

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3244/2008

ATAS/1274/2009

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 16 octobre 2009

En la cause

Madame S _____, domiciliée aux AVANCHETS,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel
MOURO

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente

EN FAIT

1. Madame S _____ (ci-après l'assurée), née en 1957, d'origine espagnole, est arrivée en Suisse en novembre 1996. Elle a travaillé en qualité de manutentionnaire chez X _____ SA du 1^{er} octobre 2000 au 12 septembre 2002, date à laquelle elle a définitivement arrêté de travailler.
2. Un avis de sortie du 11 octobre 2002 de la Division de rhumatologie de l'Hôpital Beau-Séjour atteste que l'assurée y a séjourné du 27 septembre au 11 octobre 2002 pour douleurs à la hanche gauche et ponction. Les diagnostics étaient ceux d'arthrite micro-cristalline probable de la hanche, de cervico-brachialgies droites chroniques, de lombo-sciatalgies gauches chroniques et d'hypothyroïdie sous-substituée.
3. Par courrier du 11 décembre 2002 adressé au Dr A _____, spécialiste FMH en neurologie et en neurochirurgie, le Dr B _____, médecin conseil de l'assureur perte de gain, a indiqué que l'assurée souffrait depuis longtemps de cervico-brachialgies et de lombo-sciatalgies chroniques et que la mobilité de sa hanche gauche était légèrement diminuée en rotation interne. Il ne constatait que peu d'éléments objectifs permettant de prolonger l'arrêt de travail, de sorte qu'il préconisait la reprise rapide d'une activité professionnelle, en raison de la présence vraisemblable d'un élément de poly-inversionite ou de fibromyalgie.
4. En date du 7 avril 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) tendant à l'octroi d'une rente et d'un reclassement dans une nouvelle profession.
5. Par rapport du 30 avril 2003, le Dr A _____ a retenu les diagnostics de hernie discale C6-C7 paramédiane droite, protrusion discale droite C5-C6 de faible degré, sténose modérée du canal radiculaire en C4-C5 sur arthrose à gauche, arthrite micro-cristalline probable de la hanche gauche avec lombo-sciatique gauche chronique et hypo-thyroïdie sous-substituée et de cervico-brachialgie droite chronique, diagnostics ayant tous des répercussions sur la capacité de travail, et d'épi-gastralgies récidivantes par gastrite à hélicobactère. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité lucrative depuis le 6 janvier 2003, en raison des algies cervicales et lombaires et des vertiges.
6. Par rapport du 7 juillet 2003, le Dr C _____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de hernie discale cervicale C6-C7 droite, de cervico-brachialgies droites chroniques, de vertiges, d'asthme, d'hypothyroïdie d'Hashimoto, d'ulcère gastrique, de coxalgies gauches post-coxite et de lombalgies et radiculalgies L5-S1. Il existait un déficit fonctionnel de boiterie du membre inférieur gauche. Le médecin a précisé que les douleurs chroniques entraînaient un état dépressif et un manque de vitalité et d'entrain. L'activité précédente ne pouvait

plus être exercée, en revanche, un travail sans port de charges et avec de fréquents changements de positions était, d'après lui, possible quelques heures par jour et une réadaptation professionnelle envisageable.

