

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/287/2011

ATAS/1004/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 octobre 2011

3<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Madame M\_\_\_\_\_, domiciliée à VESSY, représentée par  
PROTEKTA Assurance de protection juridique SA, Madame  
N\_\_\_\_\_

recourante

contre

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

intimé

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

---

### EN FAIT

1. Madame M\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1952, d'origine italienne, mariée et mère de trois enfants - dont le dernier est né en 1985 - est arrivée en Suisse en janvier 1972. Après avoir travaillé en qualité de vendeuse en horlogerie auprès de X\_\_\_\_\_ (SCHWEIZ) AG de 1989 à 2005, l'assurée a bénéficié de l'assurance-chômage du 2 janvier 2006 au 1<sup>er</sup> janvier 2008 (pièce 1 intime).
2. En date du 12 février 2008, l'intéressée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de la CAISSE CANTONALE GENEVOISE DE COMPENSATION (ci-après la CCGC), qui l'a transmise, le 6 mars 2008, à l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI). L'assurée sollicitait l'octroi d'une rente et d'une mesure de placement. Elle invoquait des douleurs cervicales avec vertiges et un état dépressif présents depuis mai 2007 (pièce 1 intime).
3. Le 26 mars 2008, la Dresse A\_\_\_\_\_ , spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a informé l'OAI que sa patiente avait été en arrêt de travail à 100% du 29 mai 2007 au 11 janvier 2008, à 50% jusqu'au 20 janvier 2008 et à 100% depuis lors, tout en précisant toutefois que l'activité de vendeuse serait envisageable à 50%. Le médecin a dit avoir constaté que sa patiente était triste, mais en bon état général et qu'elle souffrait d'une contracture musculaire au niveau des muscles trapèzes des deux côtés. Selon le médecin, l'assurée avait beaucoup souffert d'être au chômage et souhaitait vivement reprendre un travail. Ses douleurs cervicobrachiales rendaient cependant impossible tout travail impliquant le port de charges moyennes à lourdes, les mouvements répétés des mains ou la surélévation des bras au-dessus de l'horizontale. Sur le plan psychique, le médecin a jugé qu'une reprise de travail serait bénéfique (pièce 14 intime).
4. Interrogé par l'OAI, le dernier employeur de l'assurée a indiqué, en date du 28 mars 2008, que l'intéressée avait travaillé en qualité d'aide-horlogère, du 3 août 1991 au 31 décembre 2005, étant précisé que son dernier jour de travail effectif avait été le 16 mai 2005. L'employeur a expliqué avoir résilié le contrat de travail au vu du refus de l'intéressée d'adapter ses conditions de travail. Durant l'année 2005, le revenu annuel de l'assurée s'était élevé à 41'544 fr. 05 pour un horaire hebdomadaire de 28 heures par semaine, horaire qu'elle avait adopté depuis le 20 novembre 2001 ; l'horaire habituel dans l'entreprise était de 8 heures par jour, soit de 40 heures par semaine (pièce 15 intime).
5. Le 29 avril 2008, les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) ont rédigé un rapport dans lequel ils ont retenu les diagnostics suivants : cervicobrachialgies chroniques, épisode dépressif majeur de sévérité moyenne, status post-hystérectomie en 2003 et status post-cupulo-lithiase en avril 2007.

Les médecins ont relaté que l'assurée se plaignait de cervicobrachialgies chroniques mais qu'ils n'avaient pu identifier d'anomalie organique claire. L'examen clinique mettait en évidence une importante limitation de la mobilité cervicale, spécialement en rotation à gauche dans la partie cervicale supérieure, compatible avec une atteinte des rameaux postérieurs. L'assurée faisant état de lâchages d'objets et d'une perte subjective de force, un examen neurologique avec ENMG avait pourtant été pratiqué.

Quant à la symptomatologie dépressive présentée, elle correspondait à un diagnostic d'épisode dépressif majeur de gravité moyenne que l'assurée expliquait par la perte de son statut professionnel, vécue comme une absence de reconnaissance de sa valeur. Les médecins avaient préconisé un traitement par antidépresseur à double action sérotonénergique et noradrénergique, tel que la venlafaxine (Efexor), et une démarche psychothérapeutique afin de permettre à l'assurée de se libérer de l'important sentiment d'injustice, voire d'abandon, et de la colère générés par le mobbing qu'elle avait subi (pièce 20 intimé).

