

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2646/2007

ATAS/258/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 8 mars 2010**

En la cause

Madame P \_\_\_\_\_, domiciliée à VERNIER, représentée par  
CAP Protection Juridique, Me Martin DROZ

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Mme P\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1951, 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 Ennio COCCO, 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<sup>er</sup> novembre 2003, une activité adaptée à 100% était possible.

25. Par une décision du 17 janvier 2006, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) 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%. Le revenu sans invalidité 2003 était de 44'897 fr. Quant au revenu d'invalidité, il était fondé sur l'ESS 2002 (TA1 - n° 30-32 - niveau 4), adapté à 41,7 heures de travail hebdomadaire, adapté ensuite à l'année 2003 et déduit de 25 %, soit 35'773 fr. La déduction de 25 % correspondait à 5 % en raison de l'âge, 10 % pour la perte de dextérité et 10 % pour la perte de rendement.
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'OAI 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 K \_\_\_\_\_, 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 K \_\_\_\_\_ 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 PRO 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'OAI, 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 K\_\_\_\_\_ 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'OAI que l'assurée souffrait principalement d'un problème psychique traité par le Dr K\_\_\_\_\_.
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 ganière. 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'OAI 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'OAI. 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<sup>er</sup> novembre 2003.

39. Le 21 mai 2007, les Drs H\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ 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'OAI a confirmé son refus de mesure professionnelle et de rente.

41. Le 16 juin 2007, la Dresse M\_\_\_\_\_, 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'OAI 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'OAI pour instruction complémentaire et, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2003.

43. Le 23 juillet 2007, l'OAI 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 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 M\_\_\_\_\_ 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 N\_\_\_\_\_, rhumatologue, et O\_\_\_\_\_, 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 K\_\_\_\_\_ aurait dû être demandé préalablement.
47. L'ordonnance d'expertise a été notifiée le 28 janvier 2008.
48. Le 4 février 2008, le Dr N\_\_\_\_\_ 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. Q\_\_\_\_\_, expert que la recourante a accepté le 21 février 2008.
50. Le 4 mars 2008, l'OAI a relevé que le Prof. Q\_\_\_\_\_ 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.
51. Par ordonnance du 18 mars 2008, le Tribunal de céans a confié une expertise bidisciplinaire aux Drs O\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_.
52. a) Le 3 septembre 2008, le Dr O\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise fondé notamment sur les consultations des 18 et 23 juin 2008 et un entretien d'appréciation consensuelle avec le Dr Q\_\_\_\_\_ du 26 août 2008.

L'assurée se plaignait de lombalgies et de douleurs au poignet gauche, de changement de sa personnalité, de repli sur soi, d'humeur fluctuante, de sommeil agité, et de perte de plaisir. L'expert pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de F45.4 syndrome douloureux somatoforme persistant et F32.00 épisode dépressif léger (sans syndrome somatique) et sans répercussion sur la capacité de travail, de F68.0 majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il relève que le syndrome douloureux somatoforme persistant est d'un degré de gravité relativement sévère, dans la mesure où l'activité psychique est entièrement obnubilée par la douleur, qui par ailleurs réduit considérablement les activités domestiques de l'expertisée. La dépression majeure est actuellement d'un degré de gravité léger; elle est réactionnelle aux douleurs chroniques (lombalgies, douleurs post-cure de canal carpien gauche, douleurs dans le coude droit) et elle constitue, en retour, un facteur d'aggravation du syndrome douloureux.

Le syndrome douloureux était apparu en novembre 2002 et s'était amplifié et l'épisode dépressif était apparu en juin 2006. Le traitement était adéquat et il n'y avait pas d'amélioration possible à court/moyen terme.

Il y avait chez l'assurée une tendance à l'exagération et la dramatisation qui justifiaient le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Le trouble dépressif n'était pas une comorbidité autonome car il était réactif au syndrome douloureux chronique.