7. Dans un rapport du 20 décembre 2004, le Dr D _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a expliqué à l'OCAI que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent depuis 2002, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et d'un status polyalgique neuroarticulaire après accident de voiture depuis 1997. Il a relevé que l'assurée présentait une allure triste et douloureuse, un ralentissement psychomoteur, une mimique et gestuelle pauvres, un découragement et des douleurs. Son incapacité de travail était totale depuis le 6 janvier 2003.
8. Sur mandat de l'OCAI, l'assurée a été soumise, en date des 24 août et 10 novembre 2005, à deux examens rhumato-psychiatriques par des médecins du Service médical régional AI (ci-après SMR), soit les Drs E _____, qui a signé les rapports en qualité de spécialiste en « psychiatrie FMH », et F _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation. Le deuxième examen a eu lieu en présence d'un interprète de langue espagnole.
- 8.1. Dans le cadre du rapport daté du 29 septembre 2005 effectué sur la base de l'examen de l'assurée du 24 août 2005, les examinateurs ont retenu des cervico-brachialgies bilatérales sur troubles statiques et dégénératifs associés à une hernie discale C5-C6 paramédiane gauche sans signe compressif radiculaire (M54.2), des lombalgies chroniques à prédominance gauche avec pseudosciatalgies sur troubles dégénératifs et statiques associés à des protrusions discales (M54.4), diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, et d'hypothyroïdie substituée, de status après arthrite microcristalline (chondrocalcinose de l'articulation coxo-fémorale gauche), de fibromyalgie (M79.0) et de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive d'intensité légère (F43.22), diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail.

Lors de l'examen clinique, ils n'ont pas constaté de trouble neurologique, le status était dans les limites de la norme. Sur le plan ostéoarticulaire, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle au niveau du rachis ou des articulations périphériques, mais uniquement des signes de non organicité en faveur d'une fibromyalgie. Ils ont noté une discordance entre la mobilité spontanée et celle lors de l'examen clinique. Les symptômes allégés par l'assurée n'étaient pas objectivables. Sur le plan psychique, ni les informations anamnestiques fournies par l'assurée ni son dossier médical ne permettaient de conclure à un épisode dépressif léger, moyen ou sévère. De plus, l'examen clinique n'avait pas mis en évidence de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques ou de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ou de limitation fonctionnelle psychiatrique.

Les examinateurs ont conclu à une capacité de travail de 50% dans sa précédente activité et de 100% dans une activité adaptée depuis le 31 janvier 2001. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de charges supérieures à 10 kilogrammes de façon répétitive, la position statique assise au-delà de deux heures et debout au-delà d'une heure, la position en porte-à-faux du rachis ou en antéflexion du tronc, une diminution du périmètre de marche à environ une demi-heure, la possibilité de varier les positions au moins une fois par heure et l'environnement de travail devait être tempéré sans variation extrême.

- 8.2. Dans leur rapport subséquent du 29 décembre 2005 basé sur l'examen du 10 novembre 2005, les examinateurs ont retenu les mêmes diagnostics et les mêmes conclusions quant à la capacité de travail exigible de l'assurée que précédemment. Un nouvel examen clinique somatique n'a pas été effectué, attendu que l'assurée ne présentait aucune nouvelle plainte. Le status psychiatrique était superposable à celui découlant du précédent examen. Les examinateurs ont également signalé que l'assurée avait adopté, lors de cette 2^{ème} évaluation, un comportement beaucoup plus théâtral et plaintif.
- 8.3. Le Tribunal de céans remarque qu'en pièce 49, pages 6 et suivantes, se trouve un nouvel exemplaire du rapport basé sur l'examen du 24 août 2005 et identique au premier, signé non plus uniquement par les Drs E _____, qui a apposé sa signature sans la mention « psychiatrie FMH », et F _____, mais également par les Drs G _____, psychiatre FMH, et H _____, médecin-chef. Ce rapport est daté du 27 février 2007.
9. Le 18 janvier 2006, la Dresse I _____, médecin au SMR, a pris note des constatations et des conclusions desdits examens rhumato-psychiatriques.
10. Dans un rapport du 12 juin 2006, une collaboratrice de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a expliqué qu'il pouvait être déduit du comportement fortement plaintif et démonstratif de l'assurée lors des examens médicaux SMR, qu'elle ne présentait pas une attitude positive quant à une éventuelle reprise d'une activité lucrative adaptée à son état de santé, soit par exemple, dans le secteur de la production, l'industrie légère, la petite manufacture ou le conditionnement léger. Elle conclut à un degré d'invalidité de 14.2%.
11. Par décisions du 15 juin 2006, l'OCAI a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.
12. Par courrier du 14 juillet 2006, l'assurée a formé opposition auxdites décisions, invoquant une incapacité totale de travail et a sollicité qu'une rente entière lui soit allouée.

