

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3244/2011

ATAS/775/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 juin 2012

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame M_____, domiciliée à Le Lignon, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Florence KRAUSKOPF, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____, née en 1968, a travaillé comme repasseuse de 1999 au 9 février 2007. Elle est gauchère.
2. Elle est la mère de N_____, née en 1995 à Lisbonne. L'enfant a rejoint sa mère au début de l'année 2000. A la suite d'une agression dont l'enfant a été victime à l'école, elle est restée psychiquement handicapée. Aujourd'hui, l'adolescente se trouve partiellement en foyer.
3. Le 10 juin 2009, M_____ a présenté une demande de prestations AI, sollicitant notamment une mesure de réadaptation professionnelle. Elle a fait état de limitations fonctionnelles permanentes de la main et du pouce ainsi que d'une dépression et d'angoisses.
4. Selon les certificats médicaux établis par le Centre médico-chirurgical des Acacias, elle a été en incapacité de travail totale du 12 février 2007 au 16 mars 2008, puis à 50% du 17 mars au 31 mai 2008 et à 25% du 1^{er} juin au 30 juin 2008. Depuis le 1^{er} juillet 2008, elle a recouvré sa pleine capacité de travail.
5. Le 11 juin 2007, elle a subi une opération du tunnel carpien droit et le 8 octobre 2007 une opération de la main droite en raison d'une possible maladie de Surdeck et d'une fibrose d'une branche transligamentaire.
6. Dans un rapport du 6 mai 2008, le Dr O_____, médecin interne, décrit l'évolution comme "lentement favorable à l'exception de la persistance d'une hyperalgésie tactile fluctuante de la région cutanée palmaire entourant sa cicatrice sans signe de déficit musculaire ou de récurrence de maladie de Surdeck". Une reprise à 50% était envisageable dès le 17 mars 2008, puis à 75% dès le 1^{er} juin et à 100% dès le 1^{er} juillet 2008.
7. Le Dr P_____, chirurgien de la main, atteste également d'une capacité de travail de 50% dès le 17 mars 2008, dans une activité adaptée. Dans son certificat du 4 mars 2008, il précise que l'atteinte fonctionnelle à la main droite est permanente. Ce médecin a également attesté d'une incapacité de travail totale du 9 au 16 février 2009.

Dans son rapport du 7 juillet 2009, destiné à l'AI, le Dr P_____ relève que la force de serrage est limitée à 5 kg et que la patiente ne peut pas monter ou descendre une échelle. Aucun traitement n'était alors en cours.

8. Le Dr R_____ du Centre médical des Acacias a signalé dans son rapport non daté, reçu le 26 août 2009 par l'AI, que la patiente était en incapacité de travail totale depuis le 23 mars 2005 (sic). Il n'y avait pas d'amélioration depuis l'opération. Elle ne pouvait pas prendre d'objet dans sa main. Par ailleurs, elle

souffrait d'un état anxiodépressif, de troubles amnésiques et attentionnels, de désorientations spatiales, de céphalées mixtes chroniques. Il recommandait un stage d'observation professionnelle. Elle ne pouvait plus soulever des poids de plus de 5 kg, exercer d'activité debout, travailler avec un bras au-dessus de la tête, accroupie ou à genoux, ni monter sur une échelle. Ses capacités de concentration, de compréhension et de résistance étaient limitées.