L'assurée ne subissait pas de perte d'intégration sociale, ni d'état psychique cristallisé mais les traitements proposés avaient échoués. Etait exigible un effort de volonté aux fins d'exercer une activité lucrative adaptée aux limitations physiques et à temps partiel.

b) Le 10 juin 2008, le Dr Q\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise fondé notamment sur les consultations des 27 mai et 17 juin 2008 et une appréciation consensuelle du cas avec le Dr O\_\_\_\_\_ le 26 août 2008.

L'expert relève que l'assurée se plaint de douleur lombaire basse localisée L5-S1 gauche, du talon de main gauche, de fourmillement et de faiblesse quasi constants, de démangeaisons sur la cicatrice du poignet, de décharge au niveau de poignet jusqu'au coude gauche et d'une douleur à l'épicondyle droit.

Il pose le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, de douleurs chroniques de la main gauche (status après cure de canal carpien gauche le 5 décembre 2002), épicondylite du coude droit depuis 3 à 4 ans et lombalgies chroniques anamnestiques sur troubles dégénératifs.

Il existait essentiellement au niveau de la main gauche un syndrome algique postopératoire non objectivable, au niveau de la colonne lombaire un trouble dégénératif modéré, exacerbé par un traumatisme et une épicondylite droite, symptomatique lors de certains mouvements.

Il fallait retenir une discordance entre certaines plaintes alléguées et les constatations objectives et un certain degré d'exagération verbale.

S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert relève qu'il existe une diminution de la force musculaire de la main gauche par rapport à la main droite mise en évidence par le test au dynamomètre. Par ailleurs, la douleur et les sensations de fourmillements quasi permanentes ne permettaient plus une activité fonctionnelle du poignet et de la main gauche. Le coude droit était diminué dans sa fonction de flexion et d'extension lors de travaux ménagers. La douleur lombaire L5-S1 gauche avait une influence sur les mouvements de flexion du rachis.

Les traitements pour le syndrome du canal carpien et ses séquelles ainsi que pour l'épicondylite avaient échoué et des infiltrations au niveau lombaire, deux fois par an, semblaient circonscrire la douleur.

La capacité à exercer une activité était réduite : elle était nulle pour son membre supérieur gauche, mais n'était pas nulle pour son membre supérieur droit. Le problème lombaire très localisé permettait des stations assise et debout alternées. L'expert a relevé que le rapport d'expertise du SMR, du 19 juillet 2005, avait conclu à une capacité de travail totale dans une activité adaptée, que le rapport de l'OAI du 11 juillet 2006, après un essai de réentraînement au travail, proposait de statuer sur un taux d'invalidité de 20 %, suite aux difficultés apparues lorsqu'il avait été question d'augmenter le taux d'activité de 50 à 75 %. Il pensait donc que depuis cette date (juillet 2006), l'assurée était capable théoriquement d'avoir une activité adaptée de 50 %. L'activité de gainière n'était plus exigible.

Il était d'accord avec l'avis du SMR selon lequel l'assurée était capable d'exercer une activité adaptée à 100 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2003 mais pas avec celle de la Dresse M\_\_\_\_\_ dans la mesure où celle-ci déclarait l'assurée limitée dans toutes ses activités en position assise prolongée et dans l'utilisation de ses mains, car l'assurée pouvait en réalité alterner la position assise et debout.

c) Dans l'appréciation consensuelle du cas, les experts ont conclu que la recourante disposait de ressources psychiques réduites mais non nulles lui permettant de surmonter ses douleurs pour exercer une activité lucrative adaptée à 50 %.

