

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3742/2008

ATAS/632/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 26 mai 2009**

En la cause

Madame F\_\_\_\_\_, domiciliée à ONEX, représentée par  
FORUM SANTE, Madame Christine BULLIARD

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyn BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame F\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1962, d'origine portugaise, est arrivée en Suisse en 1995. Elle a travaillé en qualité de champignoniste auprès de X\_\_\_\_\_ du 11 septembre 2000 au 31 octobre 2006.
2. L'assurée s'est inscrite à l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (ci-après OCE) en date du 1<sup>er</sup> novembre 2006.
3. Sur requête de l'OCE, elle a effectué, du 26 mars au 25 avril 2007, un stage à raison de six heures par jour auprès de l'Atelier de réadaptation préprofessionnelle des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG). Il ressort du rapport y relatif du 27 avril 2007 rédigé par le Dr L\_\_\_\_\_, médecin répondant et Monsieur M\_\_\_\_\_, technicien responsable, que la position debout ne pouvait pas être tolérée plus d'une heure, celle-ci ayant provoqué une enflure des deux membres inférieurs au niveau des genoux. Ils ont également constaté une enflure au poignet et à l'avant-bras gauches ainsi que des douleurs au niveau de l'épaule gauche et des vertèbres cervicales. Les travaux demandant une élévation des bras au dessus du niveau des épaules n'étaient plus exigibles. L'assurée avait présenté des douleurs migrantes avec certains signes physiques objectifs et d'autres douleurs avaient pu être décelées par ses attitudes en situation de travail. Le médecin et le technicien ont conclu que seul un placement à 50% pouvait encore être exigé de l'assurée. Il est enfin précisé qu'aucune évaluation médicale n'avait été réalisée au cours de l'observation.
4. Par rapport du 27 juin 2007, la Dresse N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a informé le Dr Alain O\_\_\_\_\_, Médecin-conseil de l'OCE, que l'assurée présentait des cervicolombalgies chroniques avec de discrets syndromes lombovertébraux non déficitaires et un probable état dépressif. Sa capacité de travail était nulle de manière définitive pour tout travail lourd et totale dans une activité professionnelle ne nécessitant pas de port de charges lourdes ou de travail lourd et permettant de se mobiliser fréquemment.
5. Par préavis du mois de juillet 2007 adressé à l'OCE, le Dr O\_\_\_\_\_ a déclaré que l'assurée présentait une incapacité totale de travail définitive dès le mois d'octobre 2006 dans toute activité lucrative et a posé le diagnostic de fibromyalgie. Les limitations fonctionnelles concernaient la même position plus d'une heure par jour, la position à genoux ou accroupie, l'inclinaison du buste, l'utilisation des deux bras et des mains de manière complète, le port de charges de plus de 5 kilogrammes, les mouvements des membres ou du dos occasionnels, les horaires de travail irréguliers, le travail en hauteur ou sur une échelle, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente et un environnement froid et bruyant. Il a précisé que les atteintes de l'assurée liées à la fibromyalgie, avec des amplitudes articulaires normales mais douloureuses, limitaient notablement en temps et en intensité les

---

gestes nécessaires à l'exercice d'une activité lucrative ainsi que les activités habituelles. Il a considéré que malgré sa volonté d'intégration, elle était inapte au travail.