9. Selon l'ancien employeur, le salaire de l'assurée aurait été, en 2009, de 22 fr./h, l'horaire étant en moyenne de 45h par semaine.
10. Par courrier du 26 octobre 2009, l'AI a indiqué à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation n'était alors envisageable.
11. En avril 2010, le Dr R_____ retenait toujours une incapacité totale. La patiente, qui avait été suivie pendant cinq mois en 2009 par un psychiatre, n'avait depuis lors plus de suivi psychiatrique, car elle était stable. Elle effectuait un stage de réceptionniste à la Clinique de Beau-Séjour.
12. Le Dr P_____ a indiqué le 20 mai 2010 que l'état de santé de l'assurée était stationnaire; il ne s'était pas modifié depuis août 2008. Elle pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée, évitant le port de charges de plus de 5 kg. Il n'y avait pas de troubles psychiques.
13. Dans un rapport de novembre 2010, la Dresse S_____, psychiatre qui a suivi la patiente depuis le 4 octobre 2010 jusqu'au mois de juin 2011, a estimé la capacité de travail de celle-ci à 70% dans une activité adaptée; la limitation était due à des facteurs somatiques. Elle a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et de fibromyalgie. Le pronostic était bon.
14. Le 20 décembre 2010, le Dr R_____ a relevé que la fibromyalgie était décompensée et "s'est avancée au premier plan avec somatisation importante". Il estimait que cette péjoration s'était installée en octobre 2010.
15. Le Dr T_____ de l'Unité de chirurgie de la main des HUG a indiqué le 1^{er} février 2011 que la patiente souffrait d'une "allodynie mécanique post (illisible) du tunnel carpien depuis 2007". La main droite était difficilement utilisable. La patiente ne pouvait effectuer qu'une activité monomanuelle gauche. La dépression était sans répercussion sur la capacité de travail; l'assurée présentait une fibromyalgie. Par ailleurs, l'épaule et le genou droit étaient douloureux.
16. Le 16 mars 2011, la Dresse S_____ a constaté que l'état de santé de sa patiente était stationnaire. L'épisode de dépression était moyen à sévère. Les premiers symptômes de dépression remontaient à février 2009. La Dresse S_____ a, par ailleurs, insisté sur le fait que seule une reprise d'activité

professionnelle pourrait sortir la patiente de sa dépression. Le trouble psychique ne diminuait en tout cas pas la capacité de travail.

17. A la demande de l'AI, les U_____, spécialiste en rhumatologie, et V_____, psychiatre, se sont vu confier un mandat d'expertise. Le premier a conclu à un syndrome douloureux chronique de la main et du poignet droits avec allodynie diffuse de la main et du poignet, une périarthrite scapulo-humérale droite avec conflit antéro-supérieur et tendinopathie du sus-épineux droit et une épicondylite droite. La fibromyalgie et l'obésité étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles impliquaient l'absence de préhension avec la main droite d'objets volumineux ou lourds, l'impossibilité de lever des objets de plus de 5 kg, l'absence d'activités répétitives avec le membre supérieur droit et de mouvements au-dessus de l'horizontale. La fibromyalgie n'entraînait pas de limitations fonctionnelles. Au vu des pièces au dossier, la reprise à 100% dès le 1^{er} juillet 2008 pouvait être cautionnée. L'activité de repasseuse n'était plus possible depuis février 2007. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient indiquées. L'assurée semblait d'ailleurs tout à fait motivée. Toute activité permettant une épargne globale du membre supérieur droit pouvait être réalisée à temps complet sans baisse de rendement.

L'experte psychiatre a retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de personnalité dépendante décompensée F60.7 et, sans répercussion sur celle-ci, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique réactionnel F33.11. De par son trouble de la personnalité, l'assurée devait être épaulée dans les démarches de reprise de travail. Toutefois, sa relation fusionnelle avec sa fille pouvait limiter la motivation dans lesdites démarches. Sur le plan psychiatrique, l'expertisée était en mesure de travailler à plein temps. Sa modeste maîtrise de la langue française nécessitait une activité peu exigeante, par exemple dans le domaine de la saisie des données, un travail de caisse léger, de réceptionniste ou dans une activité monomanuelle en industrie. Il n'y avait pas de diminution de rendement liée à l'affection psychiatrique. Un soutien spécialisé était nécessaire pour permettre la reprise d'un emploi. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient fortement indiquées.

18. Se fondant sur les deux expertises, l'OAI a rédigé un projet de décision refusant toute prestation, au vu du taux d'invalidité de 10% résultant de la comparaison du revenu qu'aurait réalisé l'assurée dans son ancienne activité avec celui qu'elle pourrait réaliser dans une activité adaptée. Les mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées, n'étant pas de nature à améliorer la capacité de gain de l'intéressée.
19. A la suite de l'opposition formée par cette dernière, l'OAI a confirmé sa décision, le 13 septembre 2011. Elle a repris l'argumentation figurant dans le projet de décision.

20. Par acte expédié le 13 octobre 2011 au greffe de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, l'assurée recourt contre cette décision, dont elle demande l'annulation. Elle conclut, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et, principalement, à l'octroi d'une rente dont le degré devra être fixé en fonction des conclusions de ladite expertise. Subsidiairement, elle demande à bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle.

