

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4330/2008

ATAS/1009/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 14 août 2009

En la cause

Madame D_____, domiciliée au PETIT-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître David METZGER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame D_____ (ci-après l'assurée), née en 1959, de nationalité suisse, sans formation professionnelle, a travaillé en tant que vendeuse en cosmétique de 1976 à 1980, puis en tant que conditionneuse dans ce domaine de 1981 à 1990. Elle s'est ensuite consacrée à l'éducation de ses deux enfants jusqu'en 2001. De 2001 à 2002, elle a travaillé comme vendeuse dans un kiosque. Puis, elle a bénéficié d'indemnités de chômage et dès le 1^{er} novembre 2005, elle a été placée dans le secrétariat d'une crèche à 60%.
2. Le 26 novembre 2005, l'assurée a glissé sur une plaque de verglas. Son accident a entraîné une tendinopathie et une incapacité de travail totale.
3. Le 27 mars 2006, l'assurée a repris son activité à 50%, puis à 100% dès le 18 avril 2006 jusqu'au 18 mai 2006, date à partir de laquelle elle a été en incapacité de travail totale.
4. En date du 18 juin 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI).
5. Par rapport adressé à l'OCAI le 28 août 2007, le Dr L_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a diagnostiqué en tant qu'atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail, un syndrome douloureux myofascial lombaire droit avec un dysfonctionnement algique lombo-pelvien droit, une spondylodiscarthrose cervicale et lombaire ainsi qu'une coxarthrose droite débutante. L'assurée présentait également des diagnostics n'entraînant pas d'incapacité de travail, à savoir la maladie de Berger, des oedèmes cycliques idiopathiques et une poly-allergie médicamenteuse. L'incapacité de travail était totale depuis le 26 novembre 2005 et des mesures professionnelles étaient indiquées. Il a noté que l'activité habituelle n'était plus exigible, par contre, une activité adaptée pouvait être exigée, à savoir une activité sans charges lourdes, avec changements de position de travail - telle que réceptionniste, contractuelle, gardienne - et ce trois à quatre heures par jour.
6. Par rapport du 11 septembre 2007, le Dr M_____, spécialiste FMH en pneumologie, a indiqué avoir suivi l'assurée pour l'investigation d'un éventuel syndrome d'apnées du sommeil. Il a diagnostiqué des troubles du sommeil sur décalage horaire présents depuis l'été 2005, sans répercussion sur la capacité de travail. Il avait vu l'assurée la dernière fois le 24 octobre 2006 et avait considéré le problème comme étant guéri.
7. Par avis du 11 mars 2008, le Dr N_____, spécialiste en médecine interne auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR) a indiqué qu'au vu du diagnostic de fibromyalgie ainsi que du status clinique démontrant une probable

tendinite d'insertion du grand trochanter, il convenait de requérir les rapports radiologiques auprès du médecin traitant et de mettre éventuellement en œuvre un examen rhumato-psychiatrique.

8. Dans le questionnaire servant à déterminer le statut de l'assurée, reçu par l'OCAI le 28 mars 2008, celle-ci a indiqué travailler à temps partiel en raison de ses obligations familiales et d'un besoin financier suite à son divorce.
9. Une fois en possession des rapports radiologiques, le Dr N _____ a, par avis du 28 avril 2008, préconisé un examen rhumatologique auprès du SMR. Il lui semblait que par rapport aux problèmes évoqués, toutes les mesures n'avaient pas été prises pour permettre une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle. Il a relevé en outre l'absence de radiographie des hanches permettant de constater la coxarthrose débutante.
10. En date du 20 mai 2008, l'assurée a été examinée par le Dr O _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation auprès du SMR. Dans son rapport établi le 21 mai 2008, l'examineur a diagnostiqué des lombopyalgies droites chroniques sur trouble dégénératif étagé (discopathie L5-S1) et syndrome facettaire L3-L4 avec liquide intra-articulaire, des coxalgies bilatérales prédominant à droite sur coxarthrose débutante et périarthrite de la hanche ainsi que des cervico-brachialgies gauches sur côtes surnuméraires. Ces atteintes avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Celle-ci présentait également d'autres troubles, mais sans répercussion sur sa capacité de travail : une maladie de Berger, une symptomatologie algique chronique avec mise en évidence de signes de non organicité ainsi qu'un épisode anxio-dépressif réactionnel.

