

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3507/2010

ATAS/229/2011

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**

**DE LA COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**du 7 mars 2011**

**6 Chambre**

En la cause

Madame W \_\_\_\_\_, domiciliée au Petit-Lancy, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître METZGER David

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente**

---

### **EN FAIT**

1. Mme W\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née A\_\_\_\_\_ en 1959, de nationalité suisse, mariée en 1982, divorcée en 2006, remariée en 2010, mère de deux enfants nées en 1982 et en 1993, a été mise au bénéfice d'un moyen auxiliaire (appareil acoustique) le 24 février 1987 en raison d'une hypoacousie bilatérale, renouvelé le 12 mars 1996 et le 9 juillet 2001.
2. L'assurée a exercé une activité de vendeuse de 1976 à 1980, puis d'ouvrière conditionneuse de 1981 à 1990 et de vendeuse dans un tabac-journaux de 2001 à 2002. Elle a été en incapacité de travail du 21 mars au 2 mai 2003. Elle a signé un contrat d'emploi temporaire du 1<sup>er</sup> juillet 2005 au 30 juin 2006 (employée administrative dans une crèche). Elle s'est inscrite le 1<sup>er</sup> juillet 2006 à l'Office cantonal de l'emploi (OCE).
3. Le 26 novembre 2005, l'assurée a été victime d'un accident, en glissant sur une plaque de glace elle a fait le grand écart, sans chuter, entraînant une douleur et impotence fonctionnelle de la péri-hanche droite. L'assurée a été en incapacité totale de travail depuis le 26 novembre 2005 établie par certificats médicaux du Dr L\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, en raison d'un trouble douloureux lombosacré associé à des troubles statiques et dégénératifs du rachis.
4. Le 21 avril 2006, le Dr L\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de tendinopathie (sur désinsertion partielle ?) des muscles trochantériens et du muscle couturier au MID. L'incapacité de travail était de 100 % du 26 novembre 2005 au 26 mars 2006 et de 50 % dès le 27 mars 2006.
5. Le 20 juillet 2006, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué une rechute de l'accident du 26 novembre 2005 par l'apparition à nouveau de douleurs aiguës avec impotence fonctionnelle au niveau de la péri-hanche droite 48 heures après la tentative de reprise de l'activité professionnelle entraînant une incapacité de travail.
6. Selon un entretien avec la SUVA du 27 juillet 2006, l'assurée se plaignait de douleurs à l'aîne, devant et derrière la cuisse droite.
7. Le 2 août 2006, le Dr M\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique, médecin-conseil de la SUVA, a estimé que la rechute de mai 2006 n'était pas en relation avec l'accident de novembre 2005 car aucune lésion traumatique n'avait été identifiée de manière certaine. Le lien était admis jusqu'au 18 avril 2006, date de la reprise de travail.
8. Par décision du 4 août 2006, la SUVA a refusé d'allouer des prestations pour les lésions annoncées le 18 mai 2006 dès lors qu'elles n'avaient pas de lien de causalité avec l'accident du 26 mai 2005.

9. Un cat-scan de la colonne lombaire du 8 janvier 2007 a conclu à une situation inchangée par rapport à l'examen de février 2006, soit une discopathie étagée débutante avec des calcifications étagées des bords postérieurs des disques. Discrète arthrose postérieure. Pas de signe de hernie discale ou de conflit disco ou ostéoarticulaire manifeste. Rétrécissement des canaux de conjugaison L5-S1 bilatéral, plus à droite, par des ostéophytes marginaux inférieurs de L5.
10. Le 18 juillet 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations (orientation professionnelle et rente) auprès de l'assurance-invalidité.
11. Le 7 août 2007, le Dr N\_\_\_\_\_ du service de néphrologie des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG) a indiqué à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) qu'il n'avait reçu l'assurée que trois fois en consultation en 2006.
12. Le 28 août 2007, le Dr L\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics de syndrome douloureux myofascial lombaire droit avec dysfonctionnement algique lombo-pelvien droit, spondylodiscarthrose cervicale et lombaire et coxarthrose droite débutante entraînant une incapacité de travail depuis le 26 novembre 2005 dans l'activité habituelle avec une possible capacité de travail de trois à quatre heures par jour dans une activité sans charge lourde, avec changement de position (réceptionniste, contractuelle, gardienne).
13. Le 11 septembre 2007, le Dr O\_\_\_\_\_, FMH pneumologie, a rendu un rapport médical AI et posé le diagnostic de troubles du sommeil sur décalage horaire depuis l'été 2005 sans répercussion sur la capacité de travail.
14. Une IRM lombaire du 2 novembre 2007 a conclu à un syndrome facettaire postérieur L3-L4 sans autre anomalie visible.
15. Une ultrasonographie des loges rénales du 6 décembre 2007 a conclu à une discrète précession gauche du bassin, pas d'asymétrie de longueur des MI. Ebauche de pincement supéro-externe et d'ostéophytose marginale au niveau de la hanche gauche.
16. Dans le questionnaire servant à déterminer le statut de l'assuré, l'assurée a répondu qu'elle ne savait pas si, en bonne santé, elle reprendrait une activité lucrative en raison du fait qu'un de ses enfants était atteint d'un cancer, et qu'elle exercerait une activité comme vendeuse / conditionneuse à 60 % car elle avait des besoins financiers depuis sa séparation.
17. Le 21 mai 2008, le Dr P\_\_\_\_\_, FMH médecine physique et rééducation, médecin au SMR, a rendu un avis de la suite de l'examen de l'assurée le 20 mai 2008.