6. Par communication du 13 juin 2008, l'OAI a informé l'assurée qu'en raison de son état de santé, des mesures de réadaptation ne pouvaient lui être accordées (pièce 22 intimé).
7. La Dresse A\_\_\_\_\_ a établi en date du 9 septembre 2008 un rapport intermédiaire, dans lequel elle a qualifié l'état de santé de sa patiente de stationnaire depuis l'été 2007. Le médecin a confirmé la limitation de la mobilité au niveau du rachis cervical et la contracture de la musculature paravertébrale. L'incapacité de travail était totale depuis le 21 janvier 2008 et de 50% au maximum dans une activité adaptée, décrite comme très légère et permettant d'éviter de travailler bras surélevés, de porter des charges lourdes ou moyennes et de rester immobile de manière prolongée. Le médecin a précisé qu'une prise en charge psychiatrique était en cours (pièce 23 intimé).
8. Dans un rapport non daté reçu par l'OAI en date du 11 novembre 2008, la Dresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, en charge de l'assurée depuis juin 2008, a conclu à un épisode dépressif moyen depuis 2006. Le médecin a mentionné les symptômes suivants : tristesse, asthénie, fatigabilité, perte du plaisir, attitude pessimiste face à l'avenir et douleurs. Il a dit n'avoir pu constater aucune amélioration depuis juin 2008 et ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée (pièce 29 intimé).
9. Le 5 décembre 2008, la Dresse A\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé avec l'apparition d'une hernie discale lombaire, opérée le 26 novembre 2008 (pièce 35 intimé).
10. Par courrier non daté reçu par l'OAI en date du 16 janvier 2009, l'assurée a confirmé la péjoration de son état de santé, expliquant qu'une violente hernie discale

---

s'était déclarée durant le mois de novembre 2008, jusqu'à aboutir, en date du 17 novembre 2008, à une quasi-paralysie de sa jambe droite. Une intervention chirurgicale avait dû être pratiquée, à la suite de laquelle elle avait séjourné deux semaines à la Clinique de la Lignière afin d'entamer une rééducation. L'assurée concluait en indiquant qu'elle était encore handicapée par des douleurs et inflammations résiduelles et bénéficiait de soins à domicile (pièce 39 intimé).

11. En date du 14 février 2009, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie suivant l'assurée depuis le 22 novembre 2008, a confirmé les diagnostics de hernie discale L4-L5 droite avec atteinte motrice existant depuis le mois de novembre 2008, de cervicobrachialgies chroniques sur arthrose L4-L5 et L5-L6 existant depuis 2005, d'état dépressif et de status post-hystérectomie et ovariectomie en 2003. Le médecin a qualifié l'incapacité de travail de l'assurée de totale dans sa profession habituelle et a émis l'avis qu'on ne pouvait s'attendre à une reprise du travail. Le médecin a en outre produit les documents suivants :

- son rapport du 15 octobre 2007, duquel il résulte que les douleurs de l'assurée étaient certainement en rapport avec la discopathie étagée C4-C5 et C5-C6 mais qu'il existait des éléments dépassant le cadre de ces discopathies, éléments qui étaient évocateurs d'une fibromyalgie ; d'un point de vue chirurgical, il n'était pas exclu qu'une décompression et une stabilisation à ces deux niveaux puissent améliorer la situation ;
- son compte-rendu opératoire du 2 décembre 2008, attestant qu'il avait procédé, le 26 novembre 2008, à une hémilaminectomie inférieure L4 droite et à une microdissectomie L4-L5 droite (pièce 42).

12. L'OAI a alors confié le soin au Bureau romand d'expertises médicales (ci-après BREM) de procéder à une expertise rhumato-psychiatrique.