6. Par décision du 28 août 2007, l'assurée a été déclarée inapte au placement par l'OCE dès le 24 juillet 2007, n'étant pas en mesure de travailler dans le marché primaire ou économique ainsi que difficilement dans une activité en milieu protégé.
7. L'assurée a déposé, en date du 3 septembre 2007, une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) tendant à l'octroi d'une rente. Elle a indiqué souffrir de douleurs au dos, aux jambes et aux bras, depuis plusieurs années.
8. Par questionnaire du 17 septembre 2007, le dernier employeur de l'assurée a informé l'OCAI qu'elle avait travaillé en tant que cueilleuse jusqu'au 31 octobre 2006, à raison de sept heures par jour, cinq jours et demi par semaine. Le contrat de travail avait pris fin en raison de la cessation d'activité de l'entreprise. Le salaire de l'assurée était de 19 fr. 70 de l'heure et aurait été de 20 fr. de l'heure dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007. Son salaire annuel était de 38'892 fr. 75 en 2005 et de 38'546.40 en 2006.
9. Par rapport du 19 septembre 2007, la Dresse N\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervicolombalgies chroniques dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique diffus et de probable état dépressif, diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, et de status post-néphrectomie gauche, de status post-hystérectomie, d'obésité et de status post-opération du tunnel carpien gauche, diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. L'assurée présentait une capacité de travail nulle dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006 en tant que champignoniste, et de 50% au maximum dans une activité ne nécessitant pas le port de charges lourdes ou l'exécution de tâches lourdes et permettant des changements de position. Les limitations fonctionnelles concernaient la position assise et la position debout plus de quelques heures par jour, la même position pendant une durée prolongée, la position à genoux ou accroupie, l'inclinaison du buste, les horaires de travail irréguliers, le travail en hauteur ou sur une échelle, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente et un environnement froid, bruyant et poussiéreux.
10. Dans un rapport du 26 novembre 2007, le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a retenu une fibromyalgie, présente depuis le mois de janvier 2007 et ayant une répercussion sur la capacité de travail, ainsi que des diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Selon lui, l'incapacité de travail était totale depuis le 31 octobre 2006 dans toute activité lucrative, en raison de ses douleurs et de son impotence fonctionnelle. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : le fait de se pencher, la même position du corps plus d'une

heure par jour, la position à genoux, le parcours à pieds de plus de 1000 mètres, le port de charges de plus de 3 kilogrammes, un horaire de travail irrégulier, le travail en hauteur ou sur une échelle, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente et un environnement froid.

11. Sur requête de la Dresse Q\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), l'assurée a été soumise, en date du 30 janvier 2008, à un examen clinique rhumato-psychiatrique effectué par les Drs R\_\_\_\_\_, psychiatre, et S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecins au SMR. Ils ont rendu leur rapport le 15 février 2008 et ont posé les diagnostics de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann (M54) et de syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une gonarthrose bilatérale débutante, à prédominance droite (M22.2), diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, et de fibromyalgie (M79.0) et d'obésité, diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail.

L'examineur rhumatologue a constaté que, sur le plan somatique, il existait des troubles statiques du rachis, des troubles dégénératifs modérés du rachis cervical et lombaire avec des signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la rotation du tronc et des discrets troubles dégénératifs des genoux, prédominants légèrement à droite. En ce qui concernait le membre supérieur gauche, ils ont noté, sur la base d'une radiographie et d'une échographie, la présence d'une sclérose du trochiter et d'un acromion crochu, d'un conflit antéro-supérieur et d'une tendinopathie du sus-épineux sans rupture de la coiffe, avec présence d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne. Toutefois, lors de l'examen clinique, les épreuves de PSH (périarthrite scapulo-humérale) n'étaient pas particulièrement douloureuses aux épaules, mais diffusément aux membres supérieurs, de sorte que le diagnostic de fibromyalgie a été retenu. De plus, la plupart des points de fibromyalgie étaient douloureux sans toutefois qu'elle s'accompagne d'une pathologie psychiatrique invalidante ou remplissant le critère de la sévérité. Le status neurologique ne présentait pas de problème.

Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique était dans les limites de la norme et n'avait pas démontré la présence d'une dépression majeure, d'une décompensation psychotique, d'une anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de perturbation de l'environnement psychosocial, qui était normal, ou de limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes. L'état dépressif diagnostiqué par le médecin rhumatologue de l'assurée n'a pas pu être objectivé. Il était possible, selon le psychiatre, qu'elle ait développé une symptomatologie dépressive réactionnelle ou simplement une humeur dépressive sans incidence sur la capacité de travail et actuellement en rémission complète.