Le 27 septembre 2006, l'assurée a ajouté que le Dr J _____ maintenait son diagnostic de troubles dépressifs récurrents et que, selon le Dr C _____, le

SMR avait omis d'examiner les éventuelles conséquences neurologiques de ses troubles ostéoarticulaires.

Le 8 janvier 2007, l'assurée a transmis à l'OCAI

- un rapport du 21 octobre 2006 du Dr J _____, lequel a confirmé qu'elle souffrait d'un trouble dépressif et exprimait une tristesse, un désespoir et des idées suicidaires. Il n'avait jamais constaté qu'elle essayait de majorer ses symptômes, comme retenu par les examinateurs SMR. De plus, ses troubles de l'humeur, tant réactionnels que dus à sa personnalité dépendante, étaient déjà présents depuis longtemps. L'incapacité de travail était actuellement totale dans toute activité lucrative et résultait des troubles de l'humeur indépendants de tout problème physique et d'une surcharge psychique due aux douleurs permanentes de son appareil locomoteur. Il a précisé que même une activité en position assise était impossible en raison des douleurs ressenties, l'assurée ne pouvant rester dans une même position plus de quelques minutes ;

- un rapport du 22 décembre 2006 du Dr C _____, qui a déclaré que l'état de santé de l'assurée s'était nettement péjoré à la suite d'une chute dans les escaliers survenue en date du 11 août 2006, laquelle avait occasionné une détérioration du syndrome vertébro-cervical préexistant. Le bilan neurologique avec examen électro-myographique démontrait clairement une altération neurologique du membre supérieur gauche avec des signes de dénervation-réinnervation chronique. L'assurée souffrait d'une fibromyalgie, de cervico-brachialgies bilatérales associées à une hernie discale C5-C6 et à une protrusion discale C6-C7, de lombosciatalgies en relation avec un canal lombaire constitutionnel étroit et d'une protrusion discale L5-S1 provoquant la compression de la racine L5 gauche.

13. L'examen neurologique dont il est question dans le rapport du Dr C _____ a été effectué par le Dr K _____, spécialiste FMH en neurologie, électroneuromyographie et toxine botulique, et s'était déroulé le 5 octobre 2006. Cet examen a mis en évidence des douleurs assez diffuses, spontanées à la palpation sans déficit sensitif ou moteur. Les membres supérieurs présentaient une seule anomalie, soit « une activité volontaire un peu diminuée dans le triceps gauche avec des potentiels de trop grande taille, comme on le voit lors de dénervation-réinnervation chronique ».
14. Par avis du 10 septembre 2007, la Dresse I _____ a indiqué qu'il y avait lieu de tenir compte de la possibilité d'une ancienne atteinte radiculaire C7 gauche et d'ajouter les limitations fonctionnelles suivantes concernant le rachis cervical : pas de position statique en flexion ou extension, pas de mouvements répétitifs de rotation, pas d'activité en position d'antéimpulsion supérieure à 60° et pas de port de

charges supérieures à 5 kilogrammes de façon répétée. La capacité de travail de l'assurée était toujours entière dans une activité adaptée.

15. Suite au dernier rapport du Dr J _____, l'OCAI a mandaté le Dr L _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertise. Celui-ci a examiné l'assurée et rendu son rapport en date du 2 février 2008. Il n'a retenu ni diagnostic sur le plan psychiatrique ni limitations psychiques ou psychiatriques, de sorte qu'il a conclu à une entière capacité de travail.