53. Le 30 octobre 2008, l'intimé a transmis un avis de la Dresse R\_\_\_\_\_ du SMR du 8 octobre 2008 et conclu au rejet du recours. Selon cet avis, l'assurée, sur la base de l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_, ne présentait pas une maladie psychique incapacitante. Contrairement à l'avis du Dr O\_\_\_\_\_, on ne pouvait retenir l'échec des traitements puisque le syndrome douloureux somatoforme n'avait pas de traitement curatif. L'assurée ne présentait pas une comorbidité psychiatrique sévère. Il était permis de douter de l'implication de l'assurée dans le stage de réentraînement de sorte que l'expert ne pouvait se baser sur l'échec d'une augmentation du taux de travail au cours du stage pour limiter la capacité de travail à 50 %. Sur le plan somatique, il n'y avait pas d'explication objective de la symptomatologie algique et l'expert Q\_\_\_\_\_ relevait une exagération verbale mais n'expliquait pas la capacité de travail exigible en fonction des limitations fonctionnelles. Il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions précédentes du SMR.
54. Le 20 novembre 2008, la recourante a observé que le Dr Q\_\_\_\_\_ se contredisait en admettant une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2003 tout en attestant d'une capacité de travail théorique de 50 % dès juillet 2006. Des précisions devaient ainsi lui être demandées à ce sujet. Les conditions jurisprudentielles relatives au caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme persistant étaient réalisées. En effet, elle présentait une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, un processus maladif sans rémission durable, une tendance à se replier sur elle-même, un état psychique qui n'était pas susceptible d'évoluer favorablement et les traitements avaient échoués. Par ailleurs, trois nouveaux avis médicaux attestaient qu'il était

irréaliste de penser qu'elle puisse trouver et reprendre un travail adapté, de sorte qu'elle maintenait ses prétentions à une rente entière de l'assurance-invalidité jusqu'en juillet 2006 et, pour le moins, à une demi-rente au-delà. La recourante a transmis les avis médicaux suivants :

- Un avis du 17 octobre 2008 du Dr K\_\_\_\_\_ attestant d'un état psychique stationnaire et précisant qu'au moment de l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_, l'état psychique de la patiente, qui était fluctuant, s'était amélioré, ce qui ne représentait pas son état habituel; par ailleurs il confirmait la capacité de travail de 50 % posée par le Dr O\_\_\_\_\_. Enfin, la patiente présentait toujours des symptomatologies anxio-dépressives.
- Un avis de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 20 octobre 2008 attestant de recrudescence des lombalgies en octobre 2006, toujours présentes actuellement et nécessitant régulièrement des infiltrations. Un scanner de 2002 avait montré d'importants troubles dégénératifs des articulaires postérieurs surtout L4-L5. Il était difficile d'imaginer une activité adaptée sans utilisation du membre supérieur gauche, avec changement régulier de position, également compte tenu de l'âge de la patiente et de sa formation.
- Un avis du 26 octobre 2008 de la Dresse D\_\_\_\_\_ déclarant se rallier aux conclusions des Drs O\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, tout en relevant que divers facteurs (conjoncture difficile, état psychologique de la patiente) ainsi que l'aggravation de l'état douloureux depuis 2003 mettraient en échec une capacité de travail à 50 %.

55. A la demande du Tribunal de céans, le Dr Q\_\_\_\_\_ a rendu le 2 décembre 2008 un complément d'expertise.

Il a précisé que la limitation fonctionnelle du poignet et de la main était plausible même s'il était difficile d'expliquer cette symptomatologie; il existait néanmoins un syndrome algique et une réaction hyperesthésique au niveau de la main gauche responsable de la limitation fonctionnelle qui pourrait être une séquelle de l'intervention et de l'algodystrophie. La limitation du coude droit n'était en revanche pas plausible.

Du point de vue de la capacité de travail, elle était de 100 % du 1<sup>er</sup> novembre 2003 à juillet 2006, selon l'avis du SMR du 19 juillet 2005, et par la suite de 50 % dès lors que certaines difficultés étaient apparues au moment de l'essai de réentraînement au travail à l'OAI. Il était difficile d'admettre que l'assurée puisse travailler à 100 % car sa capacité était en particulier nulle pour exercer une activité avec le membre supérieur gauche. Les facteurs psychiques, associés à la limitation totale du poignet et de la main gauche expliquaient pourquoi l'assurée n'était pas capable de travailler à 100 %.