L'assurée, divorcée depuis 1996, avait deux enfants. Sa fille cadette, née en 1993, présentait un sarcome d'Ewing et suivait actuellement une chimiothérapie. Le diagnostic avait été posé en mars 2008. L'assurée se plaignait de douleurs lombaires basses évoluant depuis les années 2000-2002, exacerbées depuis l'accident subi en novembre 2005. Elle souffrait également d'une douleur centrée sur les deux hanches et de cervico-brachialgies à prédominance gauche sur un trouble malformatif (côtes surnuméraires) à l'origine de céphalées voire de migraines. Elle déclarait en outre un sentiment de tristesse, d'angoisses, voire un état dépressif réactionnel à la maladie de sa fille. Dans ce contexte, elle déclarait aussi une symptomatologie algique diffuse touchant les articulations dans leur ensemble. L'assurée se plaignait également d'un trouble de l'équilibre chronique en relation avec des atteintes oto-rhino-laryngologiques (ci-après ORL). Enfin, elle déclarait un sentiment de palpitations avec oppression thoracique en situation de stress, d'anxiété ou d'angoisses.

Le Dr O _____ a relevé que la symptomatologie lombaire avait été investiguée à plusieurs reprises dans le service de rhumatologie à l'Hôpital Beau-Séjour. Les

différents examens réalisés mettaient en évidence un trouble dégénératif modéré au niveau du rachis lombaire et l'éventualité d'une fibromyalgie avait été retenue. L'assurée était connue pour une poly-allergie aux anti-inflammatoires et au Dafalgan, se présentant sous forme d'oedèmes laryngés. Lors de l'entretien, l'assurée présentait à plusieurs reprises des pleurs spontanés quand elle évoquait l'état de santé de son enfant. Un traitement antidépresseur avait été introduit par son médecin traitant, lequel n'avait pas été supporté et avait entraîné des oedèmes laryngés, raison pour laquelle il avait été stoppé.

Dans le cadre de l'appréciation du cas, l'examineur a expliqué que l'assurée, âgée de 49 ans, est en incapacité de travail à la suite d'un mouvement en hyper-extension décompensant une symptomatologie lombaire évoluant depuis les années 2000, avec installation de sciatgies accompagnées de pygialgies droites. L'examen clinique mettait en évidence une assurée triste, présentant à plusieurs reprises des pleurs spontanés quand elle évoque la maladie de sa fille. Sur le plan ostéoarticulaire, le Dr O_____ constatait une diminution de la mobilité au niveau du rachis lombaire. Sur le plan neurologique, aucun déficit objectif n'avait été relevé à l'examen clinique. Le reste de l'examen mettait en évidence des signes de non organicité (9/18 points selon Smythe) en faveur de la fibromyalgie et 2/5 signes selon Waddell en faveur d'un processus non organique.

En conclusion, l'assurée présentait des troubles statiques et dégénératifs du rachis associés à un phénomène inflammatoire localisé (syndrome facettaire L3-L4) pouvant être retenu comme responsable d'une symptomatologie lombaire algique chronique. Aucune atteinte sur le plan neurologique n'avait été objectivée et les examens complémentaires avaient permis d'écarter avec certitude un phénomène compressif ou un conflit disco-radulaire. La globalité de la symptomatologie somatique mise en avant par l'assurée pouvait être partiellement expliquée par les atteintes ostéoarticulaires mises en évidence par les examens complémentaires. Lors de l'examen clinique, une composante de non organicité avait été clairement mise en évidence, vraisemblablement accentuée par un épisode dépressif réactionnel en relation avec la maladie de l'enfant.