L'expert a expliqué qu'il avait vu l'assurée à un moment particulier, soit quelques jours après qu'elle se soit fait opérer (en date du 21 janvier 2008) d'une inflammation du pied gauche. Elle ne pouvait se déplacer qu'avec l'aide de deux béquilles, toutefois, elle présentait une bonne mobilité, sa démarche corporelle était « étonnamment tonique », ses mouvements souples ou encore l'amplitude des membres supérieurs normale. Il a ajouté que pendant plus de quatre jours, elle n'avait pas pris un seul de ses treize médicaments quotidiennement prescrits, et notamment pas de psychotrope, de sorte qu'il a attesté l'avoir vue « nature » et constaté que son état psychique était plutôt rassurant.

Il a relevé que l'assurée était souvent à la limite de la logorrhée, souriante, sans trouble cognitif, sans trouble de la personnalité et affectée uniquement en lien avec quelques thèmes précis, soit notamment le décès de son fils unique en 2005. Il s'agissait toutefois d'un deuil achevé, et à aucun moment et pour aucun autre thème, l'expert n'a eu l'impression d'une fixation ou d'un problème insurmontable.

Eu égard aux tests effectués, l'expert a considéré que les critères d'un état dépressif dans le sens clinique du terme ne pouvaient pas être retenus. Les constatations actuelles étaient similaires à celles faites en 2005 (rapport SMR), de sorte qu'il a déclaré rejoindre les conclusions antérieures, étant précisé que des réactions anxiodépressives avaient certes existé, mais qu'elles n'avaient jamais pris l'ampleur d'un état clinique avec répercussion sur la capacité de travail. L'assurée présentait des tendances anxieuses légères et dysthymiques, qui ne « paraissent pas « dignes » d'un diagnostic à part et sont de plus, en quelque sorte, compensées par le processus d'invalidation qui a déjà pris une certaine ampleur et fixation. » D'après l'expert, les convictions personnelles de l'assurée d'être sérieusement malade étaient immuables, mais paraissaient être en forte contradiction avec l'apparence clinique. Il n'a pas pu conclure qu'il s'agissait d'une tendance à la majoration de symptômes pour des raisons psychologiques et sociales, mais a estimé que certains éléments extramédicaux y jouaient un rôle, soit notamment son âge, sa formation quasi inexistante, ses croyances personnelles ou encore sa dette découverte à la fin du divorce. Au vu de ces constatations, l'expert n'a pas retenu d'incapacité de travail d'un point de vue psychiatrique ou de diminution de rendement.

La situation personnelle était décrite comme un peu retirée avec réduction des contacts sociaux, mais sans absence de contacts, l'assurée maintenant des liens avec deux de ses sœurs, une amie et son enfant. De plus, elle s'intéressait au tricot, lisait, s'informait et sortait se promener.

16. Par avis du 15 février 2008, la Dresse I _____ a estimé, au vu de cette expertise, qu'il n'existait ni comorbidité psychiatrique entraînant une incapacité de travail de longue durée ni perte d'intégration sociale ou échec d'un traitement conforme aux règles de l'art, mais que des affections corporelles chroniques d'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable, étaient présentes. Elle a ainsi conclu que la fibromyalgie n'était pas invalidante et confirmé que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans l'activité antérieure et de 100% dans une activité adaptée.
17. Par décision sur opposition du 10 juillet 2008, l'OCAI a confirmé ses décisions du 15 juin 2006 et précisé que sur demande écrite et motivée, l'assurée pouvait solliciter une aide au placement. Aucun trouble psychique n'était en effet apparu depuis les décisions initiales de refus de prestations et aucune péjoration de l'état de santé susceptible de modifier l'appréciation initiale de la capacité de travail résiduelle n'avait été mise en évidence.
18. Par acte du 10 septembre 2008, l'assurée, représentée par Me Manuel MOURO, a recouru contre ladite décision sur opposition, sollicitant, préalablement, l'audition des Drs J _____ et C _____, et, principalement, l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a allégué qu'elle souffrait depuis plusieurs années d'une dépression, dont la gravité oscillait entre moyenne et sévère, et que le rapport d'expertise du Dr L _____ était en totale contradiction avec ceux du Dr J _____. Est joint au recours un certificat du 5 septembre 2008 de ce médecin, lequel a déclaré que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, dont la gravité fluctuait entre l'état moyen et grave. Depuis le décès de son fils il y a deux ans, l'épisode dépressif était grave et résistait au traitement. Le médecin a également posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux de type fibromyalgie, de troubles de l'appareil locomoteur, générateurs de douleurs et d'impotence physique invalidante. L'incapacité de travail de l'assurée était totale pour des raisons psychiques depuis le mois de janvier 2003. Aucune réadaptation professionnelle n'était envisageable.
19. Par réponse du 26 février 2009, l'OCAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, en l'absence d'éléments déterminants pouvant modifier son appréciation du cas.
20. Par réplique du 20 avril 2009, l'assurée a tout d'abord soutenu que les affirmations de l'expert psychiatre, ayant indiqué dans son rapport qu'elle s'était rendue à l'examen sans avoir consommé de médicaments, étaient entièrement fausses. En