56. Par arrêt du 5 janvier 2009 (ATAS/2/2009), le Tribunal de céans a partiellement admis le recours, annulé la décision de l'OAI du 30 mai 2007 et renvoyé la cause à ce dernier pour nouvelle décision au sens des considérants. Il a considéré que bien que l'échec de l'augmentation du taux d'activité de 50 à 75 % était dû à l'état psychique de la recourante, la période du stage pouvait néanmoins être retenue comme départ de l'incapacité de travail de 50 % fixée par le Dr Q\_\_\_\_\_ pour des raisons somatiques car le rapport d'évaluation de la fondation PRO avait constaté des difficultés liées aux aptitudes nouvelles de la recourante en tous les cas depuis le 15 mars 2006, en accord avec les limitations fonctionnelles constatées par le Dr Q\_\_\_\_\_. En revanche, le syndrome douloureux somatoforme persistant et l'état dépressif léger n'étaient pas invalidants. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2003, la recourante présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée et de 50 % depuis le 15 mars 2006.
57. Le 10 février 2009, l'OAI a recouru à l'encontre de l'arrêt précité auprès du Tribunal fédéral en concluant à son annulation. Il a fait valoir qu'il n'avait pas pu se prononcer sur le complément d'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_ du 2 décembre 2008 en violation de son droit d'être entendu. Sur le fond, il n'y avait dans le rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ aucune raison médicale objective justifiant la diminution de la capacité de travail de l'assurée à 50 % depuis juillet 2006.
58. Le 4 mai 2009, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a conclu à l'admission du recours.
59. Le 25 mars 2009, l'assurée a conclu au rejet du recours.
60. Par jugement du 8 septembre 2009 (9C 138/2009), le Tribunal fédéral a admis le recours, annulé l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales et renvoyé la cause à celui-ci pour statuer à nouveau, en constatant que le droit d'être entendu de l'OAI avait été violé.
61. Le 28 septembre 2009, le Tribunal de céans a repris la procédure et imparti un délai aux parties afin qu'elles se prononcent sur le rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ du 2 décembre 2008.
62. Le 12 octobre 2009, le Dr S\_\_\_\_\_, FMH en médecin interne du SMR, a rendu un avis médical exprimant que le syndrome douloureux somatoforme persistant n'était pas invalidant, qu'il n'y avait pas d'anomalie des examens complémentaires somatiques, que la symptomatologie était plus vraisemblablement subjective et devait être corrélée avec le diagnostic posé par l'expert de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qu'il était communément admis qu'après deux ans, une algodystrophie était guérie et n'occasionnait plus de douleurs, que l'expert avait confirmé qu'il n'existait pas d'élément objectif pour expliquer la symptomatologie, qu'il se contredisait par rapport à son expertise en estimant qu'une capacité de travail à 100 % était impossible en raison de la pathologie du membre supérieur gauche, qu'il mettait en avant un problème

psychique et non somatique pour expliquer l'incapacité de travail, qu'il n'avait constaté aucune limitation fonctionnelle des poignets, hormis une diminution de la force de préhension de la main gauche, laquelle était cependant négligeable pour un travail dans une activité adaptée et ne s'inscrivait pas avec une limitation totale du poignet de la main gauche, que l'examen physique ne démontrait donc pas de pathologie incapacitante.

63. Le 26 octobre 2008, la recourante a maintenu ses conclusions en relevant que l'expert Q\_\_\_\_\_ avait admis les limitations fonctionnelles au poignet et à la main gauche, que le syndrome douloureux somatoforme persistant était invalidant.
64. Le 28 octobre 2009, l'OAI a maintenu ses conclusions sur la base de l'avis du SMR du 12 octobre 2009.
65. A la demande du Tribunal de céans, le Dr Q\_\_\_\_\_ a rendu un complément d'expertise le 24 novembre 2009.