Les limitations fonctionnelles constatées par l'examineur sont : pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assise/debout, pas de position en anté-flexion 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, pas de mouvement de rotation ou flexion/extension du rachis cervical à répétition, pas de position statique prolongée du rachis cervical, pas d'activité avec les membres supérieurs ou au-delà de 60° d'anté-pulsion ou d'abduction à répétition.

Au vu des atteintes objectives à la santé sur le plan ostéoarticulaire, l'assurée présentait une incapacité de travail de 50% dans son activité de vendeuse, dès avril 2006, date à laquelle son médecin traitant l'avait remise au travail. Une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles de façon stricte était théoriquement possible à un taux de 100% sans diminution de rendement.

L'examineur a précisé que l'évaluation de la capacité de travail ne tenait compte que des atteintes à la santé objectives mises en évidence par les examens complémentaires et l'examen clinique. La symptomatologie algique chronique avec la mise en évidence de signe de non organicité n'avait pas été retenue pour l'évaluation de la capacité de travail.

11. Selon une note téléphonique versée au dossier et établie par le Dr N_____ en date du 10 juin 2008, le Dr L_____ a répondu par la négative à la question de savoir si l'état dépressif actuel avait eu une répercussion avant mars 2008.
12. Dans un rapport daté du 13 juin 2008, le Dr N_____ s'est rallié aux conclusions du Dr O_____. Il a précisé que si l'assurée présente un épisode dépressif depuis mars 2008, il s'agit, selon l'entretien téléphonique avec le médecin traitant, d'une affection réactionnelle, actuellement en traitement, et qui ne peut être considérée à ce jour comme durable. Etant donné qu'une composante de non organicité a été clairement mise en évidence par la présence des signes de Smythe et de Wadell, vraisemblablement accentués par l'épisode dépressif, la symptomatologie algique chronique n'avait pas été retenue pour l'évaluation de la capacité de travail. Pour être complet, même si une éventuelle fibromyalgie devait être examinée, seul le critère de l'affection corporelle chronique serait retenu comme facteur aggravant. En effet, il n'existe pas, en dehors d'une affection psychiatrique récente, de problème psychologique. L'assurée est bien intégrée au plan psychosocial (elle pourrait reprendre une activité professionnelle si les soucis et les soins qu'elle doit apporter à sa fille ne représentaient pas un empêchement), il est trop tôt pour parler d'un état psychique cristallisé et les traitements conformes aux règles de l'art n'ont pas tous été essayés (un seul traitement antidépresseur prescrit, pas de traitement psychiatrique spécialisé, pas de notion d'infiltration du grand trochanter, ni de traitement spécialisé rhumatologique).
13. En date du 21 août 2008, une enquête économique sur le ménage a été effectuée. L'enquêtrice, Mme E_____, a relevé que sans atteinte à la santé, l'assurée travaillerait à 80%. Ce taux se justifiait car l'assurée est divorcée, a une fille de 15 ans à sa charge et ne reçoit pas de pension alimentaire de son ex-conjoint. L'enquêtrice a expliqué que les empêchements sont relativement importants. En raison des nombreuses limitations fonctionnelles, tous les travaux physiques sont difficiles à réaliser. Elle a indiqué que l'assurée semble très affectée par la maladie de sa fille, au bord de l'épuisement, qu'elle ne laisse pas apparaître. Son principal combat est de soutenir sa fille et de l'accompagner tout au long du traitement.

L'exigibilité des membres de la famille ne pouvait être prise en compte en l'occurrence. L'assurée n'avait pas d'aide et devait se débrouiller pour faire le minimum. Après chaque activité ménagère, l'assurée était épuisée et devait se reposer. L'enquête a conclu que l'empêchement dans la sphère ménagère était de 23.9%.

