

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/457/2008

ATAS/831/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 15 juin 2009

En la cause

Madame S _____, domiciliée à Genève

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Teresa SOARES et Luis ARIAS,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame S_____ (ci-après la recourante), née en 1961, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité de vendeuse. Elle a travaillé comme opératrice technique auprès de X_____ de septembre 1988 à décembre 2000 pour un salaire de 5'900 fr. par mois. Dès le 1^{er} janvier 2001, elle a été inscrite à la Caisse cantonale genevoise de chômage.
2. Souffrant de tendinites chroniques des poignets et coudes gauches et droits, la recourante a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité visant l'octroi d'une rente, en date du 31 octobre 2001. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a réuni à ce titre diverses attestations médicales.
3. Dans son rapport du 7 décembre 2001, le Dr . A_____, spécialiste en chirurgie et médecin traitant, a relevé que l'incapacité de travail était totale depuis le 10 juillet 2001 dans la profession exercée jusqu'alors. La recourante avait subi de multiples opérations, dont il remettait la liste. Elle souffrait de douleurs aux deux bras, de tendinites et d'insertionites à répétition. Son état de santé s'aggravait. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. La recourante ne pouvait pas travailler sur PC, l'utilisation des deux bras-mains/gauche-droite était impossible, de même que le port de charges de plus de 5 kg ; elle ne pouvait pas conserver la même position du corps pendant longtemps, elle ne pouvait pas adopter la position à genoux ni la position accroupie, elle ne pouvait pas faire de mouvements des membres répétitifs ni se baisser et devait éviter le froid.
4. Dans le cadre de l'instruction du dossier par l'OCAI, deux expertises ont été diligentées, une expertise psychiatrique et une expertise orthopédique.

La Dresse B_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a rendu son rapport d'expertise le 24 septembre 2002. Il en ressortait qu'après un accident de moto ayant généré plusieurs interventions chirurgicales à la cheville droite, accident survenu en 1984, la recourante avait changé de profession ne pouvant plus continuer le métier de vendeuse. Dès 1989, les problèmes aux membres supérieurs apparaissaient, et la recourante avait subi une dizaine d'opérations. Les diagnostics posés étaient les suivants :

- Status après arthrodèse sous-talienne et arthrodèse du Chopart de la cheville droite et pseudarthrose talo-scaphoïdienne douloureuse.
- Ostéophytose tibio-talienne antérieure avec perte d'extension de la cheville droite et recurvatum du genou droit.
- Status après cinq interventions pour névrome de la branche radiale du nerf sensitif du poignet droit, perte de sensibilité totale sur le territoire cutané correspondant à ce nerf à la main.

- ENMG de contrôle des deux membres supérieur normal hormis pour la branche sensitive du nerf radial.
- Status après cure d'épicondylalgie aux deux coudes.
- Status après neurolyse et transposition sous-cutanée du nerf ulnaire au coude droit.
- Status après cure de tunnel carpien des deux côtés, guéri.
- Status après cure de synovite de De Quervain aux deux poignets.
- Status après plastie du ligament croisé antérieur du genou gauche.
- Surcharge douloureuse du compartiment cubito-carpien au poignet droit.
- Alcoolisme chronique avec troubles des tests hépatiques.
- Fibromyalgie.
- Gonarthrose fémoro-tibiale interne du genou droit.
- Etat dépressif grave avec tentamens et idées suicidaires.

S'agissant de la capacité résiduelle de travail l'expert indiquait ce qui suit : "Du point de vue des membres : capacité avec 100% dans un métier alternant les positions debout/assise, sans charge de plus de 2 kg et sans mouvement répétitif avec les membres supérieurs. Du point de vue psychologique : capacité de 50% dans une activité comme décrite ci-dessus. Madame S_____ ne pense pas pouvoir travailler plus de 50% même dans une activité adaptée".

L'activité exercée jusqu'ici n'est plus possible du point de vue des membres supérieurs. L'état dépressif sévère et la fibromyalgie empêchaient d'envisager l'activité exercée jusque-là à plus de 50%. Des mesures de réadaptation étaient envisageables. La recourante pourrait être vendeuse de billets à l'entrée d'un cinéma ou dans une station service (self service) et travailler à 50% sans nécessité de réadaptation.

5. Le Dr C_____, chef de clinique de psychiatrie adulte aux Hôpitaux Universitaires de Genève, a rendu son rapport d'expertise le 22 mai 2003. Il a relevé l'absence de pensées dépressives objectivées, la mise en évidence de traits de personnalité de type état limite, mais ne prenant pas la dimension d'un trouble de la personnalité avéré et des stigmates d'éthylisme. Ses diagnostics étaient ceux de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue, problématique connue depuis plus de 20 ans; traits de personnalité borderline, pas de critères pour un trouble de personnalité émotionnellement labile avéré. Actuellement, sur le plan psychiatrique, l'expertisée ne présentait pas d'état dépressif au sens de la CIM10. La prise en charge active du problème d'alcool par une consultation spécialisée pourrait permettre d'envisager une stabilisation thymique pour l'avenir. De ce point