Selon les examinateurs, les limitations fonctionnelles, liées uniquement aux atteintes du rachis et des genoux, concernaient l'alternance des positions assise et debout deux fois par heure, le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kilogrammes, le port régulier de charges de plus de 12 kilogrammes, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, les genuflexions répétées et le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles et d'escaliers. Ils ont conclu que la capacité de travail de l'assurée était de 50% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006 en tant que champignoniste, les troubles statiques et dégénératifs du rachis étant modérés et les troubles dégénératifs des genoux discrets. Sa capacité de travail était entière, dès cette date-là, dans toute autre activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles présentées. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible était entière.

12. Le 25 février 2008, la Dresse Q\_\_\_\_\_ a confirmé qu'il y avait lieu de retenir une entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
13. En date du 29 mai 2008, un employé de l'OCAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Il a déterminé le revenu sans invalidité 2007 de 42'050 fr. en se basant sur les données communiquées par son dernier employeur. Le revenu avec invalidité 2007 a été calculé en fonction de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tableau TA1 tous secteurs confondus pour une activité de niveau 4 et a été adapté en fonction de la durée hebdomadaire de travail en 2007, toutefois, il n'a pas été indexé selon l'Indice suisse nominal des salaires (ci-après ISS). Un abattement de 10% a été accordé en raison de l'existence de limitations fonctionnelles. Le salaire avec invalidité était ainsi de 45'250 fr., de sorte que le degré d'invalidité était nul.
14. Le même jour, l'OCAI a signifié à l'assurée un projet de refus de mesure de reclassement dans une nouvelle profession, une aide au placement pouvant être sollicitée par demande écrite et motivée, ainsi qu'un projet de refus de rente d'invalidité, le degré d'invalidité étant nul.
15. Par courrier du 18 juin 2008, l'assurée a contesté les projets de décision précités, en particulier le degré d'invalidité. En effet, elle a indiqué que la capacité de travail de 100% retenue tant par l'OCAI que par les examinateurs SMR ne reflétait pas son état de santé. Les médecins des HUG avaient, en effet, considéré qu'elle présentait une incapacité de travail supérieure à 50% et ses médecins arrivaient à la même conclusion. De plus, elle n'était pas capable d'effectuer certaines tâches domestiques.
16. L'assurée a été reçue en date du 7 juillet 2008 à l'OCAI. Il ressort du procès-verbal d'audition du même jour qu'elle a estimé que les limitations fonctionnelles retenues étaient appropriées, à l'exception du fait qu'elle était incapable de soulever des

---

poids de 5 kilogrammes de façon régulière, laissant fréquemment tomber des objets de ses mains en raison de ses problèmes de santé. De plus, elle a expliqué qu'il ne lui semblait pas possible d'exercer une profession à temps complet et qu'elle ne pouvait plus accomplir une grande partie de ses tâches ménagères, soit notamment passer l'aspirateur, laver la vaisselle, nettoyer les vitres ou faire les lits. Elle a enfin déclaré souffrir de douleurs aux épaules, aux hanches, au bas du dos, aux cervicales et aux pieds, lesquels gonflaient rapidement.