Dans leur rapport du 27 mars 2009, les Drs D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics suivants : épisode dépressif moyen sans syndrome somatique existant depuis 2007, syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2006, cervicalgies sur un canal cervical rétréci et discopathies sévères C4-C5 et C5-C6 depuis 1997, s'aggravant depuis 2008, syndrome radiculaire déficitaire L5 résiduel, status après ablation d'une hernie discale L5-S1 droite existant depuis 2008 et sévère discopathie L5-S1.

Les experts ont relevé que l'assurée ne pouvait désormais plus accomplir de gestes fins et précis et qu'elle devait éviter la position prolongée de flexion du rachis, le port de charges de plus de 5 kg, la position debout plus de 45 mn, les montées et descentes d'escaliers, les positions statiques plus de 45 mn. Ils ont ajouté que

l'intéressée était également limitée par une anhédonie, des ruminations, un sentiment d'incompétence et de dévalorisation, une fatigabilité due aux troubles du sommeil et un abaissement du seuil à la douleur.

Sur le plan physique, les experts ont estimé que depuis le 29 mai 2007, l'assurée était totalement incapable de reprendre son activité vu ses difficultés à pouvoir accomplir des gestes fins et précis avec les mains et à fléchir le rachis. Les experts ont en revanche jugé l'assurée capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, avec une diminution de rendement de 30% pour tenir compte de ses lombalgies et cervicalgies, étant précisé que l'intéressée devrait pouvoir bénéficier d'un stage de formation.

Sur le plan psychique, les experts ont considéré que l'assurée pourrait exercer malgré son état une activité à 70% (6 h./jour), sans diminution de rendement. En effet, selon eux, la capacité de travail de l'assurée pouvait être améliorée par la prise quotidienne du traitement antidépresseur ; ils ont exprimé l'avis que si la thymie de l'assurée était mieux stabilisée, l'intéressée pourrait recouvrer une pleine capacité de travail.

Enfin, les experts ont préconisé une aide au placement (pièce 46 intimé).

13. En date du 29 juin 2009, le Dr F \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a conclu à une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée depuis le 29 mai 2007 (pièce 49 intimé).
14. En date du 27 octobre 2009, une enquête économique sur le ménage a été effectuée.

Il résulte du rapport d'enquête que l'assurée se plaignait de douleurs dans le haut des bras et dans la nuque, irradiant dans le bras droit. Depuis l'intervention du mois de novembre 2008, son état s'était détérioré. Elle avait de la peine à assumer les tâches de la vie quotidienne. L'opération du tunnel carpien droit n'ayant pas atténué ses douleurs. Par ailleurs, l'assurée disait ne plus arriver à supporter ses petits-enfants - trop bruyants - et ne jamais se sentir bien.

Sur le plan professionnel, l'assurée a indiqué avoir travaillé depuis 2001 à raison de 28 heures par semaine par choix personnel et a affirmé qu'en bonne santé, elle aurait continué à ce taux d'occupation jusqu'à la retraite.

Il a été relevé que l'assurée vivait avec son époux, lequel exerçait une activité lucrative, et son fils cadet, qui étudiait les sciences de l'éducation et que tous deux ne rentraient à la maison que le soir.

L'enquêtrice a évalué les empêchements de l'assurée de la manière suivante (efforts exigibles des membres de la famille déjà compris) :