effet, lorsqu'elle a été examinée par le Dr L _____, elle rentrait d'Espagne, où elle avait participé à une commémoration des funérailles de son fils et venait d'être opérée au pied, de sorte que pour se rendre à l'examen, elle avait pris d'importantes quantités d'antidépresseurs et d'antidouleurs. Par ailleurs, d'après elle, les données radiologiques n'avaient pas été correctement prises en considération par l'expert dans le cadre de l'examen rhumatologique. Eu égard aux avis divergents des différents médecins et de l'erreur sur laquelle l'expert avait fondé son appréciation, elle a conclu à l'audition des Drs K _____ et J _____ et à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Elle a joint à sa réplique

- un rapport du 30 mars 2009 du Dr J _____, lequel ne comprenait pas pour quelles raisons l'expert ne l'avait pas contacté avant d'établir son rapport et n'avait pas constaté la gravité de l'état psychique de l'assurée. Il a rappelé que la problématique psychique résistait au traitement et que l'assurée était en incapacité totale de travail, ses douleurs l'empêchant de rester dans la même position plus de quelques minutes ;

- Un rapport du 12 février 2009 du Dr C _____, qui a relevé que l'assurée avait été hospitalisée au Service de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) du 17 au 27 juin 2008 pour une évaluation de ses rachialgies. Il a retenu que d'après les IRM cervicale et lombaire, elle souffrait d'une atteinte anatomique et physiologique, soit notamment d'une hernie discale C5-C6 de localisation médiane et para-médiane droite appuyant sur la partie antérieure droite du fourreau dural et sur la racine C6 ainsi que d'une hernie discale C6-C7 médiane et para-médiane, mais sans conflit radiculaire. Il se demandait pourquoi les différentes expertises, notamment rhumatologiques, ne tenaient pas davantage compte des données radiologiques. La patiente présentait ainsi, d'après lui, un syndrome douloureux chronique, mais associé à un contexte médical réel d'hernie discale cervicale, de troubles dégénératifs discaux lombaires participant largement à l'expression de la symptomatologie douloureuse. Les rachialgies diffuses étaient invalidantes. Par ailleurs, il a souligné que l'assurée était sous fortes doses d'antidépresseurs le jour de l'examen du Dr L _____, contrairement à ce qu'avait affirmé la Dresse I _____ ;

- un rapport du 2 juin 2008 du Dr K _____, spécialiste FMH en neurologie lequel a déclaré que l'examen ENMG montrait « comme seule anomalie des signes de dénervation-réinnervation chronique ancienne dans le triceps, de façon bilatérale sous forme de potentiels de trop grande taille. Le reste de l'examen est tout à fait normal. Il n'y a en particulier pas d'élément en faveur d'un syndrome du tunnel carpien. Il n'y a pas non plus de signe de polyneuropathie, de myopathie ou de maladie de la jonction neuromusculaire. Au total il est indéniable qu'il existe des anomalies cervicales et lombaires mais sans signe de compression médullaire ou radiculaire ».