L'assurée se plaignait de douleurs lombaires basses depuis 2000, puis, depuis son accident, d'une douleur aux hanches irradiant sur la cuisse droite, de cervicobrachialgies, céphalées et de douleurs diffuses touchant les articulations dans leur ensemble ainsi qu'un trouble de l'équilibre chronique.

Le médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombopyalgies droites chroniques M54.46 sur trouble dégénératif étagé (discopathie L5-S1); syndrome facettaire L3-L4, avec liquide intra-articulaire. Coxalgies bilatérales prédominant à droite sur : coxarthrose débutante et périarthrite de la hanche. Cervicobrachialgies gauches sur côtes surnuméraires.

La globalité de la symptomatologie somatique mise en avant par l'assurée pouvait être partiellement expliquée par les atteintes à la santé ostéoarticulaires mises en évidence par les examens complémentaires.

L'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis le 26 novembre 2005, de 50 % dans l'activité de vendeuse depuis le 1<sup>er</sup> avril 2006 et, depuis cette même date, une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assise/debout, pas de position en antéflexion en porte-à-faux du rachis contre résistance, diminution du périmètre de marche à environ 15 à 20 minutes, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas de position en genuflexion ou accroupie à répétition.

18. Le 13 juin 2008, les Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ du SMR ont indiqué que même si la fibromyalgie était retenue, seul le critère de l'affection corporelle chronique était réalisé de sorte que cette affection n'était pas invalidante.
19. Le 21 août 2008, un rapport d'enquête économique sur le ménage a été rendu. Il est relevé qu'en bonne santé, l'assurée travaillerait à 80 %, soit un statut de ménagère à 20 % et qu'elle subissait une invalidité de 23,9 % dans la sphère ménagère.
20. Par projet de décision du 29 septembre 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée en constatant que son taux d'invalidité était de 17 %, soit une invalidité de 14,8 % dans la sphère lucrative de 80 % (revenu sans invalidité de 40'142 fr. et un revenu avec invalidité de 34'189 fr., dont une déduction de 15 %) et de 23,9 % dans la sphère ménagère de 20 %.
21. Le 10 octobre 2008, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI en relevant qu'il lui était impossible de reprendre son activité de vendeuse de sorte qu'elle sollicitait des mesures de réadaptation professionnelle. Elle a joint un avis du Dr L\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2008 selon lequel les limitations fonctionnelles reconnues rendaient impossible une activité de vendeuse.

22. Par décision du 30 octobre 2008, l'OAI a confirmé le rejet de la demande de prestations.
23. Le 28 novembre 2008, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru (procédure A/4330/2008) à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation, préalablement à l'ordonnance d'une expertise rhumatologique et psychiatrique judiciaire, et, principalement, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et de mesures professionnelles, étant constaté qu'elle ne pouvait travailler à plus de 50 % dans une activité adaptée, qu'elle subissait une invalidité d'au moins 50 % dans le ménage et que son statut d'active ne dépassait pas 60 %.
24. Le 25 novembre 2008, le Dr L\_\_\_\_\_ a rendu un avis selon lequel l'assurée présentait une pathologie complexe incomplètement élucidée et caractérisée, par des manifestations immuno-allergiques (urticaire, œdème angionévrotique, arthralgies éventuellement, néphropathie), un trouble douloureux diffus, invalidant, péjoré depuis l'accident de novembre 2005 et affectant de façon constante la région lombo-pelvienne droite et de façon moins systématique d'autres niveaux du rachis ainsi qu'une hématurie microscopique avec des antécédents de maladie lithiasiques urinaire probable. Elle avait par ailleurs développé au cours de cette dernière année un trouble dépressif et anxieux réactionnel à la grave maladie de sa fille, nécessitant pour celle-ci de multiples séjours hospitaliers. Les diagnostics actuellement objectivés comportaient la mise en évidence d'une allergie (polyallergie ?) médicamenteuse.
- Sa capacité de travail ne pouvait être entière dans une activité nécessitant déplacements et station debout prolongée.
25. le 19 décembre 2008, les Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ ont estimé qu'il n'existait aucun fait nouveau dans le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2008.
26. Le 12 janvier 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours.
27. Par arrêt du 14 août 2009 (ATAS/1009/2009), le Tribunal cantonal des assurances sociales a partiellement admis le recours, annulé la décision de l'OAI du 30 octobre 2008 et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique, oto-rhino-laryngologique et psychiatrique) dans les meilleurs délais et rende une nouvelle décision. Il a considéré que le rapport du Dr S\_\_\_\_\_ n'était pas suffisamment probant et que l'aspect psychiatrique n'avait pas été investigué.
28. A la demande de l'OAI, le CEMed de Nyon a rendu une expertise le 5 juillet 2010, soit les Drs T\_\_\_\_\_, FHM rhumatologie, U\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie-psychothérapie et V\_\_\_\_\_, FMH oto-rhino-laryngologie.

