMR. Une expertise médicale pluridisciplinaire était nécessaire. Elle concluait à l'octroi, d'une rente entière dès le 1^{er} novembre 2003.

39. Le 21 mai 2007, les Drs H_____ et M_____ du SMR ont estimé qu'il n'y avait aucun nouvel élément permettant de s'écarter de l'appréciation du 31 août 2005.
40. Par décision du 30 mai 2007, l'OCAI a confirmé son refus de mesure professionnelle et de rente.

41. Le 16 juin 2007, la Dresse N_____, FMH médecine interne rhumatologie, a attesté qu'elle avait examiné l'assurée les 20 octobre, 9 novembre 2006 et 11 juin 2007.

La patiente présentait depuis plus d'un an une épicondylite à droite, très invalidante et rebelle à tout traitement jusqu'à présent. Elle signale également des douleurs résiduelles de la main gauche, suite à une intervention du tunnel carpien à gauche avec un début d'arthrose du pouce et un deuxième doigt à ressaut. Elle est également connue pour des lombalgies de longue date sur troubles dégénératifs.

En raison de tous ces problèmes, elle ne peut plus exercer son activité précédente, c'est-à-dire gainière. Ce travail nécessite l'utilisation prolongée et répétée des mains ainsi que des membres supérieurs, ce qu'elle ne peut plus faire. Dans une autre activité, elle est également limitée en position assise prolongée et dans l'utilisation de ses mains.

42. Le 4 juillet 2007, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision de l'OCAI du 30 mai 2007 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales.

Elle relève que les médecins du SMR se contredisent dans leurs conclusions dès lors qu'ils admettent des troubles somatiques et n'expliquent pas comment elle avait retrouvé sa capacité de travail de 50% comme gainière, ce d'autant que la Dresse D_____ attestait d'une incapacité de travail totale dans cette profession.

Par ailleurs, ils retenaient un syndrome d'exagération verbale tout en notant qu'elle ne s'était pas plainte spontanément de ses lombalgies, ce qui était contradictoire. Elle concluait préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ou au renvoi de la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire et, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} novembre 2003.

43. Le 23 juillet 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

Le Dr C_____ avait constaté, contrairement au Dr B_____, l'absence d'irradiation de douleurs au niveau des membres inférieurs et une mémoire conservée. Le Dr DE G_____ n'attestait d'aucune affection justifiant une incapacité de travail. Les atteintes somatiques constatées par le SMR avaient toutes des répercussions sur la capacité de travail. Globalement, il avait été constaté une discordance des plaintes avec les constatations objectives et donc une exagération verbale. La capacité de travail de 50% avait été motivée par le SMR. Le SMR avait déjà tenu compte, lors de son examen, des troubles anxieux et dépressif mixtes ainsi qu'évoqué une pathologie de type fibromyalgie.

Quant au stage, l'assurée s'était purement braquée, ce qui démontrait qu'elle ne pouvait accepter l'idée de retravailler. La Dresse N_____ ne faisait que reprendre les plaintes de l'assurée. Le dossier était suffisamment instruit.

44. Le 27 novembre 2007, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise aux Drs O_____, rhumatologue, et Q_____, psychiatre.
45. Le 5 décembre 2007, la recourante a déclaré être d'accord avec les experts choisis et la mission d'expertise.
46. Le 14 décembre 2007, l'intimé a transmis un avis du SMR du 11 décembre 2007 selon lequel une expertise bidisciplinaire nouvelle n'apporterait pas d'éléments nouveaux, qu'il aurait été préférable de la confier à des experts capables de réaliser des expertises conjointes et que l'avis du Dr L_____ aurait dû être demandé préalablement.
47. L'ordonnance d'expertise a été notifiée le 28 janvier 2008.
48. Le 4 février 2008, le Dr O_____ a retourné le dossier au Tribunal de céans en expliquant qu'il ne pouvait pas assumer l'expertise.
49. Le 19 février 2008, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait dès lors confier l'expertise au Prof. R_____, expert que la recourante a accepté le 21 février 2008.
50. Le 4 mars 2008, l'OCAI a relevé que le Prof. R_____ ne figurait plus dans la liste de médecins en activité et a estimé qu'une expertise bidisciplinaire dans un COMAI ou au BREM à Vevey serait plus appropriée.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 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). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans

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

En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 9 décembre 2003. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Le 1^{er} juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.
 - b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 28 mars 2007, qui a été confirmé par la décision du 30 mai 2007, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 4 juillet 2007.
 - c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
4. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. 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).
6. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.»

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

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

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

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

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement

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

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

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

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

d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

e) 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)

9. 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 malade 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). 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 encore 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).

Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

10. 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).

11. Dans le cas d'espèce, d'une part, le SMR a estimé que la recourante était capable de travailler à 50% dans l'activité de gainière et à 100% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} novembre 2003, alors que, d'autre part, le Dr L_____ a fait état de limitations psychiques entraînant une incapacité de travail à 50%, le rapport d'évaluation de l'entreprise PRO a attesté d'une incapacité de la recourante à reprendre une activité professionnelle tant physiquement que moralement, le Dr B_____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 20 novembre 2002 et les Desses N et D_____ ont exclu l'exigibilité du travail de gainière.

Pour ces raisons, il convient d'ordonner une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et rhumatologique. Pour répondre aux observations de l'intimé, il convient de constater que la mission d'expertise transmise aux parties le 27 novembre 2007 comprend bien une appréciation consensuelle du cas par les deux experts choisis.

12. Cette expertise sera confiée au Prof. R_____, lequel exerce encore auprès d'un Groupe médical, selon l'information téléphonique requise par le Tribunal de céans le 10 mars 2008, et au Dr Q_____, médecin spécialiste en psychiatrie adulte.

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Prof. R_____ et au Dr Q_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :

A. Du point de vue psychiatrique :

- a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
- b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme P_____.
- c. Examiner Mme P_____.
- d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
- e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
- f. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme P_____ d'un point de vue psychiatrique ?
- g. En cas de trouble psychique :
 1. Quel est le degré de gravité de celui-ci ?
 2. Depuis quelle date est-il présent chez Mme P_____ ?
 3. Comment a-t-il évolué ?
 4. Quel traitement est-il indiqué ? Mme P_____ suit-elle un traitement adéquat ?
 5. Y a-t-il une amélioration possible à court/moyen terme ?

6. En particulier, Mme P_____ présente-t-elle un syndrome d'exagération verbale ?
- h. Existe-t-il un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie ?
Si oui :
 1. Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui de quelle importance ? Ce trouble psychique a-t-il valeur de maladie en tant que telle ou doit-il être considéré uniquement comme une manifestation réactive au trouble somatoforme douloureux, non constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome ?
 2. Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?
 3. Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
 4. Mme P_____ subit-elle une perte d'intégration sociale au sens du considérant 10 d) et, cas échéant, dans quelle mesure et de quelle manière ?
 5. Existe-t-il chez Mme P_____ un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), au sens du considérant 10 c)?
 6. Constatez-vous l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conforme aux règles de l'art ?
 7. Dans quelle mesure peut-on exiger de Mme P_____ qu'elle mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?
 8. En d'autres termes, Mme P_____ dispose-t-elle, et si oui dans quelle mesure, de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ?
- i. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 4 juillet 2007 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ?

B. Du point de vue rhumatologique :

- a. Prendre connaissance du dossier.
- b. Si nécessaire prendre tous les renseignements auprès des médecins ayant traité Mme P_____.

- c. Examiner Mme P_____.
 - d. Si nécessaire ordonner d'autres examens (par exemple radiologiques).
 - e. Quelle est l'atteinte à la santé, d'un point de vue somatique ?
 - f. L'atteinte à la santé est-elle objectivable ?
 - g. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
 - h. Existe-t-il chez Mme P_____ des affections corporelles chroniques ?
 - i. Existe-t-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
 - j. Quels sont les traitements encore possibles ?
 - k. Y-a-t-il eu échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art ?
1. 1. D'un point de vue somatique, Mme P_____ est-elle capable d'exercer une activité professionnelle ? Si oui, quel genre d'activité, à quel taux et depuis quelle date ? Si non, depuis quelle date ?
 2. L'activité de gainière est-elle encore exigible ?
 3. Etes-vous d'accord avec la conclusion du SMR, selon laquelle Mme P_____ est capable d'exercer une activité adaptée à 100 % dès le 1^{er} novembre 2003 ? Si non, pourquoi ?
 4. Etes-vous d'accord avec l'appréciation de la Dresse N_____ selon laquelle Mme P_____ est limitée dans toute activité en position assise prolongée et dans l'utilisation de ses mains ? Si non, pourquoi ?

C. Appréciation consensuelle du cas :

- Compte tenu de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, dans quelle mesure peut-on exiger de Mme P_____ qu'elle mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail ?
- En d'autres termes, Mme P_____ dispose-t-elle, et si oui dans quelle mesure, de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs aux fins d'exercer une activité lucrative ? Cas échéant, quelle activité, à quel taux et depuis quelle date pourrait-elle l'exercer ?
- Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?
- Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.
-

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Valérie MONTANI

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