21. Par courrier du 30 avril 2009, l'assurée a produit deux rapports du 16 avril 2009 du Dr. M_____, lequel a attesté qu'en raison d'une lombalgie basse en barre avec syndrome facettaire et lyse isthmique, il avait procédé à une infiltration articulaire postérieure. La coupe transversale (CT) lombaire permettait au médecin de conclure à une « intégrité de la lordose lombaire avec l'étage L5-S1 pincement discal, double lyse isthmique sans antélisthésis. Débord discal circonférentiel avec petite hernie foraminale et extraforaminale gauche au contact de la racine L5 gauche. »
22. Les 11 et 28 mai 2009, l'OCAI a transmis au Tribunal de céans deux rapports du Dr N_____, médecin au SMR, qui a considéré que les divers documents ne mettaient pas en évidence de modification de l'état de santé, de sorte que les appréciations ressortant des diverses expertises restaient valables. Il a précisé qu'une lyse isthmique sans antélisthésis n'entraînait en général pas de troubles fonctionnels et la hernie discale présente chez l'assurée pas de troubles radiculaires (EMG de juin 2008). D'après le médecin, sa situation médicale n'avait probablement pas changé depuis l'examen SMR en 2005.
23. Dans un courrier du 29 juin 2009, l'assurée a réitéré le fait qu'il était incompréhensible que l'avis de l'expert L_____ divergeait tant de ceux des Drs J_____ et C_____, de sorte qu'elle maintenait sa requête de mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Elle a également soutenu que le Dr N_____ s'exprimait en termes généraux et que ses conclusions n'étaient pas nécessairement applicables à son cas, de sorte qu'il s'agissait d'un argument supplémentaire pour ordonner une expertise.
24. Suite à la transmission de ce courrier à l'OCAI, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où

les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 9 juillet 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1^{er} janvier 2004 et du 1^{er} janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité à partir du mois de septembre 2003 et à une mesure d'ordre professionnel doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. En vertu de l'article 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Les délais ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 60 al. 2 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA p.a.).

En l'espèce, la décision du 9 juillet 2008 ayant été reçue par le Conseil de l'assuré le 15 juillet 2008, le délai de recours échoit le 14 septembre 2008, de sorte que le recours a été déposé dans le délai légal.

De plus, les prescriptions de forme ayant été respectées (art. 56 à 61 LPGA), le recours est recevable.

4. Est litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'OCAI a dénié à l'assurée le droit à une rente et à une mesure d'ordre professionnel.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} 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^{er} 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^{er} LPGA).
6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

7. Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie.

Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49).

Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une 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, de 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de

cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen *in Praxis* 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

8. 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).

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. À cet égard, il convient 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 a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

9. Dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), le Tribunal fédéral a considéré qu'un rapport SMR signé par le docteur E_____ avec l'indication « Psychiatre FMH » ne pouvait se voir attribuer pleine valeur probante en raison d'une irrégularité d'ordre formel liée à l'utilisation d'un titre auquel ce médecin ne pouvait prétendre. Au moment de son expertise, elle ne disposait pas d'une

autorisation d'exercer une activité à titre de médecin dépendant puisque cette autorisation lui avait été délivrée le 24 novembre 2006 par le Département vaudois de la santé et de l'action sociale. Le Tribunal fédéral a estimé qu'indépendamment des compétences professionnelles propres du docteur E_____, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration. Aussi la juridiction cantonale n'était-elle pas en droit de fonder son appréciation sur ce seul avis médical, d'une valeur probante affaiblie.