La recourante explique être sortie choquée de la consultation qu'elle avait eue avec la Dresse V_____. La veille ou l'avant-veille de cette consultation, l'école de N_____ avait appelé la mère en urgence, car celle-là avait été surprise aux toilettes avec un garçon qui procédait à des attouchements sur la fille. Alors qu'elle était sous l'effet des psychotropes prescrits par son médecin, la recourante, qui avait voulu se rendre immédiatement en voiture à l'école de sa fille, s'était perdue en ville de Genève. Elle avait rapporté cet événement à la Dresse V_____, qui avait explosé de colère et l'avait traitée de totale irresponsable en lui disant qu'elle aurait pu tuer quelqu'un. L'experte lui avait, en outre, dit que si elle craignait que sa fille ait des relations sexuelles et tombe enceinte, elle n'avait qu'à "la castrer". Cette entrée en matière avait tétanisé l'expertisée, qui avait néanmoins pu poursuivre l'entretien, car elle était sous médication. Elle avait collaboré, craignant cependant que l'experte s'en prenne à elle, car elle "parlait constamment sur un ton très agressif". Celle-ci lui avait indiqué que la médication n'était pas adaptée et rajouté avec un sourire sarcastique que cette dernière provoquait presque toujours la maladie d'Alzheimer.

Au vu du fait que l'experte psychiatre avait "pris en grippe" l'assurée, il était vraisemblable que son expertise soit faussée. Par ailleurs, les conclusions étaient contradictoires. Dès lors que le trouble de personnalité dépendante empêchait, selon l'experte, l'assurée de trouver des solutions par elle-même, il paraissait douteux qu'une capacité de travail entière puisse être retenue. L'experte notait d'ailleurs que l'assurée ne pouvait, par elle-même, reprendre une activité professionnelle. En outre, l'experte n'avait pas clairement investigué les répercussions de la fibromyalgie sur le plan psychique. Enfin, le fait que le diagnostic de fibromyalgie n'avait été posé qu'en 2009 ne suffisait pas pour affirmer qu'il n'existait pas auparavant. Enfin, les deux experts ont estimé nécessaires des mesures de réadaptation professionnelle, sans lesquelles la reprise d'une activité n'était pas envisageable.

21. L'OAI conclut au rejet du recours. Il prend acte du fait que la recourante ne conteste pas les conclusions de l'expert rhumatologue. Il se dit surpris du fait que la recourante n'ait pas évoqué les difficultés rencontrées avec la Dresse V_____ lors de l'auscultation du Dr U_____, qui avait eu lieu après le rendez-vous avec la psychiatre. Dès lors que la déontologie et le professionnalisme de l'experte étaient mis en cause, il était souhaitable que celle-ci puisse se déterminer sur les reproches qui lui étaient adressés. Cela étant, la recourante ne souffrait pas d'une

comorbidité psychiatrique grave. Par ailleurs, l'assurée avait des loisirs et entretenait de bonnes relations avec ses proches chez qui elle se rendait régulièrement. En outre, son psychiatre traitant posait un pronostic favorable. Les critères pour une fibromyalgie invalidantes n'étaient donc pas remplis.