---

L'assurée se plaignait de lombalgies et douleur paratrochantérienne droite, cervicalgie, céphalées occipito-temporales avec sono et photophobie. L'expertise a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de :

- Périarthrite de la hanche gauche sur tendinite du moyen fessier.
- Surdité mixte à forte composante de transmission, bilatérale, prédominant à droite. De ce côté les PEA ne permettent pas d'écarter une atteinte rétrocochléaire surajoutée.
- Une atteinte vestibulaire périphérique, sous forme de séquelles d'un déficit vestibulaire brusque ne peut être  cart e formellement.

Et sans répercussion sur la capacité de travail :

- Spondylodiscarthrose cervicale et lombaire.
- Fibromyalgie.
- Dysthymie F34.1 depuis 2009.

Ces atteintes entraînaient des limitations de sorte qu'il fallait éviter la position debout prolongée, la montée d'escaliers, le maintien de l'équilibre en appui monopodal droit, le travail en milieu bruyant, en hauteur ou encore requérant des mouvements incessants de la tête et du corps. Une activité adaptée était possible à 100 %.

29. Le 19 juillet 2010, les Drs C \_\_\_\_\_ et R \_\_\_\_\_ du SMR ont conclu à une capacité de travail exigible depuis avril 2006 à 50 % comme vendeuse et à 100 % dans une activité adaptée (  traduire en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation).
30. Par projet de décision du 10 août 2010, l'OAI a constaté que le degré d'invalidité de l'assurée était de 17 % et rejeté la demande de prestations. Le revenu sans invalidité était de 40'142 fr.   80 % et le revenu d'invalidé était de 34'189 fr.   80 % (compte tenu d'un abattement de 15 %) de sorte que l'invalidité dans la sphère professionnelle était de 14,8 %. Dans la sphère ménagère, l'invalidité était de 23,9 %.
31. Le 8 septembre 2010, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle contestait le projet de décision. Elle n'avait travaillé comme vendeuse que de 2001 à 2002 puis comme secrétaire dans une crèche depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2005. Son ancienne activité n' tati donc pas celle de vendeuse. La conclusion du SMR selon laquelle elle était capable d travailler à 100 % était en contradiction avec les nombreuses limitations fonctionnelles constatées. Par ailleurs, aucune expertise neurologique n'avait été pratiqu e alors que le Tribunal cantonal des assurances sociales l'avait demand e. Les critères de la fibromyalgie n'avaient pas été examinés par les experts. Le revenu avec invalidité issu de l'ESS était contesté et l'OAI devait lui indiquer quelle activité concrète elle était en mesure d'exercer. L'enquête ménagère effectuée le

21 août 2008 était trop ancienne. Elle ne pouvait en définitive travailler plus qu'à 50 % de sorte qu'elle avait droit à une demi-rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles.