17. Sur requête de l'OCAI, la Dresse N\_\_\_\_\_ a précisé, par courrier du 21 août 2008, qu'elle pensait que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans sa précédente activité et de 50% dans une activité légère adaptée.
18. Par avis du 9 septembre 2008, la Dresse Q\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que la Dresse N\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'éléments susceptibles de modifier ses précédentes conclusions.
19. Par décisions du 18 septembre 2008, l'OCAI a confirmé ses projets de décision du 29 mai 2008.
20. Par acte du 17 octobre 2008, l'assurée a recouru auprès du Tribunal de céans contre les deux décisions précitées, sollicitant qu'une rente entière lui soit allouée. Elle a considéré que son état de santé se péjorait et qu'il ne lui permettait pas de débiter une activité lucrative, même légère, étant précisé que l'OCE avait reconnu, dans sa décision du 28 août 2007, qu'elle n'était pas en mesure de travailler dans le marché primaire ou économique et que même une activité en milieu protégé était difficile à mettre en œuvre.
21. Par préavis du 15 décembre 2008, l'OCAI a proposé le rejet du recours et la confirmation des décisions attaquées.
22. Par écriture complémentaire du 13 janvier 2009, l'assurée, représentée par FORUM SANTE, a persisté dans ses conclusions et a signalé que la décision de l'OCE du 28 août 2007 faisait état d'une maladie osseuse, dont l'OCAI avait fait abstraction dans le cadre de l'instruction du dossier. Par ailleurs, elle soutient que l'OCAI aurait dû tenir compte de la décision de l'OCE ainsi que des rapports des Drs O\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ et des HUG et qu'il n'avait pas indiqué les motifs pour s'en écarter. De plus, la valeur probante du rapport du SMR devait être niée, attendu que les médecins l'ayant établi n'avaient pas une vision objective de la situation.
23. Par courrier du 17 février 2009, l'OCAI a persisté dans ses conclusions et a produit un avis du 12 février 2009 de la Dresse Q\_\_\_\_\_. Celle-ci a notamment précisé que la fragilité osseuse n'avait pas pu être objectivée, mais que les troubles du rachis, la maladie de Scheuermann ainsi que le syndrome rotulien bilatéral avec gonarthrose débutante étaient décrits dans le rapport du SMR du 30 janvier 2008 et

enfin, que le caractère invalidant de la fibromyalgie y avait également été discuté, de sorte que le médecin maintenait son avis du 25 février 2008.

24. Par courrier du 3 mars 2009, l'assurée allègue que l'OCE avait établi son incapacité à se réinsérer sur le marché de l'emploi en raison de son état de santé et qu'il y avait ainsi lieu de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité.
25. Suite à la transmission de ce courrier à l'OCAI, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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, les décisions litigieuses du 18 septembre 2008 sont postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions, entrées en vigueur respectivement en date du 1<sup>er</sup> janvier 2004 et du 1<sup>er</sup> janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité à partir d'octobre 2007 et à un reclassement dans une nouvelle profession doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. Le présent recours interjeté dans les forme et délai prévus par la loi est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

4. La question litigieuse porte sur le point de savoir si l'OCAI a, à juste titre, nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité ainsi qu'à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession.
5. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique 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*).

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. 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.

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).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>e</sup> édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* ; MEYER/BLASER, *op. cit.* p. 81, note 135).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 261 consid. 4).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à

se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV no 10 p. 39 [arrêt Z. du 26 octobre 2004, I 457/04] consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 [arrêt S. du 8 février 2000, I 362/99]; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 228).

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

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. Étant 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 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99).

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).

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).

8. En l'espèce, l'assurée a été soumise, en date du 30 janvier 2008, à un examen rhumato-psychiatrique au SMR par les Drs R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_, lesquels ont posé les diagnostics de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec séquelles de maladie de SCHEUERMANN (M54) et de syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une gonarthrose bilatérale débutante, à prédominance droite (M22.2), diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, et de fibromyalgie (M79.0) et d'obésité, diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Selon les examinateurs, les limitations fonctionnelles, liées uniquement aux atteintes du rachis et des genoux, concernaient l'alternance des positions assise et debout deux fois par heure, le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kilogrammes, le port régulier de charges de plus de 12 kilogrammes, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, les genuflexions répétées et le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles et d'escaliers. La capacité de travail de l'assurée était de 50% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2006 en tant que champignoniste et de 100%, dès cette date-là, dans toute autre activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles présentées. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible était entière.