14. Par projet de décision du 29 septembre 2008, l'OCAI a informé l'assurée du refus de l'octroi d'une rente et des mesures professionnelles. En comparant les revenus, l'OCAI est parvenu à une invalidité de 14.80%, soit 11.84% pour une activité professionnelle à 80% ($80\% \times 14.80\%$), à laquelle il a ajouté 4.78% pour l'activité ménagère à 20% ($20\% \times 23.90\%$). Au total, il a retenu un taux d'invalidité de 17%.
15. Par courrier du 10 octobre 2008, l'assurée a contesté le projet, en sollicitant que des mesures de réadaptation professionnelle lui soient accordées pour qu'elle puisse exercer à l'avenir une activité compatible avec ses problèmes de santé. A l'appui de sa contestation, elle a joint un rapport établi par le Dr L._____ en date du 6 octobre 2008. Celui-ci est d'avis que les limitations fonctionnelles retenues par l'examineur ne permettent pas d'exercer une activité à plein temps. Selon lui, il n'est pas imaginable non plus que l'assurée exerce une activité de vendeuse, et ce sans qu'il y ait de manutention, de mouvements de la tête, etc. Pour ce motif, et même sans tenir compte d'un élément nouveau survenu en 2008, à savoir un trouble dépressif réactionnel à la maladie de l'enfant de l'assurée, une réévaluation de la décision devait se faire sur la base de données adéquates.
16. Par décision du 30 octobre 2008, l'OCAI a confirmé les termes de son projet. Les éléments fournis par l'assurée ne permettaient pas de revenir sur leurs conclusions.
17. Par acte du 28 novembre 2008, l'assurée, au bénéfice de l'assistance juridique et représentée par Maître David METZGER, interjette recours contre la décision, concluant, préalablement, à mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique judiciaire, et principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une demi-rente dès le 1^{er} juin 2006 et de mesures professionnelles. La recourante est d'avis que l'intimé a procédé à une instruction lacunaire sur le plan médical. Selon elle, toute la problématique liée aux allergies médicamenteuses a été négligée, alors que celle-ci a une influence tant sur le traitement des douleurs que sur son état psychique. Elle fait valoir que la symptomatologie algique chronique avec mise en évidence de signes de non organicité a été brièvement évoquée par l'examineur, sans avoir été investiguée avec sérieux. Elle précise que durant l'examen rhumatologique, sa hanche droite n'a pas été examinée par l'examineur. Elle conteste en outre les capacités de travail retenues par l'intimé. Selon elle, les limitations fonctionnelles retenues par le SMR ne sont pas de nature à lui permettre une activité de vendeuse à 50% ou une activité adaptée à 100%. L'évaluation de la capacité de travail effectuée par le Dr O._____ n'apparaît donc pas comme crédible. S'agissant de son statut, la recourante conteste la part de 80% retenue dans

l'activité lucrative, au motif que les activités exercées par le passé n'avaient pas excédé un 60%. L'enquêtrice avait oublié qu'en raison de la maladie de sa fille, l'assurée devait être plus disponible pour son enfant. Les taux d'empêchement dans les travaux ménagers étaient également complètement arbitraires : ils avaient été plafonnés à 40%, alors que l'enquêtrice avait admis que les empêchements étaient relativement importants en raison des nombreuses limitations fonctionnelles et que tous les travaux physiques étant difficiles à réaliser. La recourante précise notamment avoir subi plusieurs infiltrations à la cortisone, lesquelles ont un effet apaisant pendant environ deux jours seulement et qu'en raison de ses allergies aux anti-douleurs, elle ne peut pas calmer ses douleurs. Elle considère qu'il s'agit d'un problème important car elle est ainsi obligée de prendre du Tramal, médicament de la même famille que la morphine, ce qui la plonge parfois dans un état somnolent.