de vue, l'expert a conclu à une capacité de travail de 50% théoriquement encore envisageable. Les plaintes algiques constatées ne pouvaient être mises au compte d'un trouble douloureux ou d'un épisode dépressif avec caractéristique somatique. Sur le plan psychiatrique, c'était donc la dépendance à l'alcool qui posait problème actuellement. L'expert a précisé que compte tenu de l'absence d'état dépressif actuel, la capacité de travail définie à 50% pour raisons somatiques pouvait être maintenue au même taux selon l'expertise psychiatrique. L'expert a confirmé que la proposition de la Dresse B_____ d'un travail à 50% comme ouvreuse dans un cinéma ou comme aide dans une bibliothèque publique par exemple était possible.

6. Le 30 octobre 2003, la Dresse B_____ a rendu un complément d'expertise. Elle a indiqué qu'elle avait proposé une capacité de travail de 50% pour des raisons psychologiques et non somatiques. Cette capacité de 50% était confirmée par le Dr C_____. Il n'y avait pas d'état dépressif mais un alcoolisme chronique qui n'était pas pris en charge médicalement.
7. Le Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a reçu mandat d'établir un rapport, ce qui fût fait le 15 décembre 2003. Sous "atteinte principale à la santé", les médecins ont noté des douleurs de la cheville droite liées à une pseudarthrose du Chopart interne et des ostéophytes tibio-taliens. Sous "facteurs ou diagnostics associés qui ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité", il était relevé une fibromyalgie et un alcoolisme chronique. Aucune incapacité de travail n'était justifiée du point de vue médico-juridique.
8. Par décision du 20 janvier 2004, l'OCAI a rejeté la demande de rente au motif que la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé susceptible d'entraîner une incapacité de travail dans l'activité habituelle, les limitations fonctionnelles rencontrées par rapport à l'atteinte de la cheville droite étant compatibles avec une activité d'opératrice technique.
9. Suite à l'opposition de la recourante, l'OCAI a rendu une décision le 28 avril 2004 la rejetant. L'argument avancé selon lequel les problèmes aux mains n'auraient pas été pris en compte était rejeté, l'expertise de la Dresse B_____ portant sur l'ensemble de la problématique médicale. L'OCAI a confirmé que les limitations fonctionnelles relevées étaient compatibles avec l'activité habituelle d'opératrice technique.
10. Par courrier du 24 mai 2004, l'assurée a recouru auprès du Tribunal de céans, rappelant souffrir de tendinites chroniques des deux membres supérieurs et avoir subi treize interventions chirurgicales depuis 1989. Le travail d'opératrice technique était totalement incompatible avec ce syndrome. Sa précédente fonction auprès de X_____ imposait 8 heures par jour de travail sur ordinateur. L'utilisation intensive de celui-ci avait pour conséquence d'entraîner des tendinites

aiguës à répétition. D'ailleurs, la Dresse B_____ avait relevé que des mouvements répétitifs n'étaient plus possibles. La recourante a indiqué avoir sollicité de l'OCAI une nouvelle expertise pour qu'il puisse être constaté l'aspect dégénératif du syndrome.

Annexée au recours figurait une attestation du Dr A_____, du 17 mai 2004, qui exprimait sa plus grande surprise de voir refuser la demande d'invalidité à sa patiente, malgré l'ensemble du dossier médical qui justifiait une incapacité complète de travailler sur ordinateur. Il contestait également les diagnostics de dépendance à l'alcool et de fibromyalgie, qu'il n'avait jamais posés.

11. Dans sa réponse du 25 juin 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours, renvoyant pour le surplus à la décision attaquée ainsi qu'aux avis médicaux du SMR.
12. En date du 21 septembre 2004, le Tribunal de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Interrogé, l'OCAI a confirmé avoir conclu que les limitations fonctionnelles étaient compatibles avec l'activité habituelle d'opératrice technique mais qu'il était plus exact de dire que la capacité restait entière en dehors de cette profession. L'alcoolisme n'avait pas à être pris en compte. La recourante a précisé qu'elle ne pouvait même plus écrire, et que son état s'était péjoré. Elle n'était pas opposée à une réinsertion professionnelle, mais elle voyait mal quelle activité elle pourrait exercer.
13. En date du 2 novembre 2004, s'est tenue devant le Tribunal de céans une audience d'enquêtes. Le Dr A_____ a été entendu à titre de témoin. Il a indiqué être le chirurgien de la recourante, et s'occuper de celle-ci depuis 1987. Il était chirurgien de la main. Il a rappelé que la recourante avait subi 15 opérations aux bras. Il était vraisemblable qu'une fracture survenue en 1984 au poignet droit ait déstabilisé toute la chaîne articulaire jusqu'à l'épaule et au dos. Il s'ensuivait des tendinites, des problèmes de nerfs et des problèmes d'articulations. Les affections successives pouvaient survenir à la suite de mouvements répétitifs comme l'utilisation accrue d'un ordinateur par exemple. Il en découlait une faiblesse importante des deux membres supérieurs, et tout port de charge de plus 5 kilos et tout mouvement brusque pouvaient provoquer à nouveau une tendinite ou une névrite. Les douleurs ou nombreuses rechutes avaient créé un état dépressif, qualifié de réactionnel. Sur question et après lecture d'un passage de l'expertise de la Dresse B_____, le témoin s'est dit d'accord avec les conclusions de cette expertise, à savoir 0% de capacité professionnelle dans le métier d'opératrice de saisie (travail permanent sur ordinateur), et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans port de charge. Dans ce sens une activité d'ouvreuse de cinéma lui paraissait possible mais pas celle d'un travail dans un self-service. Il a rappelé que la recourante souffrait également de problèmes aux jambes suite à deux accidents. Compte tenu de l'ensemble des douleurs et limitations, il considérait qu'elle ne pourrait travailler à 100% que dans une activité légère qui ne sollicitait ni les