Le rapport d'examen se fonde tout d'abord sur une anamnèse tant familiale, personnelle, professionnelle, médicale, psychosociale et psychiatrique ainsi que sur les plaintes de l'assurée. Les résultats de l'examen clinique portant sur ses problèmes tant physiques que psychiques ont été exposés. Les diagnostics ont été

clairement énoncés et les conclusions, rendues au terme d'une appréciation du cas, sont motivées. Les experts ont notamment expliqué les raisons qui les ont conduit à conclure que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée et explicité quelles étaient ses limitations fonctionnelles somatiques dans le cadre de cette activité. Les experts ont également précisé pourquoi ils retenaient le diagnostic de fibromyalgie sans toutefois que l'assurée ne présente de troubles psychiques manifestes. Les conclusions de l'examen n'apparaissent pas en contradiction avec les constatations cliniques rapportées dans le cadre de l'expertise. Enfin, ce rapport ne contient aucun jugement de valeur ou d'indices pouvant faire douter de l'objectivité des médecins du SMR. Le rapport d'examen, aboutissant à des résultats convaincants, a ainsi a priori pleine valeur probante.

9. Il y a lieu de déterminer si les rapports des différents médecins ou celui des réadaptateurs pourraient remettre en cause sa valeur probante.

9.1. La Dresse N\_\_\_\_\_ a posé en grande partie les mêmes diagnostics et limitations fonctionnelles que ceux retenus par les examinateurs de SMR. Toutefois, elle s'est contredite dans ses rapports concernant la capacité de travail de l'assurée et n'a pas expliqué pour quelles raisons elle ne pouvait exercer une activité lucrative adaptée qu'à 50%. Par ailleurs, le Dr P\_\_\_\_\_ pose, tout comme ses confrères, le diagnostic de fibromyalgie, sans toutefois mettre en exergue pourquoi ce diagnostic aurait des répercussions sur la capacité de travail. Au vu de ce qui précède et au regard de la jurisprudence qui prévoit que les médecins traitants auraient tendance à prendre parti pour leur patient en cas de doute, les conclusions des médecins traitants ne sauraient être suivies.

9.2. D'autres rapports sont cependant également présents au dossier. Il s'agit d'abord du rapport du mois de juillet 2007 du Dr O\_\_\_\_\_ qui pose le seul diagnostic de fibromyalgie, diagnostic justifiant, d'après lui, une incapacité totale de travail définitive depuis le mois d'octobre 2006 tant dans sa précédente activité que dans toute autre activité lucrative. Il a précisé que les atteintes de l'assurée liées à la fibromyalgie, avec des amplitudes articulaires normales mais douloureuses, limitaient notablement en temps et en intensité les gestes nécessaires à l'exercice d'une activité lucrative ainsi que les activités habituelles. Toutefois, son rapport est bref et il n'apparaît pas qu'il mette en lumière de points qui n'aient pas été traités par les examinateurs de l'OCAI.

9.3. Enfin, il ressort du rapport de stage, établi par un médecin et un réadaptateur de l'Atelier de réadaptation professionnelle des HUG, que l'assurée ne devait pas rester en position debout plus d'une heure, celle-ci provoquant une enflure des deux membres inférieurs au niveau des genoux. Ils ont également constaté une enflure au poignet et à l'avant-bras gauches ainsi que des douleurs au niveau de l'épaule gauche et des vertèbres cervicales, de sorte qu'ils ont conclu que les travaux demandant une élévation des bras au dessus du niveau des épaules n'étaient plus

exigibles. Ce rapport décrit principalement les limitations fonctionnelles de l'assurée et conclut que seul un placement de 50% peut encore être exigé, toutefois, aucun examen médical n'a été effectué durant le stage professionnel.