- 0% dans la conduite du ménage (pondération 5%), attendu que l'assurée pouvait conduire son ménage normalement ;
- 10% s'agissant de l'alimentation (pondération 30%) ; avant d'être atteinte dans sa santé, l'assurée préparait à manger sans difficulté pour toute la famille, aimait recevoir ses enfants et tous ses petits-enfants ; désormais, elle se contentait de confectionner des repas simples pour son époux et son fils, en prenant son temps pour la préparation ; lorsque toute sa famille venait manger à la maison, chacun apportait quelque chose ; l'assurée mettait la table et débarrassait ; son époux l'aidait pour ranger la cuisine après le repas ; l'enquêtrice a estimé l'aide du conjoint à 20% ;
- 60% pour l'entretien du logement (pondération 20%) ; l'assurée bénéficiait désormais de l'aide d'une femme de ménage quatre heures par semaine pour les gros travaux (aspirateur, nettoyages des vitres et des sanitaires), se contentant d'enlever la poussière ; elle ne pouvait plus changer les draps et avait renoncé aux tapis afin de faciliter le nettoyage ; l'aide exigible des membres de la famille a été évaluée à 20% ;
- 0% pour les emplettes et courses diverses (pondération 10%) ; il a été noté que le conjoint de l'assurée s'était toujours chargé des tâches administratives et que l'assurée s'occupait quant à elle des courses, sans aide mais en répartissant ses achats dans de petits sacs, laissant les objets lourds dans la voiture en attendant l'aide de son époux ; considérant que deux personnes en bonne santé vivaient dans le ménage, l'enquêtrice n'a pas retenu d'empêchement à faire les courses ;
- 30% pour la lessive et l'entretien des vêtements (pondération 15%) ; l'assurée a allégué ne plus repasser et se contenter de plier le linge et de le ranger ; elle a souligné ne plus pouvoir ni coudre ni repriser ;
- 20% s'agissant des soins aux enfants (pondération 10%) ; il a été relevé que seul le plus jeune des trois enfants de l'assurée vivait encore avec ses parents et que l'assurée ne pouvait plus s'occuper de ses petites enfants, qui ne venaient la voir qu'en présence de leurs parents ;
- 50% pour le poste « divers » (pondération 10%) compte tenu de l'incapacité de l'assurée à continuer de faire de la couture - alors qu'auparavant, elle confectionnait des habits pour ses enfants -, à entretenir son jardin et son potager ou encore à s'occuper de son chien, qu'elle avait dû se résigner à donner.

Au vu de ces éléments, l'enquêtrice a conclu à un degré d'invalidité de 26.5% dans la sphère ménagère, étant précisé que les tâches qui ne pouvaient plus être assumées par l'assurée l'étaient soit par la femme de ménage, soit par l'époux et le fils de l'intéressée (pièce 51 intimé).

15. Le dossier de l'assurée a été soumis à la division de réadaptation de l'OAI qui a émis l'avis qu'un reclassement n'était pas indiqué mais qu'une aide au placement pourrait être proposée à l'intéressée (pièce 54 intimé).
16. L'OAI a dès lors procédé à l'évaluation théorique du degré d'invalidité en comparant le revenu qu'aurait réalisé l'assurée sans atteinte à sa santé à celui qu'elle pourrait obtenir malgré son état, réduit de 15%, ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 28.9% dans la sphère professionnelle (pièce 55 intimé).
17. Le 11 février 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à une rente et à une mesure de reclassement professionnel.

L'OAI a reconnu à l'assurée un statut mixte (70% active). Il a écarté toute mesure de reclassement au motif que l'assurée disposait encore d'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée, ajoutant que, sur demande de sa part, il pourrait en revanche envisager de lui accorder une mesure d'aide au placement.

Le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle étant de 29% (à 70%) et celui dans la sphère ménagère de 27% (à 30%), le degré d'invalidité global s'établissait à 28%, taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente (pièce 59 intimé).

18. Par courrier du 18 février 2010, l'assurée a contesté ce projet en alléguant que son état de santé rendait toute activité lucrative impossible, qu'il s'était en effet beaucoup aggravé depuis le dépôt de sa demande, puisqu'elle souffrait encore de séquelles au niveau de la jambe droite. L'assurée a ajouté qu'elle souffrait désormais également de la jambe gauche et a expliqué qu'il lui était très difficile de gérer toutes ces douleurs au quotidien, tant physiquement qu'émotionnellement. Elle concluait en disant que si on lui proposait une activité adaptée à son état de santé, à sa situation et à son âge, elle était disposée à essayer de recommencer à travailler (pièce 62 intimé).
19. En date du 4 mars 2010, l'OAI a impartit à l'assurée un délai pour produire de nouveaux documents médicaux susceptibles de remettre son projet de décision en cause (pièce 63 intimé).
20. Le 17 mars 2010, l'assurée, représentée par un conseil, a confirmé la teneur de son courrier du 18 février 2010. Elle s'est étonnée du refus de l'OAI qui lui avait pourtant refusé toute mesure de réadaptation au vu de son état de santé et a produit les documents suivants :
  - un rapport rédigé le 26 février 2010 par la Dresse A\_\_\_\_\_ se déclarant surprise du projet de décision de l'OAI ; le médecin rappelait que sa patiente souffrait depuis de nombreuses années de douleurs cervicales et était incapable