membres supérieurs ni les membres inférieurs, encore une fois comme ouvreuse de cinéma par exemple ou dans une activité de classement.

14. Par pli du 4 novembre 2004, la recourante a relevé que la Dresse B_____ avait mentionné dans son expertise que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50% (cf. pages 17 et 18 du rapport), de sorte qu'elle partait de l'idée que le procès-verbal susmentionné comportait une erreur en tant que le Dr A_____ se disait d'accord avec une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Quoiqu'il en était, dans la mesure où le médecin-traitant était d'accord avec l'expert, il y avait lieu, selon elle, de retenir une capacité de travail de 50% dans une activité "réadaptée".
15. Par arrêt du 3 mai 2005 (ATAS/368/2005), le Tribunal de céans a admis partiellement le recours et renvoyé le dossier à l'OCAI pour octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a considéré que la recourante était totalement incapable de travailler dans son ancienne activité mais pleinement capable dans un travail adapté. Cependant, en raison des très nombreuses limitations fonctionnelles retenues et de la pauvreté du choix de professions adaptées, il n'existait pas de place de travail concrète en suffisance pour permettre à la recourante de mettre à profit sa capacité de travail.
16. Sur recours de l'OCAI, le Tribunal fédéral des assurances a, par arrêt du 5 juillet 2006, partiellement admis le recours, annulé le jugement du Tribunal de céans et la décision de l'OCAI du 28 avril 2004, alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2002 et transmis le dossier à l'OCAI afin que celui-ci examine le droit de l'assurée à des mesures de réadaptation. Il a enjoint le Tribunal de céans de statuer sur les dépens de l'instance cantonale, ce qui a été fait par arrêt du 29 août 2006. Le Tribunal fédéral des assurances a estimé que l'assurée était pleinement capable de travailler dans une activité légère, adaptée à ses limitations.
17. Par projet d'acceptation de rente du 3 octobre 2006, l'OCAI a alloué à l'assurée un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 45 %, dès le 1^{er} décembre 2002 et indiqué que le dossier serait transmis au service de réadaptation professionnelle.
18. Par courrier du 21 novembre 2006, l'assurée a écrit à l'OCAI qu'elle subissait une aggravation de son état de santé. Elle a transmis les rapport médicaux suivants :
 - Un rapport du 16 novembre 2006 de la Dresse D_____, spécialiste en médecine interne, indiquant qu'elle suivait l'assurée depuis le 17 mai 2005. La patiente avait été hospitalisée du 30 décembre 2004 au 4 janvier 2005 suite à un tentamen médicamenteux. Le suivi psychiatrique s'était poursuivi avec stabilisation de la thymie. Elle portait des attelles de poignet des deux côtés; elle présentait des douleurs au pied droit, au niveau des membres supérieurs, du rachis cervico-dorso-lombaire et des membres inférieurs droits. La capacité de travail était au maximum de 50 % depuis le 29 décembre 2004, compte tenu des

atteintes physiques et psychiques (état dépressif récurrent sévère en janvier 2005, actuellement stabilisé, labilité émotionnelle, notion de traits de personnalité borderline).