22. Dans ses déterminations, la recourante expose que provenant d'un milieu modeste, elle porte un certain respect, voire une attitude de soumission, aux personnes disposant d'une formation supérieure. C'est ainsi qu'elle ne s'est pas plainte du comportement de l'experte à l'issue de l'entretien. Elle indique avoir saisi les autorités administratives compétentes pour se plaindre de l'accueil que lui a réservé l'experte.
23. L'assurance a relevé que la recourante n'était pas dans une démarche de réinsertion professionnelle, puisqu'elle sollicitait une rente d'invalidité. Par ailleurs, l'expert rhumatologue avait nié une baisse de rendement, contrairement à ce que soutenait la recourante. L'OAI a ainsi persisté dans ses conclusions.
24. Répondant aux questions écrites de la Cour, le psychiatre traitant, le Dr A _____, a indiqué qu'il posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, de syndrome douloureux chronique et de fibromyalgie. Lors de la prise en charge de la patiente, les troubles psychiques étaient sévères. Depuis juillet 2011, une certaine amélioration s'était produite, grâce à la médication et au suivi thérapeutique. La patiente présentait néanmoins une vulnérabilité psychique accrue et des risques de rechutes significatifs. Les crises de sa fille, qui n'était que prise en charge partiellement, constituaient des facteurs de stress majeurs; la patiente devait les gérer, ce qui ne correspondait pas à la dynamique d'une personnalité dépendante, comme le retenait l'expertise. La médication antidépressive avait été changée. Le médecin estimait la capacité de travail à 50%, à condition que la reprise de travail soit accompagnée d'un soutien spécialisé. Des mesures d'orientation professionnelle paraissaient justifiées pour intégrer l'assurée dans une activité salariée partielle.
25. La recourante relève, dans ses observations relatives au courrier de son psychiatre, que celui-ci explique pour quelle raison les traits de personnalité dépendante retenus par l'experte ne correspondent pas à la réalité. Il existait des indices suffisants pour mettre en œuvre une expertise psychiatrique indépendante.
26. L'intimé se réfère à l'avis du SMR. Celui-ci considère que les symptômes décrits par le psychiatre traitant lors de la première consultation n'étaient pas présents au moment de l'expertise. L'anamnèse familiale évoquée par le Dr A _____ n'était qu'un élément expliquant la fragilité psychique de l'assurée, mais ne permettait pas de poser un diagnostic. Le psychiatre traitant partageait l'avis de l'experte qui préconisait une aide au réentraînement au travail et l'organisation d'un stage professionnel. Le premier expliquait d'ailleurs qu'un éventuel échec d'une

reprise de travail serait lié aux épisodes de décompensation de sa fille, rejoignant ainsi l'avis de l'experte, qui avait relevé la relation fusionnelle entre mère et fille, qui pouvait limiter la motivation de celle-là dans la démarche d'une reprise de travail. Le médecin traitant préconisait une activité à 50% afin d'éviter une éventuelle décompensation, alors que l'experte proposait un coaching et un réentraînement au travail afin d'optimiser les conditions de reprise de travail.

27. Les parties ont ensuite été informées du fait que la cause était 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), 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.

Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 60 et 61 let. b LPGA).

2. Est litigieuse la question de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement à une rente et, subsidiairement, à des mesures de réadaptation professionnelle.

3a. 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. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

b. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de

travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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.

4. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGGA. 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; ATF n.p. I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).
 - a. Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral 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. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret.
 - b. La reconnaissance de l'existence 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 396 consid. 5.3). 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 (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

-
- c. En présence d'une fibromyalgie, il faut donc retenir que 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; 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).

- 5a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2).
- b. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3; 122 V 157 consid. 1c).

- c. 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).
- d. Si un assuré a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; 124 V 90 consid. 4b).
- 6a. En l'espèce, l'expertise rhumatologique est convaincante. En effet, celle-ci contient une anamnèse circonstanciée, tient compte du dossier médical et a été établie à la suite de l'examen clinique approfondi de l'expertisée par le Dr U_____, qui a par ailleurs également effectué des radiographies. Les plaintes de l'assurée sont relatées dans le détail. L'expert pose des diagnostics clairs, à savoir avec répercussion sur la capacité de travail un syndrome douloureux chronique de la main et du poignet droits avec allodynie diffuse de ceux-ci, une périarthrite scapulo-humérale droite avec conflit antéro-supérieur et tendinopathie du sus-épineux droit ainsi qu'une épicondylite droite. Les limitations fonctionnelles engendrées par ces diagnostics touchent la main droite (non dominante) et sont décrites précisément: pas de préhension d'objets volumineux ou lourds, pas de ports ou de soulèvements de charges de plus de 5 kg, pas d'activité répétitive avec le membre supérieur ni de mouvements au-dessus de l'horizontale. Les autres diagnostics, notamment la fibromyalgie, n'entraînent pas de limitations

fonctionnelles. En tenant compte des limitations précitées, une activité adaptée peut être exercée à 100%, sans baisse de rendement, depuis le 1^{er} juillet 2008. Les conclusions auxquelles parvient l'expert rhumatologue sont dûment motivées, claires et ne présentent aucune contradiction. Par ailleurs, elles sont corroborées par l'avis du Dr P_____, chirurgien de la main, qui le 20 mai 2010 avait retenu une capacité de travail à 100%, précisant que l'état de santé somatique ne s'était pas modifié depuis août 2008. Aucun médecin consulté par la recourante n'évoque d'autres limitations fonctionnelles ou un élément de nature à douter du bien-fondé de l'appréciation du Dr U_____. La recourante ne conteste, au demeurant, pas le rapport de cet expert. La Cour ne s'écartera donc pas de celui-ci.