d'exécuter des travaux fins, de travailler bras au-dessus de l'horizontale ou encore de porter des charges pesant plus de quelques kilogrammes ; l'opération du syndrome du tunnel carpien de la main droite n'avait pas amélioré la situation ; l'assurée souffrait également des lombaires ; ces douleurs irradiaient avec une intensité fluctuante dans les deux jambes ; l'herniotomie pratiquée au niveau L4-L5 en novembre 2008 n'avait pas été un franc succès puisque les douleurs persistaient au niveau de la jambe droite, décrite comme lourde ; des douleurs irradiant de la région lombaire à la jambe gauche s'y ajoutaient ; enfin, l'assurée était en dépression, sous traitement antidépresseur et consultait régulièrement un psychiatre ; le médecin concluait en demandant à l'OAI de reconsidérer sa position ou de demander au moins un nouvel avis rhumatologique, voire neurologique et psychiatrique ;

- un certificat rédigé le 1<sup>er</sup> mars 2010 par la Dresse B\_\_\_\_\_, attestant qu'elle suivait toujours l'assurée et que son état de santé était stationnaire depuis novembre 2008 (pièce 67 intimé).

21. Le Dr G\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a estimé que le tableau clinique mis en exergue par le médecin et la psychiatre traitants était superposable à celui résultant des examens de l'expertise du mois de mars 2009. Il en a tiré la conclusion qu'il n'y avait aucun élément objectif permettant de considérer qu'il y aurait eu aggravation de l'état de santé de l'assurée. Partant, le médecin a préconisé de suivre les conclusions de l'expertise et suggéré que les limitations fonctionnelles soient traduites en terme de métier par un spécialiste en réadaptation (pièce 71 intimé).

22. Le 7 juin 2010, l'assurée a encore produit un rapport établi le 21 mai 2010, suite à une radiographie lombaire dont les conclusions étaient les suivantes :

« lombarthrose intersomatique avec rectitude de la lordose lombaire, pincement discal L4-L5 et L5-S1. A l'étage L5-S1, débord discal circonférentiel majoré en foraminaux gauche et du fait de la scoliose sinistroconvexe, avec rétrécissement foraminaux au contact de la racine L5 et perte du liseré graisseux périradiculaire L5 gauche. Arthrose interarticulaire postérieure L5-S1 gauche associée prédominante.

A l'étage L4-L5, hernie discale sur débord discal circonférentiel postéro-médiane droite en conflit avec la racine L5 droite au niveau postéro-médian.

Cette hernie discale est discrètement subluxée vers le bas estimée supérieure à 1/3 du canal. latéro-déviations modestes du fourreau dural à cet étage sans épaississement latéro-épidural.

A l'étage L3-L4, surcharge facettaire droite avec débord discal circonférentiel et canal lombaire mesuré à 9 mm pour mémoire. Surcharge sacro-iliaque bilatérale avec phénomène de vide articulaire, ostéosclérose externe prédominante et ostéophytose antérieure. En fonction de la symptomatologie, une infiltration du segment L5-S1 peut être proposée » (pièce 72 intimé).

23. Le 10 juin 2010, la Dresse H\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a considéré que ce rapport, en l'absence de toute notion clinique (anamnèse et examen clinique objectif) n'était pas susceptible d'amener le SMR à modifier sa position (pièce 74 intimé, p. 2).
24. Par décision du 22 décembre 2010, l'OAI a entièrement confirmé son projet du 11 février 2010.

L'OAI a expliqué que sa communication du 13 juin 2008, rendue après trois mois d'instruction, ne faisait que refléter l'impossibilité de se déterminer alors sur d'éventuelles mesures professionnelles, les répercussions durables des diverses atteintes de l'assurée sur sa capacité de travail et de gain n'étant pas encore établies.