- Un résumé de séjour de l'assurée du 30 décembre 2004 au 4 janvier 2005 dans l'unité 2-JC du 11 janvier 2005 atteste que celle-ci, suite à l'exacerbation de ses douleurs, a ingéré le 30 décembre 2004 1,5 gr de Seresta à visée suicidaire et pose le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel de dépression sévère et trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline.
 - Une attestation du 20 novembre 2006 du Dr E_____, psychiatre, selon lequel l'assurée était suivie à la consultation de la Jonction des HUG depuis le 28 février 2005.
 - Un avis du Dr A_____ du 16 novembre 2006, selon lequel les multiples problèmes de santé de la patiente perduraient, avec détérioration de l'état de santé en raison de l'apparition depuis quelques semaines de rhizarthroses nécessitant le port d'attelles, un traitement de physiothérapie et des infiltrations et probablement des interventions chirurgicales avec arthrodèse des deux pouces.
19. Le 12 décembre 2006, le Dr A_____ a rempli un rapport médical posant un nouveau diagnostic de rhizarthrose bilatérale et attestant d'une incapacité de travail totale.
20. Dans un rapport du 15 décembre 2006, le Dr F_____, rhumatologue, a diagnostiqué une rhizarthrose bilatérale et une gonarthrose gauche. Il avait vu la patiente pour des traitements ponctuels et ne pouvait donc se prononcer sur la capacité de travail.
21. Dans un rapport du 5 janvier 2007, la Dresse D_____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} décembre 2001. Elle suivait la patiente depuis le 17 mai 2005 et constatait le port d'attelles aux poignets, des limitations douloureuses des mouvements des poignets, des insertionnites multiples des membres supérieurs, un status après multiples neurolyses, une thymie variable parfois très sombre, des périodes de retrait social, la patiente ne fréquentant que la personne qui partageait sa vie.
22. Dans un rapport du 14 février 2007, le Dr E_____ a relevé : "Nous sommes face à une patiente qui souffre d'un trouble dépressif récurrent avec plusieurs tentatives de suicide avec une consommation abusive d'alcool. Actuellement, la patiente est stabilisée sur le plan dépressif avec un traitement antidépresseur et un suivi médical. La patiente a toutefois une difficulté à gérer ses émotions, une vulnérabilité au stress et est souvent amenée à des crises dépressives accompagnées d'angoisses. Actuellement, la patiente est abstinente à l'alcool mais sont accentués

une symptomatologie de son trouble dépressif et les caractéristiques d'une personnalité labile de type borderline. Un diagnostic de rhizarthrose bilatérale a été posé qui nécessite un traitement lent et assez fastidieux selon la patiente. "(...)" Sur le plan psychiatrique, la patiente présente une évolution favorable (suivi psychiatrique mensuel associé à un traitement antidépresseur et neuroleptique). Le pronostic, d'un point de vue psychiatrique, si la patiente ne recommence pas sa consommation d'alcool, est favorable, en tenant compte des antécédents des actings auto agressifs effectués en 2004".

23. A la demande de l'OCAI, le Dr G_____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a rendu le 5 mai 2007 un rapport d'expertise. Il a mentionné que l'assurée se plaignait de douleurs polyarticulaires (épaules, coudes, poignets, genoux, chevilles) de cervicobrachialgies et lombopyalgies droites, de douleurs de la cheville droite ainsi que d'une fatigue chronique et de trouble du sommeil. Il a posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail :

- Cervicobrachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire.
- Polyinsertionite avec diminution du seuil de tolérance à la douleur (fibromyalgie).
- Status post-fracture du col de l'astragale en 1984 et double arthrodèse sous-talienne et du Chopard en 1985.
- Douleurs du poignet droit chroniques.
 - Status post-opération d'une ténosynovite de Doekerwin en 1989.
 - Status post-maladie du Sudeck en 1989.
 - Status post-cure de tunnel carpien droit en 1996.
 - Status post-neurolyse du poignet droit en 1996.
 - Status post-opération d'un névrome de la branche radiale du poignet droit en 1995.
 - Status post-reprise d'un névrome radial du poignet droit.
- Douleurs chroniques du genou gauche :
 - Status post-entorse du genou gauche en 1990.
 - Status post-plastie du ligament croisé antérieur du genou gauche en 1993.
- Douleurs chroniques du poignet gauche :
 - Status post-cure du tunnel carpien en 1999.
- Douleurs chroniques du coude droit :

- Status post-cure d'épicondylite droite en 1999.
- Status post-neurolyse du nerf ulnaire du coude droit.
- Syndrome anxio-dépressif dans un contexte de traits de personnalité borderline :
 - Status post-tentamen médicamenteux en 2004.
 - Status post-tentamen médicamenteux en 1990.

Le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail était une consommation chronique d'alcool.

L'expert a noté que le bilan radiologique et ultrasonographique du 30 avril 2007 se révélait rassurant. Au niveau des mains, il n'y avait pas de signe d'érosion ou de trouble dégénératif significatif hormis une minime rhizarthrose à la limite du significatif. Au niveau du rachis, on notait une minime discopathie L5-S1 compatible avec l'âge de l'assurée. Au niveau de la cheville droite, l'expert a relevé la présence de troubles dégénératifs significatifs au niveau du pilon tibio-astragalien avec présence de pseudoarthrose. L'ultrasonographie des chevilles se révélait rassurante. Il n'y avait pas de collection liquidienne. L'ultrasonographie des épaules et des genoux se révélait dans les normes. L'impotence fonctionnelle était imputable aux troubles dégénératifs de la cheville droite et éventuellement aux minimales troubles dégénératifs des bases des deux pouces. Cependant, c'étaient essentiellement les douleurs, phénomène subjectif et non mesurable, propre à chaque individu qui limitaient essentiellement les activités physiques de l'assurée et qui étaient probablement à insérer dans un contexte socioprofessionnel difficile.

Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'expertisée, dans son activité d'opératrice en télécommunication tel qu'admis par le Tribunal des assurances était de 0 %. Dans une activité adaptée, en limitant le port de charges de plus de 2kg, en limitant les longs déplacements à pied de plus de 30 minutes, en voiture de plus d'une heure, en évitant les mouvements au-dessus de l'horizontal, avec long bras de levier, en alternant les positions assises et debout, la capacité de travail pourrait raisonnablement être entière. Cette appréciation se différenciait de celle du Dr A_____ qui estimait que l'incapacité de travail était totale. Elle s'apparentait partiellement à celle des Drs B_____ et D_____ qui estimaient que la capacité dans un travail adapté était totale. A son avis, hormis les chevilles, le status radiologique était rassurant et ne permettait pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle dont se plaignait l'assurée. Le status était rassurant, il n'y avait pas de trouble neurologique décelé, il n'y avait pas d'amyotrophie pouvant expliquer une diminution de l'utilisation des membres supérieurs ou inférieurs. La marche était fluide, il n'y avait pas de boiterie et l'impotence fonctionnelle était essentiellement liée au vécu douloureux chronique. Il n'y avait pas d'arguments suffisamment probants pouvant justifier une aggravation de la situation par rapport à 2004 ou

2006. En effet, selon les derniers rapports médicaux, l'impotence fonctionnelle se serait aggravée suite à l'apparition d'une rhizarthrose. Or, le bilan radiologique effectué était rassurant et ne présentait pas de rhizarthrose suffisamment significative justifiant une péjoration de la situation.

24. Dans un rapport du 28 juin 2007, la Dresse H_____ du SMR a estimé que l'assurée ne présentait pas une aggravation objective de son état de santé.
25. En date du 18 septembre 2007, le service de réadaptation professionnelle de l'OCAI a rendu un rapport indiquant que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et qu'à la demande de l'assurée un mandat de placement pouvait être ouvert. Il était relevé que l'assurée souhaitait savoir pourquoi il n'avait pas été fait mention de discopathie et de discarthrose de la colonne dorsolombaire et d'arthrose des deux coudes et genoux et pourquoi le rapport ne comprenait pas la reconnaissance d'une incapacité de travail alors que sa situation s'était empirée. Elle avait mentionné que peut-être elle pourrait essayer de travailler à 50 % mais en tous les cas pas à 100 %. Elle avait affirmé ensuite n'avoir nul besoin d'une réinsertion sociale et qu'elle était totalement incapable de travailler.
26. Par décision du 14 janvier 2008, l'OCAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2002.
27. Le 13 février 2008, l'assurée a écrit à l'OCAI qu'elle contestait s'être opposée à toute réadaptation.
28. Le même jour, elle a recouru contre la décision de l'OCAI du 14 janvier 2008 auprès du Tribunal de céans, relevant que la réadaptation professionnelle lui avait proposé, contre l'avis des médecins, une formation sur ordinateur qu'elle avait refusée. Elle sollicitait des mesures d'ordre professionnel autre que sur ordinateur. Par ailleurs, son état s'était aggravé depuis 2007 et, du fait du blocage des deux pouces et poignets, elle était dans l'incapacité d'écrire ou de tenir des objets autrement qu'à deux mains. Enfin, elle contestait la durée de cotisation AVS-AI prise en compte.
29. Par courrier du 25 avril 2008, l'intimé a observé que l'atteinte à la santé avait été investiguée et que l'expert G_____ avait confirmé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, que l'assurée avait indiqué à la spécialiste en réadaptation qu'elle estimait ne pas pouvoir exercer une activité adaptée, ni suivre un stage d'observation professionnelle et qu'ainsi elle n'avait pas adhéré à un projet de réadaptation professionnelle, ce qui justifiait le refus du droit à des mesures professionnelles. Par ailleurs, l'OCAI a transmis la réponse de la Caisse cantonale genevoise de compensation constatant que l'échelle de rente 38 appliquée était erronée dès lors que la recourante pouvait se prévaloir de vingt années entière de cotisations, de sorte que l'échelle de rente 44 complète était applicable, ceci sur la base d'un revenu annuel déterminant de 60'564 fr. au lieu de 58'092 fr.

30. En date du 23 juin 2008, le Tribunal de céans a entendu les parties lors d'une audience de tentative de conciliation. La recourante a déclaré :