Les limitations fonctionnelles de la recourante étaient les suivantes : une diminution de force de la préhension de la main gauche, une anomalie de la sensibilité tactile de cette même main, une atrophie de l'éminence thénar et une hypersensibilité douloureuse permanente au niveau de la cicatrice de l'intervention pour canal carpien (face palmaire). Il y avait également une fibrose postopératoire. Le syndrome algique et la réaction hyperesthésique au niveau de la main gauche étaient très probablement en rapport avec l'intervention du canal carpien. Seule la partie distale du membre supérieur gauche présentait une incapacité totale d'utilisation. Du point de vue somatique, la capacité de travail était de 20 % depuis juillet 2006.

66. A la demande du Tribunal de céans, le Dr Q\_\_\_\_\_ a précisé le 12 janvier 2010 qu'il s'agissait bien de la capacité de travail de la patiente de 20 % depuis juillet 2006, puis son secrétariat a envoyé le 16 janvier 2010 un courrier rectificatif provisoire selon lequel il s'agissait en réalité d'une incapacité de travail de 20 %, la patiente pouvant travailler à 80 %. Ces pièces ont été transmises aux parties.
67. Le 3 février 2010, la recourante a observé qu'il convenait de demander des explications complémentaires aux deux experts car c'était la première fois que le Dr Q\_\_\_\_\_ mentionnait une capacité de travail de 80 %, sans expliquer comment elle était possible compte tenu de ses atteintes somatiques.
68. Le 29 janvier 2010, la Dresse R\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis médical selon lequel l'hypersensibilité douloureuse n'était pas une limitation fonctionnelle objectivable, tout comme l'anomalie de la sensibilité tactile; l'examen électromyographique étant normal il était curieux de retenir une causalité entre l'intervention et le syndrome algique et la réaction hyperesthésique. La conclusion du Dr Q\_\_\_\_\_ quant à l'incapacité de travail de 20 % démontrait que l'atteinte somatique était mineure.

69. Le 23 février 2010, le Dr Q\_\_\_\_\_ a fait parvenir au Tribunal de céans le courrier rectificatif du 16 janvier 2010 signé par lui-même.
70. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Par arrêt du 8 septembre 2009, le Tribunal fédéral a renvoyé la cause au Tribunal de céans pour nouveau jugement, de sorte que la présente procédure a été reprise.
2. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente d'invalidité.
3. 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 LPG). 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 LPG). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPG).
4. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> 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.».

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, 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).

5. 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<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA). 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'invalidé 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).

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) 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) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) 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).

f) 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*, 2e 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. 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). 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).

8. 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).

9. a) En l'espèce, l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ remplit les exigences jurisprudentielles précitées pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Elle comprend une anamnèse complète, relate les plaintes de la recourante, se fonde sur deux consultations et ses conclusions sont bien motivées.

Le Dr O \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'état dépressif léger (sans syndrome somatique). Il a par ailleurs clairement répondu aux questions permettant de déterminer le caractère invalidant d'un syndrome douloureux somatoforme, de telle sorte que le Tribunal de céans est à même d'appliquer la jurisprudence fédérale précitée afin de déterminer si, en l'espèce, l'on peut exiger de la recourante qu'elle réintègre et, cas échéant à quel taux, le processus de travail (ATF 131 V 49).