Quant au reclassement professionnel, l'OAI a considéré qu'il ne constituait pas une mesure simple et adéquate par rapport au but visé par la réadaptation, contrairement à l'aide au placement proposée (pièce 77 intimé).

25. Par acte du 28 janvier 2011, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à ce qu'une expertise soit mise sur pied et à l'octroi d'une rente entière.

La recourante admet que des mesures de réadaptation, telles qu'un reclassement ou une aide au placement, ne seraient pas indiquées.

Elle soutient que c'est un degré d'invalidité de 100% qui doit lui être reconnu vu son état de santé physique et psychique, d'une part, la situation sur le marché du travail et son âge, d'autre part.

La recourante produit à l'appui de son recours :

- un certificat établi le 14 janvier 2011 par la Dresse A\_\_\_\_\_, qui atteste que l'état de santé de sa patiente ne s'est pas amélioré depuis le début de l'année 2010 et que les douleurs persistent, surtout au niveau des cervicales, des lombaires et de la jambe droite, malgré une bonne compliance (pièce 15 recourante) ;
- une attestation de la Dresse B\_\_\_\_\_ confirmant le diagnostic d'épisode dépressif majeur de gravité moyenne et décrivant un tableau clinique dominé par une anxiété, une humeur dépressive, une diminution de l'estime de soi avec une perturbation du sommeil, une diminu-

tion du plaisir et une augmentation de la fatigabilité, symptômes interférant de manière significative avec les activités sociales et professionnelles de l'assurée (pièce 16 recourante).

26. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 25 février 2011, a conclu au rejet du recours.

L'intimé se réfère à l'avis du SMR, qui relève que les nouveaux certificats produits par la recourante reprennent les éléments médicaux connus, déjà été pris en considération précédemment.

27. La recourante n'ayant pas souhaité répliquer dans le délai qui lui avait été imparti pour ce faire, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Le 1<sup>er</sup> janvier 2008 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI). Elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités). Cela étant, s'agissant de l'évaluation de l'invalidité et de l'échelonnement des rentes, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5<sup>ème</sup> révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).

La cinquième révision a en revanche modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente, qui, pour autant que les conditions du droit soient réunies (art. 28 al. 1 LAI), prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (cf. ATF non publié du 28 août 2008, 8C\_373/08, consid. 2.1). En l'espèce, l'incapacité de travail significative de la recourante a débuté au mois de mai 2007 et la demande de prestations a été déposée durant l'année 2008, de sorte que ce sont les anciennes dispositions qui s'appliquent (cf. Lettres-

---

circulaires n° 253 de l'OFAS, du 12 décembre 2007, La 5<sup>ème</sup> révision de l'AI et le droit transitoire et n° 300 Droit transitoire : application des délais de péremption).

3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. c LPGA p.a.).
4. Est litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a considéré que les atteintes à la santé dont souffre la recourante n'entraînent qu'un degré d'invalidité de 28%.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

6. Selon l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.
7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la prove-

---

nance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le but de l'expertise pluridisciplinaire est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. En effet, il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publiés du 13 mars 2006 [I 16/05] et du 4 juillet 2005 [I 228/04]).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. a) En l'espèce, pour évaluer la capacité de travail de la recourante, l'OAI s'est fondé sur l'expertise réalisée par les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_. Ceux-ci ont conclu, sur le plan somatique, à une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, avec une diminution de rende-

ment de 30% pour tenir compte des lombalgies et cervicalgies ; sur le plan psychiatrique, les experts ont conclu à une capacité de travail de 70% dans toute activité, sans diminution de rendement.

La Cour de céans est cependant d'avis que ce rapport d'expertise ne peut se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. En effet, l'appréciation et les conclusions des experts ne sont que peu motivées, en particulier sur le plan somatique. L'expert rhumatologue s'est contenté d'énumérer de manière succincte les atteintes à la santé, sans les discuter. Il n'a en outre donné que peu d'indications quant au succès et aux suites de l'opération pratiquée en novembre 2008 (ablation de la hernie discale L5-S1), se bornant à qualifier l'évolution de lentement favorable et de noter que des lombalgies persistaient, accompagnées d'une atteinte de la sensibilité sur la face antérieure de la jambe droite.