10. 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).
11. En l'espèce, l'assurée a d'abord été examinée à deux reprises par les Drs E_____ et F_____. Il y a lieu de signaler que leurs rapports d'examen sont entachés d'un vice formel, attendu que la Dresse E_____, qui les a cosignés, ne disposait ni de l'autorisation d'exercer en tant que médecin dépendant ni du titre médical dont elle s'est prévalu. Les médecins du SMR ont du reste tenté de remédier à ce vice formel émettant un rapport daté du 27 février 2007 identique à celui rendu en septembre 2005, mais signé également par les Drs G_____ et H_____ et sans que le titre de psychiatre FMH n'apparaisse aux côtés du nom de la Dresse E_____ (pièce 49, pages 6 et suivants). Si les rapports des médecins du SMR présentent ainsi une valeur probante affaiblie, il est vrai qu'ils sont fondés sur une appréciation consensuelle entre deux médecins, de sorte qu'on ne saurait sur la base de cet unique argument d'ordre formel leur dénier toute valeur probante (cf. not. Arrêt du Tribunal fédéral du 10 octobre 2007 I 594/06 consid. 5 et les références). Le Tribunal de céans constate que leurs rapports se fondent sur une anamnèse détaillée, sur les plaintes de l'assurée ainsi que sur un examen médical, toutefois, on ne comprend pas les raisons qui ont amené la Dresse E_____ à retenir un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive d'intensité légère. Elle n'explique en effet pas pourquoi elle conclut à ce diagnostic et écarte, du reste, dans le status psychiatrique tout trouble anxieux et ne décrit que de discrets traits dépressifs, ne permettant pas de retenir un trouble dépressif spécifique. Ainsi, compte tenu du vice formel et du manque de clarté dans la motivation, ces rapports ne sauraient se voir reconnaître valeur probante.
12. L'assurée a été soumise à une nouvelle expertise psychiatrique réalisée par le Dr L_____ en date du 2 février 2008.

Force est de constater que ce rapport d'expertise comporte également un défaut de motivation ainsi que des contradictions. En effet, dans le cadre de son appréciation du cas (discussion), l'expert résume largement l'anamnèse médicale et personnelle de l'assurée, mais n'explique pas les résultats des examens qui ont été énoncés dans les tableaux et n'expose qu'en dix lignes ce qu'il résulte du comportement et des déclarations de l'assurée lors de l'examen. Par ailleurs, l'expert conclut que son appréciation est très proche des observations effectuées en 2005 par les examinateurs SMR et dit rejoindre les conclusions faites à l'époque, toutefois, il n'en explique pas les raisons. Enfin, alors même qu'il confirme les conclusions des rapports SMR, dont il ressort que l'assurée présente un trouble de l'adaptation, réactions mixtes et dépressives d'intensité légère, il indique que les tendances anxieuses légères et dysthymiques ne lui « paraissent pas « digne » d'un diagnostic à part », déclarations qui sont manifestement contradictoires. Ces constatations permettent déjà de douter de la pleine valeur probante de cet examen.

13. Du reste, l'examen sur lequel le rapport d'expertise se fonde a été effectué dans des circonstances exceptionnelles qui demeurent floues. En effet, l'expert a indiqué avoir reçu l'assurée quelques jours après une opération de son pied gauche, alors qu'elle n'avait plus pris un seul de ses treize médicaments quotidiens depuis quatre jours, ce qu'elle a, d'après le rapport, elle-même déclaré à l'expert (p. 11 rapport d'expertise). Ce dernier n'a cependant pas effectué de tests sanguins lors de son examen. Le médecin traitant de l'assurée, le Dr C_____, a quant à lui exposé, dans son rapport du 12 février 2009, que contrairement à ce qui avait été retenu dans l'expertise, l'assurée était sous fortes doses d'antidépresseurs le jour de l'examen de l'expert.