A cet égard, le Dr O \_\_\_\_\_ a estimé que le trouble dépressif de gravité légère ne pouvait être considéré comme une comorbidité autonome mais qu'il était à l'évidence réactif au syndrome douloureux chronique. Il n'existe ainsi pas de comorbidité psychiatrique importante. S'agissant des autres critères, il y a lieu de constater que ceux qui sont présents chez la recourante ne se manifestent pas avec un degré tel que l'on puisse admettre que les ressources psychiques de l'assurée sont

limitées et ne lui permettraient plus de surmonter son état, au sens de la jurisprudence précitée. En effet, le Dr O\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il n'existait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, même si la recourante avait tendance à se replier sur elle-même, que l'on ne pouvait admettre un état psychique cristallisé même si celui-ci n'était pas susceptible d'évoluer favorablement au plan thérapeutique. En revanche, les experts ont constaté l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, ainsi que la présence d'affections corporelles chroniques et un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable, soit les affections du membre supérieur gauche et du bas du dos.

Enfin, les experts ont tous deux relevé que la recourante présentait une tendance à l'exagération de la plainte ainsi qu'une attitude démonstrative et qu'il existait une discordance entre ses plaintes et les constatations objectives.

Au vu de ce qui précède, l'on ne saurait retenir, sur la base des deux critères précités et en application de la jurisprudence restrictive du Tribunal fédéral, que la recourante réunit en sa personne suffisamment de critères et de façon assez marquée qui fonderaient un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle, d'un point de vue psychique. Il apparaît ainsi que le syndrome somatoforme douloureux chronique ne se manifeste pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail puisse en raison de cette affection être raisonnablement exigée d'elle.

b) Quant à l'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_ du 10 juin 2008, elle conclut à l'existence d'un syndrome algique postopératoire et une réaction hyperesthésique au niveau de la main gauche, non objectivable hormis une cicatrice fibreuse et un aspect irrégulier du nerf médian au niveau du poignet gauche, un trouble dégénératif modéré de la colonne lombaire et une épicondylite droite sans signe objectivable. Il existait des limitations fonctionnelles soit une diminution de la force musculaire de la main gauche, avec douleurs et sensations de fourmillement, une flexion / extension du coude droit diminuée et une flexion du rachis douloureuse. Une activité était possible en alternant les positions assise / debout. Cette expertise a été complétée à la demande du Tribunal de céans le 2 décembre 2008. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a considéré que la limitation fonctionnelle du poignet et de la main gauche était probable mais pas celle du coude droit. S'agissant de la capacité de travail, elle était réduite par la limitation du membre supérieur gauche (poignet et main) et cela depuis l'essai de réentraînement au travail où l'augmentation du taux de 50 à 75 % avait constitué un échec. Finalement, les 24 novembre 2009 et 23 février 2010, le Dr Q\_\_\_\_\_ a précisé les limitations fonctionnelles, qu'il a mises très probablement en rapport avec l'intervention du canal carpien, indiqué que l'utilisation de la partie distale du membre supérieur gauche n'était pas possible et que l'incapacité de travail était de 20 % à partir de juillet 2006.

L'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_ et ses compléments permettent ainsi de retenir que la recourante présente des limitations fonctionnelles très probablement en lien avec l'intervention du canal carpien, soit une diminution de la force de préhension, une anomalie de la sensibilité tactile, une atrophie de l'éminence thénar et une hypersensibilité douloureuse, lesquelles réduisent la capacité de travail dans une activité adaptée à un taux de 80 % (permettant l'alternance des positions assises /debout et avec une utilisation limitée du membre supérieur gauche en relation avec la partie distale de la main gauche) et cela depuis juillet 2006 alors que, pour la période antérieure, soit depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2003, il confirme l'avis du SMR selon lequel la recourante était apte à exercer une activité adaptée à 100 %.

L'expert a confirmé le 24 novembre 2009 que cette limitation de 20 % était apparue en juillet 2006, soit la date qu'il avait retenue antérieurement en faisant référence à l'échec de l'augmentation du temps de travail de 50 à 75 % lors du stage, alors même que son attention a été attirée sur le fait que le stage avait été interrompu pour des raisons psychiques et non pas somatiques. Il n'a en particulier pas motivé médicalement l'apparition en juillet 2006 des limitations fonctionnelles dont il a fait état.