- b. L'expertise psychiatrique se fonde sur les pièces médicales, une anamnèse approfondie et un entretien avec la recourante. La Dresse V_____ pose les diagnostics de personnalité dépendante décompensée (pouvant avoir une répercussion sur la capacité de travail) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique à caractère réactionnel F33.11. Suit une discussion circonstanciée exposant les éléments fondant les diagnostics et une appréciation du cas, comportant également des recommandations de changement de médication, au demeurant approuvé par le psychiatre traitant que l'experte a contacté par téléphone. La personnalité dépendante de l'expertisée n'apportant une limitation que relative à la reprise d'une activité professionnelle, elle ne peut être considérée comme comorbidité incapacitante. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale. Le processus défectueux de résolution de conflit pourrait être mis en corrélation avec l'atteinte à la santé de la fille, ce qui n'était cependant pas du ressort du dossier AI.

La Dresse V_____ expose qu'en raison du trouble de la personnalité que présente l'expertisée, celle-ci a besoin d'être épaulée dans les démarches visant la reprise d'un emploi (stage d'observation, réentraînement au travail). Si la collaboration devait être "défectueuse", ce ne serait pas en raison de l'atteinte psychique. La relation fusionnelle entretenue par l'expertisée avec sa fille pouvait limiter la motivation (et donc la collaboration) dans les démarches de reprise d'activité. Sur le plan psychique, l'assurée avait les moyens d'exercer une activité professionnelle à plein temps, sans diminution de rendement. Un travail de caisse léger, de réceptionniste ou dans une activité monomanuelle en industrie était réalisable. En raison de la personnalité dépendante, la fragilité de l'intéressée avait décompensé à la suite de l'atteinte à la santé de sa fille et aux échecs de retrouver du travail. Ainsi, un soutien spécialisé était nécessaire pour la reprise d'un emploi. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient donc fortement indiquées.

Le rapport d'expertise donne des réponses claires, qui ne présentent par ailleurs pas de contradictions. Contrairement à ce que soutient la recourante, l'experte s'est prononcée sur les répercussions de la fibromyalgie sur l'état psychique, estimant que ce dernier n'atteignait pas un degré de gravité, qui serait incapacitant. Par

ailleurs, la Dresse V _____ relève que l'assurée n'a pas de vie associative, ne pratique pas de sport, n'a pas d'amis et fuit les voisins, qui se seraient moqués de sa fille. En revanche, l'experte expose que la recourante se rend tous les week-ends chez sa sœur où elle rencontre ses deux nièces et deux petits-neveux et téléphone tous les jours à ses parents au Portugal. L'assurée ne conteste pas ces éléments; elle ne soutient pas non plus qu'elle ait, par le passé, disposé d'un réseau social, perdu à la suite de certains événements de sa vie. Il ne peut ainsi être retenu, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que le constat de l'experte selon lequel il n'y avait pas de perte d'intégration sociale serait erroné, comme le fait valoir la recourante.

La recourante se plaint, en outre, de l'attitude adoptée par la Dresse V _____ à son encontre, qui, notamment, aurait explosé de colère lorsqu'elle avait raconté avoir pris le volant pour se rendre à l'école de sa fille alors qu'elle était sous l'emprise de psychotropes, lui aurait dit de "castrer" sa fille si elle craignait qu'elle tombe enceinte, se serait adressée à elle sur un ton agressif et aurait affiché un sourire sarcastique en lui disant que la médication, erronée, de la recourante provoquait la maladie d'Alzheimer. L'assurée indique avoir dénoncé cette attitude aux autorités disciplinaires. Les reproches formulés par la recourante sont d'une certaine gravité.