32. Par décision du 15 septembre 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision.
33. Le 15 octobre 2010, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au moins depuis le 1<sup>er</sup> juin 2006 ainsi qu'à des mesures professionnelles. Une expertise neurologique n'avait pas été effectuée alors qu'elle avait été demandée par le Tribunal cantonal des assurances sociales et ses douleurs pouvaient provenir d'une atteinte neurologique. La problématique des allergies médicamenteuses n'avait pas été investiguée, alors qu'elle avait une influence sur les douleurs et l'état psychique. Les critères jurisprudentiels pour déterminer si une fibromyalgie était invalidante n'avaient pas été examinés. L'instruction médicale était lacunaire car l'expertise mélangeait périarthrite de la hanche gauche avec périarthrite avec prédominance à droite. L'enquête ménagère était trop ancienne. Les experts n'avaient pas indiqué le type d'activité possible au vu des limitations constatées. Le taux de capacité de travail était arbitraire (100 % puis 80 % en raison de la périarthrite). L'expertise n'était pas probante même si elle présentait des troubles somatoformes il existait aussi des troubles ostéoarticulaires organiques. Tout au plus une activité à 50 % adaptée mais non pas de vendeuse, pouvait être envisagée. Elle n'avait jamais travaillé à plus de 60 %. Dans la sphère ménagère elle subissait un empêchement d'au moins 50 %. Une déduction plus importante que 15 % sur le revenu d'invalidité était justifiée.
34. Le 9 novembre 2010, l'intimé a réservé ses conclusions au fond et conclu à l'ordonnance d'une expertise neurologique judiciaire.
35. Le 26 novembre 2010, la recourante a observé qu'il convenait d'ordonner une expertise pluridisciplinaire judiciaire (psychiatrique, neurologique, oto-rhino-laryngologique et rhumatologique).
36. Le 4 février 2011, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au Dr D \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en neurologie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.
37. Le 8 février 2011, l'intimé a transmis un avis de la réadaptation professionnelle du 1<sup>er</sup> février 2011 selon lequel à défaut d'exigibilité médicale complète, une exigibilité professionnelle ne pouvait être fixée, celle-ci devant être évaluée après l'expertise neurologique.

38. Le 14 février 2011, le recourant a observé que c'était vraisemblablement à tort que l'expertise du CEMed avait diagnostiqué une atteinte à la hanche gauche car elle souffrait de la hanche droite, de sorte qu'il incombait à l'expert de spécifier la hanche souffrante.
39. Le 17 février 2011, l'intimé a transmis un avis du SMR selon lequel il convenait de compléter la mission d'expertise par une demande de description de status.

### **EN DROIT**

1. Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestation du 18 juillet 2007 et une incapacité de travail alléguée depuis novembre 2005. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, mais uniquement pour les faits postérieurs à cette date.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 10 août 2010, qui a été confirmé par la décision du 15 septembre 2010, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant la Cour de céans le 15 octobre 2010.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

4. a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007 (aLAI) est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.»

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (let. b).

c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins

---

découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29<sup>bis</sup> est toutefois applicable par analogie (al. 2).

5. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant

(arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

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

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

7. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent

un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

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

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

---

sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

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

e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

8. En l'espèce, le Tribunal cantonal des assurances sociales avait, dans son arrêt du 14 août 2009, ordonné à l'OAI de procéder à une instruction complémentaire par le biais d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, neurologique, oto-rhino-laryngologique et psychiatrique. L'intimé a mandé le CEMed pour une expertise avec volets rhumatologique, psychiatrique et ORL selon avis du SMR du 17 novembre 2009. Dans le cadre du présent recours, les parties concluent toutes deux à l'ordonnance d'une expertise neurologique. Il convient en l'état, d'ordonner une telle expertise dès lors que l'aspect neurologique n'a pas fait l'objet de l'expertise du CEMed, étant précisé que la question de la valeur probante de l'expertise du CEMed et, en conséquence, celle de l'ordonnance d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire judiciaire telle que requise par la recourante, sera examinée ultérieurement.
9. En conséquence, il convient d'ordonner une expertise neurologique, laquelle sera confiée au Dr D \_\_\_\_\_, FMH neurologie,.

Pour répondre aux observations des parties, les question 2g et 2q seront complétées.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable ;

**Préparatoirement :**

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au D \_\_\_\_\_. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
  - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme W\_\_\_\_\_.
  - c. Examiner Mme W\_\_\_\_\_.
  - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
    - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
    - f. Quelles sont les plaintes de Mme W\_\_\_\_\_ ?
    - g. - Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme W\_\_\_\_\_ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ?  
- Quel est le status ?
    - h. Les atteintes sont-elles objectivables ? Si oui, les plaintes sont-elles expliquées par de telles atteintes objectivables ?
    - i. Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ?
    - j. Mme W\_\_\_\_\_ suit-elle un traitement adéquat ?
    - k. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?
    - l. Compte tenu de vos diagnostics, l'assurée pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

- m. Une activité adaptée est-elle possible ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?
  - n. En particulier l'activité de vendeuse est-elle exigible ? Si non, depuis quelle date et pour quels motifs ?
  - o. Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?
  - p. L'expertise du CEMed du 5 juillet 2010 a conclu à une capacité de travail de la recourante de 100 % dans une activité adaptée. Etes-vous d'accord avec cette appréciation ? Si non, pourquoi ? Veuillez motiver précisément vos divergences.
  - q. Confirmez-vous le diagnostic de périarthrite de la hanche gauche (ou de la hanche droite ?) sur tendinite du moyen fessier ? Si oui, cette atteinte entraîne-t-elle une diminution de la capacité de travail de la recourante et dans quelle mesure ?
  - r. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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