"Je me suis présentée en août 2007 auprès de Madame T_____, après convocation de l'OCAI et étant précisé que j'ai dû les rappeler pour qu'ils me convoquent à la suite de l'arrêt du Tribunal fédéral. Cette dame m'a proposé un stage sur un clavier d'ordinateur, plus précisément je devais apprendre à rédiger mon curriculum vitae sur ordinateur. Comme j'ai refusé, elle m'a répondu que même un aveugle pouvait travailler sur un ordinateur. Il ne m'a pas été proposé une formation précise. Je veux bien être réinsérée mais de façon adéquate bien que je me sente en mauvais état pour envisager quelque chose. L'entretien a duré environ une heure et demie, j'ai dit que le domaine médical ou celui de la justice m'intéressaient mais elle m'a répondu que cela n'était pas possible. Je précise que c'est Madame U_____ qui m'a dit au téléphone "Ah je comprends vous êtes espagnole alors tout s'explique". Je lui avais téléphoné à la suite de la réception d'une deuxième carte AVS et pour comprendre comment l'échelle de rente avait été arrêtée. Je confirme avoir dit à Madame T_____ que je ne pouvais pas effectuer un stage d'observation professionnelle en raison de mon état de santé. Actuellement je m'estime capable de me réinsérer professionnellement à 50 % mais pas à 100 %. Je suis prête à accepter une mesure professionnelle en vue d'une réinsertion. Je conteste le rapport du Dr G_____ car il n'a pas fait mention de toutes mes affections physiques, notamment tous mes problèmes dorsaux. S'agissant de la rhizarthrose elle m'occasionne des douleurs et m'oblige à porter des attelles qui me bloquent les pouces. Vu mes limitations, c'est-à-dire la nécessité d'alterner les positions, l'impossibilité de porter des charges et de faire des mouvements répétitifs je ne vois pas quel travail je pourrais concrètement exercer. Je suis formelle sur le fait que je ne suis pas capable de tenter une réinsertion professionnelle à 100 % mais seulement au maximum à 50 %. J'ai bien pris note que la réadaptation professionnelle n'entrera pas en matière tant que je ne me considère pas moi-même capable de travailler à 100 %. Dans le cadre de mon recours je maintiens ma demande de mesure d'ordre professionnel à hauteur de 50 % de capacité de travail. Je suis d'accord avec le nouveau calcul effectué par la Caisse cantonale genevoise de compensation dans son courrier du 23 avril 2008. Je verse au dossier un examen radiographique du 15 avril 2008".

La représentante de l'intimé a déclaré :

"L'OCAI ne va pas rendre de décision formelle sur les mesures professionnelles. La convocation à la réadaptation n'a eu lieu qu'en août 2007 en raison de l'attente de l'expertise du Dr G_____. Tant que la recourante n'est pas d'accord de se réinsérer à 100 %, taux qui correspond à sa capacité de travail, la réadaptation professionnelle n'entrera pas une nouvelle fois en matière".

31. Le 3 juillet 2008, à la demande du Tribunal de céans, le Dr A _____ a indiqué ce qui suit : "Les rhizarthroses de *l'assurée* sont importantes - je ne suis donc pas d'accord avec le Dr G _____ - et la patiente présente surtout une instabilité ligamentaire importante qui provoque des douleurs nécessitant le port des attelles des pouces. Ce sont ces douleurs également qui empêchent la patiente de faire même des travaux légers. En cas de persistance des douleurs, des opérations avec implantation de prothèses peuvent être proposées à la patiente, mais je n'ai jamais vu de patients reprenant un travail après de telles opérations. Ces opérations sont indiquées uniquement en cas de douleurs très fortes. L'incapacité de travail de *l'assurée* reste à 100 %, à mon avis même dans une activité adaptée".
32. Par courrier du 7 août 2008, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise à la Dresse I _____, rhumatologue, et leur a imparti un délai pour faire valoir un éventuel motif de récusation envers l'expert et se prononcer sur la mission d'expertise.
33. Par courrier du 9 septembre 2008, l'intimé a approuvé le choix de l'experte et transmis un avis du SMR du 29 août 2008 selon lequel il était normal que le Dr A _____ ne partageât pas l'avis du Dr J _____ dès lors qu'il était le médecin-traitant de *l'assurée*.
34. Dans son rapport d'expertise du 17 février 2009, la Dresse I _____ a indiqué qu'elle avait reçu *l'assurée* le 31 octobre 2008. Elle a décrit l'histoire médicale de la patiente, l'aspect asséculoologique, procédé à une anamnèse depuis 2004 et procédé à une discussion. Elle a tenu en outre un compte des plaintes de *l'expertisée*. Elle a diagnostiqué une rhizarthrose débutante bilatérale, des rachialgies chroniques, une périarthrite de la hanche droite, une arthrodèse sous-astragaliennne et calcanéocuboïdienne de la cheville droite en 1986, une arthrose de l'articulation tibio-tarsienne de la cheville droite, une gonarthrose gauche après entorse du genou en 1991 et plastie du LCA en 1993, des tendinopathies débutantes des deux épaules, et des douleurs résiduelles des mains dans les suites de multiples interventions avec troubles sensitifs résiduels à droite. Depuis 2004 étaient apparues des rachialgies devenues chroniques, des douleurs des pouces sur rhizarthrose débutante, une augmentation des douleurs du genou gauche et une récurrence des douleurs des épaules. Du point de vue fonctionnel, par rapport à 2004, les limitations étaient les mêmes que celles décrites par la Dresse B _____ qui mentionnait une impossibilité à travailler sur ordinateur, une limitation dans les mouvements répétitifs et les ports de charge de plus de deux kilos, une limitation à la marche à environ une heure et en station debout prolongée à deux heures. Actuellement, la recourante était en plus limitée dans les mouvements fins et répétés avec les pouces, les mouvements répétés avec les membres supérieurs en général, dans les escaliers et sur échelle. S'agissant de sa capacité de travail, *l'assurée* ne pouvait effectivement plus travailler sur ordinateur. Dans la vente, elle était également limitée, selon le secteur, dans la manipulation répétée d'objets (mise en rayon) et sa capacité de