Cela étant, l'expertise ne comporte pas de jugement de valeur à l'encontre de l'assurée. Aucune trace de sarcasme n'est, par ailleurs, perceptible. En outre, les conclusions de la Dresse V _____ sont corroborées par celles du psychiatre traitant. En effet, celui-ci pose également le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré. En outre, il expose que lors de la prise en charge en juillet 2011, l'épisode de dépression était sévère, mais que la mise en place d'un traitement médicamenteux et thérapeutique adéquat avait permis une évolution favorable. En cela, le psychiatre traitant rejoint également l'experte, qui avait suggéré un changement de médication, en vue d'améliorer le traitement. Comme exposé plus haut (consid. 4c), le degré de la dépression décrit tant par l'experte que par le Dr A _____ n'atteint pas la gravité requise par la jurisprudence pour retenir le caractère invalidant de la fibromyalgie. Qui plus est, le Dr A _____ ne retient pas le diagnostic de personnalité dépendante, qui cependant est le seul susceptible d'influer sur la capacité de travail de l'assurée.

Concernant ladite capacité, le psychiatre traitant l'estime à 50%, considérant qu'une reprise à 100% risquait de provoquer une décompensation psychiatrique. Or, d'une part, il convient de tenir compte du lien thérapeutique unissant le médecin à sa patiente. D'autre part, la jurisprudence pose la présomption qu'à défaut d'une atteinte majeure à l'état psychique, cette comorbidité n'engendre pas d'incapacité de travail.

Par ailleurs, en novembre 2010, la Dresse S _____, psychiatre qui a suivi la patiente depuis le 4 octobre 2010 jusqu'au mois de juin 2011, a également posé le

diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et indiqué que le pronostic était bon. Elle a estimé la capacité de travail de celle-ci à 70% dans une activité adaptée; la limitation était due à des facteurs somatiques. En mars 2011, l'état de santé était décrit comme stationnaire. La Dresse S _____ a, en outre, insisté sur le fait que seule une reprise d'activité professionnelle pourrait sortir la patiente de sa dépression. Le trouble psychique ne diminuait en tout cas pas la capacité de travail.

Ainsi, il n'apparaît pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'un éventuel manquement de la Dresse V _____ aux égards indubitablement dus à la recourante - et dont la première devra répondre sur le plan disciplinaire s'ils étaient avérés - ait concrètement influencé sur l'analyse effectuée par celle-ci. Les avis des psychiatres consultés par la recourante ne comportent, comme cela vient d'être exposé, pas d'éléments permettant de douter des conclusions de l'experte psychiatre. Il ne se justifie ainsi pas de s'écarter de ces dernières ni d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique. La Cour retiendra donc que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de la recourante est entière.

7. Dans la mesure où la recourante ne peut plus exercer son activité habituelle, il convient d'examiner si elle subit une diminution de revenus dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
 - a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe 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 (ATF 129 V 222 consid. 4.1; 128 V 174).
 - b. Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1 (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). Quant au revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

- c. L'intimé a retenu, en se fondant sur les indications fournies par l'ancien employeur de la recourante, qu'elle aurait pu réaliser, en 2008, un revenu annuel de 51'480 fr. en tant que repasseuse. En exerçant une activité simple et répétitive tenant compte de ses limitations fonctionnelles, la recourante aurait pu percevoir, selon les salaires statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (tableau TA1 pour une femme exerçant dans tous les secteurs confondus une activité de niveau 4), un revenu annuel de 51'368 fr. Compte tenu d'un abattement de 10%, dû aux limitations fonctionnelles, le degré d'invalidité était de 10,20% (51'480 fr. comparé à 46'231 fr.). Ces éléments sont corrects. Ils ne sont, au demeurant, pas critiqués.

Compte tenu du degré d'invalidité de 10,2% prévalant au moment où le droit à la rente a pris naissance, soit le 1^{er} décembre 2009, la recourante ne peut prétendre à une rente d'invalidité, le taux d'invalidité de 40% n'étant pas atteint (art. 28 al. 2 LAI).