Pour le surplus, les conclusions de l'expert et du psychiatre traitant sont entièrement divergentes. Alors même que l'expert n'a pas posé de diagnostic psychiatrique, le Dr J_____, suivant l'assurée depuis le mois d'octobre 2004, a notamment retenu, dans son rapport du 5 septembre 2008, que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent, dont la gravité fluctuait entre l'état moyen et grave et que depuis le décès de son fils, il y a deux ans, l'épisode dépressif était grave et résistait au traitement. Ce médecin a réitéré la gravité de l'état psychique de l'assurée dans son rapport du 30 mars 2009. Il y a lieu de préciser que ces rapports du psychiatre traitant peuvent être pris en considération, même s'ils ont été établis après la décision sur opposition, attendu qu'ils portent sur des faits étroitement liés à l'objet du litige et aptes à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

Ces constats font naître un doute supplémentaire quant aux conclusions auxquelles l'expert est parvenu.

14. Par conséquent, au vu des contradictions contenues dans l'expertise, des positions radicalement opposées des médecins traitants et de l'expert concernant tant l'état de santé de l'assurée ainsi que l'état dans lequel elle s'est présentée à l'examen du Dr L_____, le Tribunal de céans ne saurait statuer de manière définitive sur l'état de santé de l'assurée et ses conséquences sur sa capacité de travail. La cause n'est partant pas en l'état d'être jugée, de sorte qu'une expertise doit être ordonnée. Il n'est dès lors pas utile d'entendre les Drs C_____ et J_____.

Attendu qu'une fibromyalgie a été diagnostiquée tant par les médecins du SMR que par les médecins traitants, l'expertise devra porter sur les aspects rhumatologiques et psychiatriques, de sorte qu'elle sera confiée aux Drs O_____ et P_____, spécialistes FMH en rhumatologie et en psychiatrie, lesquels devront prendre tous renseignements nécessaires auprès des médecins traitants de l'assurée.

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

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise psychiatrique, les experts ayant pour mission d'examiner et d'entendre l'assurée, après s'être entourés de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'OCAI, ainsi que du dossier de la présente procédure et si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré. L'aide d'un interprète de langue espagnole est indiquée.
2. Charge les experts d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
 - a. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - b. Quelles sont les plaintes de l'assurée ?
 - c. Quelles sont vos constatations objectives ?
 - d. Quels sont les diagnostics rhumatologique(s) et psychiatrique(s) ? Depuis quelle date existent-ils ?
 - e. En cas de troubles psychiques, quel est le degré de gravité de chacun de ceux-ci (faible, moyen, grave) ?
 - f. Quelles sont les conséquences de chaque diagnostic posé sur la capacité de travail de l'assurée en pour-cent ?
 - g. Quelle est l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail entre 2002 et 2008 ?
 - h. Existe-t-il chez l'assurée une fibromyalgie ou un trouble somatoforme douloureux ? Si oui :
 - Existe-t-il une comorbidité psychiatrique ? Si oui, sous quelle forme et de quel degré (faible, moyen, grave) ?
 - Existe-t-il des affections corporelles chroniques ?

- Existe-il un processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ?
 - L'assurée subit-elle une perte d'intégration sociale et, le cas échéant, dans quelles situations?
 - Existe-t-il chez l'assurée 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) ?
 - Constatez-vous un échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement) ? L'assurée suit-elle un traitement adéquat ? Sinon quel traitement est-il indiqué ?
 - Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assurée qu'elle surmonte ses douleurs et qu'elle réintègre le monde du travail ? Si oui, quelle activité adaptée est-elle exigible ?
- i. Des mesures de réadaptations sont-elles envisageables et utiles ? Quelles sont leurs chances de succès ?
 - j. Apprécier les constatations et conclusions de l'expert psychiatre et des médecins examinateurs du SMR ?
 - k. Faire toute autre observation ou suggestion utile.
3. Commet à ces fins les Drs O _____ et P _____.
 4. Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport **en trois exemplaires** au Tribunal de céans.
 5. Réserve le fond.
 6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; 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

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste :

Diane E. KAISER

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