travail dans cette activité était de 50 %. Dans une activité légère, bien adaptée, respectant toute limitation, la capacité de travail était entière. Il existait des douleurs de la base des pouces avec une discrète limitation de mobilité surtout en adduction et un début de rhizarthrose sur les radiographies, sans signe de subluxation, probablement depuis environ 2005. Dans la rhizarthrose, il n'y avait pas de relation directe entre l'atteinte radiologique et les douleurs, dans le sens qu'en début d'arthrose à cet endroit pouvaient entraîner d'importantes douleurs, une diminution de la force et une limitation fonctionnelle. En raison des douleurs résiduelles des mains et des coudes, des douleurs de rhizarthrose et des troubles sensitifs des mains, la patiente était effectivement limitée dans toutes les activités manuelles répétées, surtout l'ordinateur.

35. Dans ses observations du 2 avril 2009, l'OCAI, se référant à un avis de la Dresse H_____ du SMR, a constaté que l'experte rejoignait les conclusions des différents spécialistes s'agissant de l'exigibilité d'une activité adaptée complète. Il a relevé que des mesures professionnelles ne sauraient entrer en ligne de compte faute d'aptitude subjective à la réadaptation. Ainsi, l'assurée ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle avec un ordinateur, mais l'expert ne se prononçait pas sur la date depuis laquelle cette activité n'était plus exigible. Dès lors, le SMR retenait que depuis le 1er décembre 2001, l'incapacité dans la profession habituelle était complète. Enfin, l'OCAI a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.
36. La recourante n'a pas émis d'observations suite à l'expertise et sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), 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) 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.

1. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
2. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1^{er} juillet 2007), seront prises en considération selon les principes de droit intertemporel à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et au regard des nouvelles dispositions pour la période postérieure (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Il convient en l'occurrence de déterminer si l'état de santé de la recourante a connu une aggravation notable ayant une répercussion sur sa capacité de travail depuis la date de la décision initiale de l'OCAI, soit depuis le 28 avril 2004, soit quel est son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) Selon l'art. 17 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGGA).

Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

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 ainsi 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).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 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).

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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

4. En l'occurrence, le Tribunal fédéral des assurances a, par arrêt du 5 juillet 2006, constaté que la recourante présentait une capacité résiduelle de travail de 100 % dans une activité légère qui permette l'alternance des positions debout et assise, évite le port de charges supérieures à deux kilos ainsi que tout mouvement répétitif avec les membres supérieurs, en particulier le travail sur ordinateur. Il a admis qu'au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, un certain nombre d'entre elles étaient légères et donc à la portée de l'assurée en dépit de ses douleurs résiduelles. Après une comparaison des revenus avant et après invalidité, le Tribunal fédéral est arrivé à la conclusion que l'assurée présentait un degré d'invalidité de 45 % ouvrant droit à un quart de rente à partir du 1er décembre 2002. Cette autorité a pour le surplus renvoyé la cause à l'OCAI afin qu'il examine la question du droit à des mesures de réadaptation professionnelle.

En date du 21 novembre 2006, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, invoquant une aggravation de son état de santé. Elle a produit plusieurs attestations de ses médecins traitants et a fait l'objet de deux expertises rhumatologiques, l'une conduite à la demande de l'OCAI par le Dr G_____ en mai 2007 et l'autre conduite à la demande du Tribunal de céans par la Dresse I_____ en février 2009. Le Tribunal a ordonné cette expertise judiciaire car les déclarations du médecin traitant avaient soulevé des doutes s'agissant des conclusions de l'expert G_____.

Il convient dès lors de déterminer la valeur probante de l'expertise de la Dresse - I_____. Cette expertise comporte une histoire médicale, une anamnèse. L'experte a pratiqué un examen clinique général, un status ostéoarticulaire et un status neurologique. Elle a examiné les radiographies amenées par la patiente et procédé à une discussion. Elle a posé des diagnostics clairs et répondu précisément aux questions posées par le Tribunal de céans. L'ensemble du rapport est clair et ne comporte pas de contradiction. Les conclusions sont motivées. Partant, cette expertise ne prête pas flan à la critique et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral. L'experte arrive à la conclusion que d'un point de vue fonctionnel, par rapport à 2004, les limitations sont les mêmes que celles décrites par la Dresse B_____ qui mentionnait une impossibilité à travailler sur ordinateur, une limitation dans les mouvements répétitifs et le port de charges de plus de deux kilos, une limitation à la marche à environ une heure et en station debout prolongée à deux heures. Actuellement, la capacité de travail était en plus limitée par les mouvements fins et répétés avec les pouces, les mouvements répétés avec les membres supérieurs en général, dans les escaliers et sur échelle. Concernant la capacité de travail, la recourante ne pouvait effectivement plus travailler sur ordinateur. Dans la vente, elle était également