A l'appui de ses conclusions, la recourante produit un rapport du Dr L_____ du 25 novembre 2008. Le médecin traitant a indiqué les antécédents médicaux personnels suivants : surdité depuis l'enfance sur probables otites chroniques, status après multiples interventions de tympanoplastie au niveau de l'oreille droite, maladie de Berger, urticaire photo induite et angioedèmes récidivants de la face depuis 2003, suspicion d'allergie aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (ci-après AINS), facteur rhumatoïde positif, périarthropathie de l'épaule droite (2003), dactylite isolée de l'index droit (2005). Il a détaillé également les diagnostics médicaux complémentaires établis depuis 2005 : traumatisme par glissade avec probable entorse vertébrale lombaire et périarthropathie de la hanche droite, discopathie étagée débutante du rachis lombaire avec arthrose postérieure et ostéophytose latérale L5 et rétrécissement des trous de conjugaison L5-S1 bilatéral, possible anomalie transitionnelle lombo-sacrée (hémisacralisation de L5 ?), dysfonctionnement algique lombo-pelvien droit persistant avec syndrome myofascial, périarthropathie de l'épaule droite, troubles statiques du rachis cervico-dorso-lombaire avec syndromes facettaires étagés, trouble douloureux chronique, anomalie de Kimmerle, varices intra-dermiques des membres inférieurs, œdème jambier épisodique d'origine indéterminée (2005), œdème du membre supérieur gauche, épisodique, d'origine indéterminée (2005), hypotension orthostatique (2006), méralgie paresthésique droite (2006) et un trouble dépressif et anxieux réactionnel (2008).

Il a expliqué que l'assurée présente une pathologie complexe incomplètement élucidée, caractérisée d'une part par des manifestations immuno-allergiques (urticaire, œdèmes angio-névrotiques, arthralgies et 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 lithiasique urinaire probable. La patiente avait par ailleurs développé au cours de l'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 comportent la mise en évidence d'une allergie médicamenteuse, en particulier aux AINS, d'une élévation importante des IgA entrant dans le cadre de la néphropathie et la présence de lésions dégénératives du rachis lombo-sacré. Sur le plan psychique, et en dehors de la réaction anxio-dépressive récente en relation avec la maladie de sa fille, la recourante lui apparaissait fortement affectée par l'insécurité et les risques liés à la manifestation d'oedèmes angio-névrotiques récidivants, en particulier en raison du risque asphyxique lié à ces manifestations lorsqu'elles touchent la région faciale. Au plan physique, il note principalement la constance des manifestations douloureuses lombo-pelviennes droites, surtout depuis l'accident en novembre 2005 et qui témoignent d'une base somatique consistante, même si l'apparition de signes cliniques compatibles avec un syndrome myofascial ou avec un syndrome fibromyalgique diffus peuvent faire considérer l'existence d'un trouble douloureux somatoforme. L'absence de proportionnalité entre l'intensité des douleurs et l'impotence fonctionnelle et des constatations radiologiques moins marquées mais néanmoins présentes et concordantes aux niveaux considérés du rachis lombaire, est une problématique souvent rencontrée dans l'appréciation de la pathologie rhumatologique. Il n'avait constaté par ailleurs aucun trouble cognitif, ni de trouble du discours ou de manifestations suspectes de simulation et note que la collaboration de la patiente à sa prise en charge thérapeutique est adéquate. Il avait attesté de façon continue l'incapacité de travail résultant de ces diverses atteintes à la santé et considérait à ce jour que la capacité de travail dans une activité nécessitant des déplacements et une station debout prolongée ne pouvait être considérée comme entière. Selon lui, des mesures de réorientation professionnelle devaient être proposées si l'objectif commun est de restaurer le statut socio-professionnel de l'assurée. Enfin, la co-morbidité anxieuse liée aux risques immuno-allergiques pesant sur les perspectives de la recourante devait également être prise en considération.

18. Par réponse du 12 janvier 2009, l'intimé conclut au rejet du recours, au motif que la décision est fondée notamment sur le rapport du Dr O _____ du 21 mai 2008, lequel a pleine valeur probante. L'intimé relève que, contrairement à ce qu'allègue la recourante, il ressort clairement du rapport que sa hanche avait été examinée par ce médecin (rapport du 21 mai 2008, page 5). Par ailleurs, le taux de 80% dans l'activité lucrative a été fixé d'après les déclarations fournies par la recourante lors de l'enquête ménagère. La recourante n'apportait en outre aucun élément permettant de remettre en cause les conclusions de l'enquête. Par ailleurs, l'intimé explique avoir soumis le rapport du Dr L _____ du 25 novembre 2008 au SMR. Le Dr N _____ s'est prononcé dans un avis du 19 décembre 2008 auquel l'intimé se réfère. Ce médecin relève que tous les diagnostics mentionnés par le Dr L _____ sont déjà connus. S'agissant de l'épisode dépressif, le médecin traitant l'a considéré comme une affection réactionnelle en traitement, laquelle ne peut être considérée comme durable. Par ailleurs, dès lors que le Dr L _____