8. Reste à examiner si elle peut bénéficier d'autres prestations, en particulier de mesures de réadaptation professionnelle qu'elle demande à titre subsidiaire.
- a. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour bénéficier des mesures de réadaptation, l'assuré doit être invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1^{er} LAI). Une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités). Pour des mesures de réinsertion, l'incapacité de travail doit atteindre 50% (art. 14a LAI); la question du degré d'invalidité reste ouverte concernant les autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (ATF n.p. 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

- b. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGa) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). Les assurés présentant une incapacité de travail complète ou partielle doivent avoir droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver (FF 2005 4279). Il résulte du message du Conseil fédéral (FF 2005 4319) que l'art. 18 al. 1 LAI formule les conditions d'octroi de manière que toute personne en incapacité de travail, mais apte à la réadaptation, puisse profiter du placement. Selon la jurisprudence, les

raisons de santé pour lesquelles l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié entrent dans la notion d'invalidité propre à l'aide au placement si l'atteinte à la santé occasionne des difficultés dans la recherche d'un emploi au sens large (ATF 116 V 80 consid. 6a).

- c. En l'espèce, le degré d'invalidité n'atteignant pas 20%, la recourante ne peut bénéficier de mesures de reclassement ni de réinsertion.

L'intimé a indiqué dans la décision querellée que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles n'étaient pas de nature à améliorer la capacité de gain de l'assurée. Cette affirmation est correcte.

Toutefois, il a été retenu par les experts et les médecins traitants que la recourante avait besoin d'une "réadaptation professionnelle". L'experte psychiatre a indiqué que celle-ci avait besoin, de par son trouble de la personnalité, du soutien d'une équipe spécialisée, afin de s'habituer à un rythme de travail, de s'intégrer dans le tissu social et de mobiliser ses ressources. En cas d'échec de telles mesures, il fallait cependant considérer que celui-ci n'était pas lié à des raisons médicales. L'expertisée avait besoin d'être épaulée dans les démarches visant la reprise d'un emploi.

Ainsi, en raison de son trouble de la personnalité, seule une aide ciblée permet à la recourante de réintégrer le marché du travail. Une aide au placement paraît dès lors indiquée dans le cas d'espèce. En effet, celle-ci est de nature à proposer un soutien actif à l'assurée dans la recherche et la prise d'un emploi approprié. Contrairement à ce que soutient l'intimé, une telle mesure ne vise pas à améliorer la capacité de gain de l'intéressée, mais simplement à lui apporter une aide en vue de trouver un emploi adapté (cf. ATF n.p. I 503/2001 du 7 mars 2003, consid. 3.2).

L'experte psychiatre a, certes, relevé que la relation fusionnelle qu'entretenait l'assurée avec sa fille pouvait constituer un frein à la motivation de celle-ci de reprendre une activité professionnelle. Il ne s'agit toutefois que d'une hypothèse. Par ailleurs, l'expert rhumatologue a constaté, comme la psychiatre traitante, que la recourante était motivée pour la reprise d'un emploi. Le fait qu'elle ait, dans son recours, également contesté le refus du droit à la rente, ne permet pas d'en déduire une absence de motivation à la reprise d'une activité. L'assurée a d'ailleurs expressément demandé l'octroi de mesures de réadaptation dans l'hypothèse où une rente partielle lui était reconnue. Les conditions subjectives à l'octroi d'une aide au placement sont donc remplies.

Enfin, la recourante ne peut plus exercer son activité habituelle en raison des atteintes à la santé physique. Par ailleurs, elle souffre d'une atteinte à la santé psychique, qui, bien que non invalidante, l'empêche de reprendre une activité adaptée sans être épaulée dans cette démarche. Vient encore s'ajouter, à l'élément médical nécessitant l'aide au placement, le fait que la recourante est désormais

absente du marché du travail depuis plusieurs années (cf. ATF n.p. I 200/2001 du 10 septembre 2001, consid. 3c).

Au vu de l'ensemble de ces éléments, il convient de mettre la recourante au bénéfice d'une aide au placement.

Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis.

9. L'émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il versera également la somme de 1'500 fr. à la recourante, à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA).

* * *

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours contre la décision du 13 septembre 2011 recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision querellée en tant qu'elle refuse toute mesure professionnelle.
3. Dit que la recourante a droit à une aide au placement et renvoie la cause à l'intimé pour la mise en place de cette aide.
4. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de dépens.
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

Brigitte BABEL

Florence KRAUSKOPF

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