A cet égard, le Tribunal de céans constate en effet que le rapport de la réadaptation professionnelle du 11 juillet 2006 indique que la recourante a interrompu le 10 mai 2006 son stage débuté le 13 février 2006, sur la base d'un certificat médical non motivé de son médecin-traitant, le Dr B\_\_\_\_\_, qu'elle s'est elle-même estimée incapable de reprendre une activité et que le 20 juin 2006 elle a été finalement mise en arrêt de travail total par son médecin-psychiatre, le Dr K\_\_\_\_\_, de sorte que le seul élément qui, vraisemblablement, était susceptible de s'être modifié concernait la composante psychique et que la recourante ne pouvait mentalement accepter l'idée de retravailler. Il apparaît ainsi que l'échec de l'augmentation du taux d'activité de 50 à 75 % auquel se réfère le Dr Q\_\_\_\_\_ est en réalité fondé principalement sur des motifs psychiques, plus que physiques, de sorte que l'on peut se demander si la date de juillet 2006 à laquelle l'expert se réfère pour limiter la capacité de travail à 80 % est légitime.

Hormis ce point, l'ensemble des rapports d'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_ doit se voir qualifier de probant, dès lors qu'ils comprennent les plaintes de la recourante, une anamnèse, un examen clinique, une appréciation du cas, la liste des limitations fonctionnelles et l'explication claire qu'une activité alternée est encore possible, avec une limitation de l'utilisation du membre supérieur gauche, à l'exclusion de l'ancienne activité de ganière ainsi que, finalement, un taux de capacité de travail fixé uniquement pour les atteintes somatiques à 80 %. La question de la date à laquelle cette incapacité de travail de 20 % est survenue peut cependant rester ouverte. En effet, même si l'on tient compte d'une capacité de travail de 80 % depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2003, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité :

Le revenu sans invalidité de la recourante pour l'année 2003 de 44'897 fr. n'est pas contesté. Quant au revenu avec invalidité, il doit être fixé en se référant à la moyenne des salaires selon l'ESS 2002 pour une femme (tableau TA1 - niveau de qualification 4) soit mensuel de 3'820 fr. et annuel de 45'480 fr. Compte tenu d'une durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures en 2002 (La vie économique 11-2005 p. 94), le salaire annuel de 45'480 fr., fondé sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, doit être réévalué à 47'788 fr., soit 48'027 fr. en 2003 (+1,4 % selon La vie économique 1/2 - 2006 p. 95 tableau B 10.2 - évolution des salaires). Fondé sur un taux d'activité de 80 %, le revenu est de 38'421 fr. 60.

Il convient encore d'appliquer une déduction globale, compte tenu de l'âge de la recourante et de ses limitations fonctionnelles. A cet égard, même si la déduction maximale de 25 % est appliquée - comme l'a fait l'OAI mais en retenant un revenu d'une activité à 100 %, ce qui paraît excessif en l'espèce dès lors que le taux de travail de 80 % fixé par l'expert dans une activité adaptée tient déjà compte d'une diminution de rendement - le taux d'invalidité serait de 36 %, soit :

$$\frac{(44'897 - 28'816) \times 100}{44'897}$$

de sorte qu'il est de toute façon insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Compte tenu de cette conclusion, il n'est pas nécessaire d'instruire plus avant la question de la date de la survenance de l'incapacité de travail de la recourante de 20 %, fixée par l'expert à juillet 2006 en se référant uniquement au stage de réentraînement au travail de la recourante. Il n'est ainsi pas nécessaire non plus, comme le demande la recourante, de conduire une instruction complémentaire visant à interroger à nouveau les deux experts judiciaires.

En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

10. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte 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'AI 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). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante.

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

**Statuant**

**Au fond :**

1. Rejette le recours.
2. Met un émolument de 200 fr. à charge de la recourante.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

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