avait, dans son rapport du 28 août 2007, indiqué la maladie de Berger, les oedèmes cycliques idiopathiques et la poly-allergie médicamenteuse sous les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il n'appartenait pas à l'OCAI d'accorder plus d'importance à des pathologies que le médecin traitant considérait lui-même comme non incapacitantes. Quant à la contestation de l'évaluation de la capacité de travail faite par le Dr O_____, il s'agit, selon le Dr N_____, d'une appréciation différente de la même situation et la position de l'expert, neutre par définition, doit être préférée à celle du médecin traitant. Enfin, le Dr N_____ constate que le rapport du Dr L_____ du 25 novembre 2008 n'apporte aucun élément nouveau.

19. Après avoir adressé une copie de cette écriture à la recourante, 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 sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er 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 et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 30 octobre 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et, le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI

consécutives aux 4^{ème} et 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
4. Le litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante, ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
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). 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 (art. 7 LPGA). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2).

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 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 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose 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 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGa). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a).

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).

Enfin, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

7. En l'occurrence, la recourante est d'avis que son état de santé ne lui permet pas d'exercer une activité adaptée au-delà de 50%. Elle se fonde pour cela sur l'avis de son médecin traitant, le Dr L_____. Pour sa part, l'intimé soutient, en se fondant sur l'appréciation du Dr O_____, que la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité adaptée.

Dans son rapport établi le 21 mai 2008, le Dr O_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation auprès du SMR, a diagnostiqué des lombopyalgies droites chroniques sur trouble dégénératif étagé (discopathie L5-S1) et syndrome facettaire L3-L4 avec liquide intra-articulaire, des coxalgies bilatérales prédominant à droite sur coxarthrose débutante et périarthrite de la

hanche ainsi que des cervico-brachialgies gauches sur côtes surnuméraires. La recourante présente également d'autres troubles, mais sans répercussion sur sa capacité de travail, à savoir une maladie de Berger, une symptomatologie algique chronique avec mise en évidence de signes de non organicité ainsi qu'un épisode anxio-dépressif réactionnel. Selon l'examineur, ces atteintes entraînent une incapacité de travail de 50% dans l'activité de vendeuse et une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

De l'avis du Dr N_____ (rapport du 19 décembre 2008), auquel se réfère l'intimé dans son écriture du 12 janvier 2009, l'appréciation du Dr O_____ doit être préférée à celle du médecin traitant, au motif qu'il est un expert neutre. Or, il y a lieu de rappeler que les médecins exerçant dans le cadre du SMR ne revêtent pas la qualité d'expert neutre, puisqu'ils travaillent pour les organes de l'administration (ATF non publié du 25 mars 2008, cause 9C_344/2007). Cette circonstance ne justifie cependant pas à elle seule de le considérer comme partial, la provenance d'un rapport médical n'étant pas un critère pour juger de sa valeur probante. Il y a lieu dès lors d'examiner si le rapport du Dr O_____ remplit les conditions jurisprudentielles permettant de lui accorder pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 351).

A la lecture du rapport du Dr O_____, le Tribunal de céans constate que les conclusions auxquelles est parvenu ce médecin ne convainquent pas, et ce pour plusieurs motifs.