Il y a lieu de constater que les examinateurs SMR ont également retenu des limitations fonctionnelles concernant les changements de positions fréquents ainsi que les positions qui étaient exclues afin que tant les genoux que le rachis de l'assurée soient épargnés. En ce qui concernait le membre supérieur gauche, ils ont noté, sur la base d'une radiographie et d'une échographie, la présence d'une sclérose du trochiter et d'un acromion crochu, d'un conflit antéro-supérieur et d'une tendinopathie du sus-épineux sans rupture de la coiffe, avec présence d'une bursite sous-acromio-deltaïdienne. Toutefois, lors de l'examen clinique, les épreuves de PSH (périarthrite scapulo-humérale) n'étaient pas particulièrement douloureuses aux épaules, mais diffusément aux membres supérieures, de sorte que le diagnostic de fibromyalgie avait été retenu. Par conséquent, les examinateurs du SMR n'ont certes par fait état des mêmes limitations fonctionnelles en ce qui concerne le membre supérieur gauche que le médecin et le réadaptateur des HUG, toutefois, ils ont clairement énoncé les raisons les amenant à constater l'existence d'une fibromyalgie sans incidence sur la capacité de travail et on comprend ce qui les a amené à conclure de la sorte. Les examens des médecins du SMR ont ainsi porté sur tous les points soulevés par le rapport professionnel, de sorte que leurs conclusions devront être suivies.

- 9.4 Il apparaît ainsi qu'aucun rapport médical ou professionnel ne saurait remettre en cause la pleine valeur probante du rapport SMR qui convainc le Tribunal de céans.
- 9.5. Au demeurant, l'assurée allègue, dans ses écritures du 13 janvier 2009, qu'il ressort de la décision de l'OCE du 29 août 2007 qu'elle présentait une maladie osseuse, qui n'avait pas été prise en considération par l'OCAI dans l'instruction du dossier.

Il ressort effectivement de la décision de l'OCE que l'assurée aurait déclaré à cet Office qu'elle était atteinte d'une fragilité osseuse. Elle a également signalé « une inflammation des os » aux examinateurs du SMR.

Le Tribunal de céans constate que les examinateurs du SMR se sont notamment fondés sur le dossier radiologique de l'assurée et qu'ils n'ont pas relevé de fragilité osseuse. Cette fragilité n'a du reste pas non plus été attestée ni par les médecins traitants de l'assurée ni par les autres médecins ayant examiné l'assurée, de sorte que ces allégations ne sauraient remettre en cause les conclusions probantes de l'examen SMR.

## 10. Reste à déterminer si la fibromyalgie présente un caractère invalidant.

- 10.1. Il y a d'abord lieu de déterminer si l'assurée présente une comorbidité psychiatrique importante de par sa gravité, son acuité et sa durée. A la lecture du

---

rapport SMR, l'examen psychiatrique était dans les limites de la norme. Le psychiatre a souligné qu'aucun état dépressif n'avait été objectivé et qu'il était possible que l'assurée ait développé une symptomatologie dépressive réactionnelle ou simplement une humeur dépressive sans toutefois qu'elle ait une influence sur sa capacité de travail et qu'elle était du reste actuellement en rémission. Au vu de ces constatations, l'assurée ne présente manifestement pas de comorbidité psychiatrique importante au sens de la jurisprudence.

10.2. L'assurée ne réunit pas non plus plusieurs des autres critères consacrés par la jurisprudence lesquels sont susceptibles de fonder un pronostic défavorable quant à l'exigibilité, au plan psychique, d'une reprise de l'activité professionnelle. Même s'il devait être considéré que l'assurée présente des affections corporelles chroniques ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, il n'apparaît pas qu'elle subisse une perte d'intégration sociale en raison de sa maladie, ayant une vie sociale normale et voyant régulièrement ses amis. En outre, l'assurée ne présente pas d'état psychique cristallisé sans évolution possible sur le plan thérapeutique, attendu qu'elle n'a jamais bénéficié d'un soutien thérapeutique et les examinateurs n'ont pas établi d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Ils ont enfin indiqué que l'assurée mettait en avant ses plaintes somatiques qu'elle amplifiait verbalement, sans aucun signe de souffrance et sans attirer leur empathie.