limitée, selon le secteur, dans la manipulation répétée d'objets (mise en rayon) et sa capacité dans cette activité s'élevait à 50 %. Dans une activité légère, bien adaptée, respectant toutes les limitations la capacité de travail restait entière. Il convient enfin de relever que la Dresse I _____ arrive à la même conclusion que le Dr G _____ s'agissant de la capacité de travail résiduelle entière de la recourante.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal fera siennes les conclusions de l'experte judiciaire et tiendra pour établi que la recourante présente une pleine capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ainsi, il n'apparaît pas du point de vue de la capacité de gain que l'assurée présente une aggravation de son état de santé et dès lors sa demande de révision doit être rejetée. Il convient encore de préciser qu'il est inutile de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant et après invalidité puisqu'on peut admettre qu'au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, un certain nombre d'entre elles sont légères et donc à la portée de l'assurée en dépit de ses douleurs résiduelles et des nouvelles limitations fonctionnelles.

5. Reste à examiner la question des mesures professionnelles. Dans son arrêt du 5 juillet 2006, le Tribunal fédéral des assurances a notamment renvoyé le dossier à l'OCAI afin que celui-ci examine le droit de l'assurée à des mesures de réadaptation professionnelle. Il s'est avéré, ce qui a été établi lors de la convocation par l'OCAI et en une audience de comparution personnelle devant le Tribunal de céans, que la recourante ne se sent pas capable de travailler à plein temps mais à 50 % seulement. L'OCAI est donc parti de l'idée qu'elle n'avait pas droit à des mesures de réadaptation professionnelle et a indiqué que tant qu'elle n'avait pas une aptitude objective au placement de 100%, elle n'avait pas non plus droit à une décision. Ce point de vue est mal fondé. En effet, l'art. 56 al. 2 LPGA vise le refus de statuer et le retard à statuer d'un assureur ou d'une autorité administrative. Il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Le caractère raisonnable d'une procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Il faut notamment prendre en considération l'ampleur et la difficulté de celle-ci, ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 125 V 188 consid. 2a). À cet égard, la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de la loi demeure applicable, la LPGA n'ayant apporté aucune modification à la notion du déni de justice (cf. KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, n. 10, 13 et 14 *ad* art. 56). Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de celui-ci et le comportement de l'autorité compétente (ATF 124 I 139 consid. 2c, 119 Ib 311 consid. 5b et les références). En particulier, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas

échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b et c). Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure administrative (AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, n. 1243). On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts, qui sont inévitables dans une procédure (cf. ATF 124 et 119 précités), mais une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne sauraient en justifier la lenteur excessive (ATF 122 IV 103 consid. I/4, 107 Ib 160 consid. 3c) ; il appartient en effet à l'État d'organiser ses autorités et de fournir les moyens matériels nécessaires à leur fonctionnement normal, sous réserve qu'à l'impossible nul n'est tenu (cf ATF 119 III 1 consid. 3 ; BOVAY, Procédure administrative, Berne 2000, pp. 170 ss ; KNAPP, Précis de droit administratif, Bâle 1991, n. 633). Dans le cadre d'une appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en matière d'assurances sociales le législateur accorde une importance particulière à une liquidation rapide des procès (ATF 126 V 249 consid. 4a). Cela étant, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. Elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATFA du 27 mars 2006, cause U 23/05, consid. 6).

Ainsi, le droit à une décision (positive ou négative) est indépendant de l'attitude de l'assurée par rapport à la réadaptation. Le Tribunal de céans constate donc l'existence d'un déni de justice s'agissant du droit aux mesures de réadaptation professionnelle et enjoindra l'OCAI à se prononcer sur ce point. Par ailleurs, il sera rappelé la jurisprudence du Tribunal de céans en matière de réadaptation professionnelle. En effet, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rendu un arrêt le 10 septembre 2008 (ATAS/998/2008) dans lequel il a jugé que le recourant qui estimait ne pouvoir travailler qu'à 50% contrairement aux médecins et au Tribunal fédéral qui l'estimaient capable à 100% avait droit à des mesures de réadaptation professionnelle. En effet, cette autolimitation ne faisait pas obstacle à la mise en place d'une mesure d'ordre professionnel, mais à 50%, étant entendu que l'assuré devrait assumer son choix de travailler à 50%, sans pouvoir prétendre parallèlement à une rente.

6. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté et la décision de l'OCAI confirmée. Le dossier sera en outre renvoyé à l'intimé afin qu'il statue sur le droit de la recourante à des mesures de réadaptation professionnelle.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renvoie le dossier à l'intimé afin qu'il statue sur le droit de la recourante à des mesures professionnelles.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
5. 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

Le président suppléant

Nancy BISIN

Georges ZUFFEREY

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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