On ne saurait d'abord considérer que les aspects physiques de la recourante aient fait l'objet d'une étude fouillée ou que le rapport se fonde sur des examens complets. Il résulte en effet de ce rapport qu'en raison de ses douleurs lombaires, la recourante a été suivie à plusieurs reprises par le service de rhumatologie de l'Hôpital de Beau-Séjour. Or, il y a lieu de constater que les rapports y relatifs n'ont pas été versés au dossier médical de la recourante. En outre, le Tribunal de céans est d'avis que les conclusions du Dr O_____ quant à la capacité de travail de la recourante n'apparaissent pas cohérentes au vu des larges limitations fonctionnelles que ce médecin a constatées. Ainsi, le Tribunal de céans peine à comprendre comment la recourante peut, de l'avis du Dr O_____, encore exercer son activité de vendeuse à 50% ou une activité à 100%, sans diminution de rendement, tout en respectant de façon stricte toutes les limitations fonctionnelles relevées, soit pas de position statique assise au-delà de 40 minutes sans possibilité de varier les positions assise/debout, pas de position en anté-flexion 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, pas de mouvement de rotation ou flexion/extension du rachis cervical à répétition, pas de position statique prolongée du rachis cervical, pas d'activité avec les membres supérieurs ou au-delà de 60° d'anté-pulsion ou d'abduction à répétition. Ainsi, dans la mesure où la recourante ne

peut notamment pas avoir d'activité avec les membres supérieurs, se pose la question plus générale de savoir s'il existe effectivement une activité concrète correspondant à ces limitations.

De surcroît, le Tribunal de céans relèvera que le Dr O_____, spécialiste en médecine physique et en rééducation, a posé un diagnostic psychiatrique, soit un épisode anxio-dépressif réactionnel, qui sort de son champ de compétences. Il a, de surcroît, également apprécié les répercussions de cet épisode sur la capacité de travail de la recourante.

Pour tous ces motifs, le rapport du Dr O_____ n'est pas suffisamment probant.

Le Tribunal de céans constate en outre que la question des atteintes physiques et psychiques dont souffre la recourante n'est pas suffisamment éclaircie.

Au plan physique, il ressort en effet du rapport établi par le Dr O_____ que la recourante se plaint de troubles de l'équilibre chroniques (rapport du 21 mai 2008, p. 3). Or, il aurait été utile, au vu des multiples atteintes ORL dont a souffert la recourante (rapport du Dr L_____ du 25 novembre 2008), qu'un spécialiste se prononce sur les troubles précités. En outre, on constatera également que malgré les plaintes de la recourante portant sur ses articulations, aucun rapport d'un spécialiste en rhumatologie et en neurologie n'a été versé au dossier de la recourante.

Au plan psychique, quand bien même le trouble dont souffre la recourante ne serait, de l'avis du Dr L_____, que réactionnel, il n'en demeure pas moins qu'une appréciation effectuée par un spécialiste dans le domaine s'impose, étant relevé que la recourante semble être très affectée, non seulement par la maladie de sa fille, mais également par le risque d'asphyxie qu'entraînent ses réactions allergiques. On relèvera en outre que la recourante a été contrainte d'arrêter le traitement antidépresseur prescrit par son médecin en raison des oedèmes laryngés qu'il a entraînés.

Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que, comme l'a indiqué le Dr L_____, la recourante présente une pathologie complexe incomplètement élucidée.

Le dossier ne contenant aucun élément utile à une appréciation adéquate de la situation médicale de la recourante, étant précisé que le bref avis émis par le Dr N_____ le 13 juin 2008 ne revêt par ailleurs pas la valeur probante requise par la jurisprudence, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction sur le plan médical en ordonnant une expertise pluridisciplinaire dans le but, en particulier, de déterminer les troubles dont souffre la recourante et l'étendue de sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Comme l'étendue de la capacité de travail exigible est douteuse, la question de l'évaluation de l'invalidité ne peut être abordée. Il est ainsi superflu d'examiner les autres griefs soulevés dans le recours.

8. Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé qui complètera l'instruction, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, neurologique, oto-rhino-laryngologique et psychiatrique, dans les meilleurs délais. Les experts devront se prononcer sur l'ensemble des atteintes à la santé que présente la recourante et déterminer quelles en sont les répercussions sur sa capacité de travail. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision concernant le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures de reclassement.
9. La recourante, représentée par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OCAI du 30 octobre 2008.
4. Renvoie la cause à l'OCAI afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire dans les meilleurs délais dans le sens des considérants et rende une nouvelle décision.
5. Condamne l'OCAI à verser à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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