Quant à l'expert psychiatre, s'il décrit certes les troubles dont souffre la recourante, il ne donne pas suffisamment de précisions, notamment sur les ressources de la recourante, dont il indique simplement qu'elles subsistent.

On ajoutera que les experts se prononcent de manière indépendante sur la capacité de travail de la recourante, alors même que le but d'une expertise bidisciplinaire est d'obtenir une appréciation globale du cas. Enfin, ils ne précisent pas à compter de quand la recourante aurait recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée.

b) Il convient dès lors d'examiner si les autres rapports versés au dossier permettent de statuer valablement sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante.

Le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie qui a procédé à l'intervention du mois de novembre 2008, a notamment retenu, dans son rapport du 14 février 2009, les diagnostics de hernie discale L4-L5 droite avec atteinte motrice depuis le mois de novembre 2008 et des cervicobrachialgies chroniques sur arthrose L4-L5 et L5-L6 depuis 2005. Il a conclu que la recourante était dans l'incapacité totale d'exercer la profession d'horlogère et qu'on ne pouvait s'attendre à une reprise du travail. Ce rapport n'est pas suffisamment motivé pour permettre à la Cour de céans de statuer.

Quant aux rapports des Drs A\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, respectivement médecin traitant et psychiatre traitant de la recourante, ils sont également insuffisamment motivés pour apporter une réponse définitive sur l'état de santé tant somatique que psychiatrique de l'assurée.

Par ailleurs, le rapport d'imagerie du 21 mai 2010 produit par la recourante semble mettre en évidence l'existence de nombreuses atteintes en L3-L4, L4-L5 et L5-S1, lesquelles n'ont pas fait l'objet d'une évaluation clinique.

c) Au vu des éléments qui précèdent, la Cour de céans considère que la cause n'est pas en état d'être jugée convenablement. Dès lors, le dossier sera renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une demande d'informations complémentaires au Dr C \_\_\_\_\_ et d'une nouvelle expertise rhumatopsychiatrique, étant rappelé que 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 la maxime 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). À 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. Avant de renvoyer la cause à l'OAI, il y a encore lieu de se pencher sur le rapport d'enquête ménagère.

a) L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28 al. 2bis en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2bis pour cette activité-là (28 al. 2ter LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). L'incapacité d'accomplir les travaux habituels se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assuré à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI), p. 65, n. 3084 ss). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (ATF non publié du 13 avril 2005, I 593/03, consid. 5.3).

A ces éléments s'ajoute également le fait que les assurés qui s'occupent du ménage doivent satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références) en répartissant mieux leur travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents), en adoptant une méthode de travail adéquate et en recourant, dans une mesure convenable, à l'aide de leurs pro-

ches (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre de celles-ci, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (ATFA non publiés du 8 novembre 1993, I 407/92 et du 11 août 2003, I 681/02). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007).

b) En l'occurrence, l'enquête ménagère pose problème à deux égards. Premièrement, l'enquêtrice conclut à un empêchement de 10% dans le poste « soins aux enfants ou autres membres de la famille » (point 6.6) alors même qu'il a été précisé qu'aucune personne vivant dans le ménage de la recourante n'avait besoin de soins de la part de cette dernière (son fils est âgé d'environ 24 ans et ses petits enfants n'habitent pas chez elle). A cette contradiction s'ajoute le fait que dans le poste « divers », l'enquêtrice a admis un empêchement de 50% seulement alors qu'il a été établi que l'assurée ne pouvait plus ni coudre, ni jardiner, ni s'occuper de son chien, qu'elle a dû renoncer à son potager et même donner son chien.

Au vu de ce qui précède, l'enquête ménagère ne saurait non plus se voir reconnaître pleine valeur probante et devra, cas échéant, être renouvelée.

10. Il ressort des considérations qui précèdent que des investigations complémentaires sont nécessaires. Partant, la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
  
11. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA) et un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé, attendu que la procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'OAI est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OAI du 22 décembre 2010.
4. Renvoie le dossier à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'OAI à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de participation à ses dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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