10.3. Par conséquent, c'est à juste titre que l'OCAI a considéré que la fibromyalgie n'avait pas de caractère invalidant au sens de la jurisprudence et que l'assurée présentait une entière capacité de travail dans toute activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles, comme retenu par les examinateurs SMR.

11. L'assurée soutient au demeurant que l'OCAI aurait dû prendre en considération les conclusions de l'OCE concernant son inaptitude au placement, attendu qu'elle n'était pas en mesure de travailler dans le marché primaire ou économique et que même une activité dans un cadre protégé était difficile à mettre en œuvre.

Il sera rappelé que l'assurance-invalidité et l'assurance-chômage ne sont pas deux branches d'assurance complémentaires. Les organes de l'assurance-chômage déterminent l'aptitude au placement des personnes handicapées de manière essentiellement autonome, en collaboration avec les organes compétents de l'assurance-invalidité. À l'inverse, les décisions rendues par les organes de l'assurance-chômage au sujet de l'aptitude au placement des personnes handicapées n'ont pas d'influence sur l'évaluation de leur capacité de travail et de gain effectuée par les organes de l'assurance-invalidité (art. 28a al. 1<sup>er</sup> LAI, art. 15 LACI, art. 15 al. 1 et 3 OACI).

Par conséquent, la décision de l'assurance-chômage n'a pas d'influence sur l'évaluation faite par l'OCAI de la capacité de travail et de gain de l'assurée, de

sorte que l'argumentation de l'assurée ne saurait être suivie, et ce d'autant moins que l'OCAI a établi sa décision sur la base de documents médicaux convaincants.

12. Il a encore lieu de déterminer le degré d'invalidité de l'assurée.
13. En vertu de l'article 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. L'article 28 al. 2 LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 reprend la teneur exacte de cet article.
14. En l'espèce, le calcul du revenu avec invalidité doit se fonder sur les statistiques (ESS 2006) et c'est à juste titre que l'OCAI a retenu les activités simples et répétitives, qui sont moins bien rémunérées et qui ne requièrent pas de formation particulière. Il y a lieu de réactualiser ce montant en fonction des heures travaillées dans les entreprises en 2007 et de l'ISS. L'OCAI a procédé à un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles de l'assurée, ce qui doit être confirmé. Le revenu avec invalidité est ainsi de 45'923 fr. 90. Quant au revenu sans invalidité, il ne peut être que constaté qu'au vu des données de l'employeur, celui-ci est inférieur au revenu avec invalidité, de sorte que le degré d'invalidité est nul.
15. Par conséquent, l'assurée n'a pas droit à une rente d'invalidité, de sorte que la décision de l'OCAI devra être confirmée sur ce point.
16. Reste encore à savoir si l'assurée peut être mise au bénéfice d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession.
17. À teneur de l'art. 8 al.1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) 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 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. a<sup>bis</sup>), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d).

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1<sup>er</sup>).

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

18. Il a précédemment été établi que le degré d'invalidité de l'assurée était nul, de sorte qu'au vu de la jurisprudence, il ne saurait lui être accordé une mesure de reclassement professionnel. La décision de l'OCAI sera ainsi également confirmée sur ce point.
19. Enfin, il y a lieu d'examiner la question de l'aide au placement.
20. La mesure d'aide au placement prévue par l'art. 18 al. 1 LAI fait partie des mesures de réadaptation professionnelle prévues à l'article 8 LAI.
21. En l'espèce, l'OCAI a indiqué, dans sa décision de refus de reclassement, que sur demande écrite et motivée de la part de l'assurée, le droit éventuel à une aide au placement dans le but d'un soutien actif à la recherche d'un emploi approprié pourra être examiné. Il appartiendra dès lors à l'assurée de faire valoir son droit à une telle mesure directement auprès de l'OCAI si elle en éprouve le besoin.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

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