

## **GE\_GERICHTE ATAS/1018/2008 vom 4. September 2008**

GE Cour de justice, 2008-09-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1018\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1018_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1018/2008 du 4 septembre 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1018/2008 del 4 settembre 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 16**

L'OCAI a ordonné une expertise médicale auprès du Dr K\_\_\_\_\_ aux fins de clarifier les troubles orthopédiques dont se plaignait l'assurée, en particulier au genou droit ainsi qu'à la colonne cervicale.

#### **E. 17**

Dans son rapport du 23 janvier 2007, concernant le genou droit, cet expert a considéré que la situation objective paraissait tout à fait adéquate, plus de 6 mois après plastie du LCA. Sur le plan radiologique, la situation paraissait aussi favorable, avec tout au plus un état de pré-arthrose qui ne devait pas se modifier

A/776/2008 - 6/17 - de manière drastique à court ou moyen terme. Compte tenu de ce tableau, l'expert n'a pas retenu de déficit fonctionnel pouvant engendrer une incapacité de gain significative et durable dans le cadre des métiers exercés antérieurement. Il a par ailleurs estimé qu'une pleine capacité était également exigible dans d'autres métiers privilégiant les positions assises. S'agissant des cervicales, cet expert a confirmé que l'assurée présentait une cervico-discarthrose avancée, des étages C5-6 et C7, à l'origine d'un canal cervical étroit uniquement radiologique, soit sans déficit neurologique. En l'absence de compression radiculaire nette et d'œdème pouvant faire évoquer une myélopathie secondaire ou tout autre processus inflammatoire, l'expert a estimé qu'il n'y avait pas de limitation importante de la capacité de gain de l'assurée de sorte que sa capacité de travail dans ses diverses activités antérieures était proche de la norme. Il en allait de même des activités privilégiant des positions assises telle qu'une activité sur une chaîne de montage ou d'emballage qui évite les positions vicieuses du tronc. Tout métier de bureau/ordinateur était également exigible moyennant quelques détails ergonomiques (hauteur du siège ou de l'écran). Il a encore évoqué la nécessité pour l'assurée d'effectuer quelques pauses de brève durée pour effectuer des exercices d'étirement et d'entraînement du rachis cervical. Pour l'ensemble des pathologies orthopédiques, l'expert a reconnu à l'endroit de l'assurée une capacité de travail minimale de 85% tant dans les activités antérieures que dans les activités privilégiant la position assise. Sur la base de ces constatations, il a été estimé que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 85% au minimum avec une diminution de rendement de 15% maximum. Il a également considéré que les activités adaptées devaient éviter les accroupissements répétés ainsi que les déplacements sur terrain inégal et le travail sur échelle. L'activité adaptée ne devait pas comprendre le port de charge (maximum 10 kg portés sur courte distance), ni de positions vicieuses du tronc. Quant aux mesures de réadaptation professionnelle, elles ne paraissaient pas nécessaire dès lors que les activités exercées auparavant, en particulier celles de serveuse de buffet ou de téléphoniste, semblaient adaptées à l'état de l'assurée. Seule une reconversion demeurait discutable s'il était prévu un métier de bureau/ordinateur.

### **E. 18**

Par avis médical du 21 février 2007, le SMR Suisse romande a estimé, sur la base du rapport d'expertise du Dr K \_\_\_\_\_, que la capacité de travail de l'assurée était de 85% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles, soit pas de station debout prolongée sans changement de position et possibilité de changer de position chaque heure, pas de port de charge lourde supérieure à 10 kg, pas de travail à genou et/ou en station accroupie ; pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétée du tronc, pas de déplacement en terrain irrégulier, ni usage d'échelle ou d'escabeau.

### **E. 19**

Après avoir procédé à la comparaison des salaires avec et sans invalidité, dans son rapport du 11 décembre 2007, la division de réadaptation professionnelle de

A/776/2008 - 7/17 - l'OCAI est arrivée à la conclusion que l'assurée présentait un degré d'invalidité de 23,5%. Elle s'est fondée sur une capacité de travail de 100% dans une activité de niveau 4 et a procédé à une réduction de 10 à 15% compte tenu de la diminution de rendement et d'un abattement de 10% dans la mesure où seule une activité légère demeurait possible.

### **E. 20**

En date du 10 décembre 2007, le Conseil de l'assurée a encore produit un rapport médical rendu le 6 décembre 2007 par la Dresse L \_\_\_\_\_, consultation d'alcoologie aux Acacias. Ce rapport faisait état d'un trouble affectif bipolaire diagnostiqué au CTB des Epinettes avant la prise en soin à la consultation des Acacias remontant au 27 décembre 2004. Ce trouble se manifestait d'une part par une humeur dépressive comprenant une thymie triste, un trouble du sommeil, une anhédonie, une perte d'élan vital et, parfois, des idées noires. D'autre part par des manifestations d'une humeur hippomane telles que troubles du sommeil avec sommeil réduit, logorrhée, hyperactivité, tachypsychie, irritabilité et augmentation de la consommation de toxiques. Il était précisé que l'épisode hippomane durait un peu moins de 2 semaines. Il était mentionné que l'assurée avait fait une tentative de suicide (abus médicamenteux) lors de son premier épisode de dépression remontant à 1983. L'humeur de l'assurée était actuellement euthymique avec la précision que le trouble bipolaire était une maladie chronique avec fluctuation de l'humeur. L'objectif à atteindre dans le cas d'espèce était une stabilité de l'humeur, actuellement fragile, par un travail qui s'effectuait sur la gestion des émotions à long terme.

### **E. 21**

Par avis médical du 25 janvier 2008, le SMR Suisse romande a considéré que le rapport de la Dresse L \_\_\_\_\_ et du Dr J \_\_\_\_\_ n'apportaient pas d'élément nouveau ni n'évoquaient d'aggravation de l'état de santé tant somatique que psychique de l'assurée. En l'absence d'aggravation de l'état de santé ainsi que d'une nouvelle atteinte à la santé, la capacité de travail exigible demeurait de 85% dans toute activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites dans l'avis médical du 21 juillet 2007 et ce depuis 1999 avec la précision que les activités d'aide-soignante et d'aide-cuisinière n'étaient plus exigibles.

### **E. 22**

Par décision sur opposition du 5 février 2008, l'OCAI a partiellement admis l'opposition formée le 31 janvier 2006, arrêté le taux d'invalidité à 25% et estimé que les mesures de

réadaptation n'étaient pas envisageables au vu de l'attitude subjective de l'assurée.

#### **E. 23**

Par courrier du 7 mars 2008, agissant par l'intermédiaire de son Conseil, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant au préalable à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise interdisciplinaire, principalement à l'annulation de la décision, à l'octroi de mesures de réadaptation ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité correspondant à son taux d'invalidité, avec suite de dépens. Elle a

A/776/2008 - 8/17 - reproché l'OCAI de ne pas avoir tenu compte des problèmes affectant le genou droit, des affections cervicales ainsi que des problèmes psychiatriques sous forme d'un trouble bipolaire. Elle a en particulier déploré que l'affection cervicale n'ait pas fait l'objet d'une appréciation distincte et précise. Elle a en outre fait grief au Dr K\_\_\_\_\_ d'avoir nié une quelconque limitation de la capacité de gain résultant de cette affection or même que celui-ci avait admis que la problématique cervicale occupait le devant de la scène. Elle a encore reproché à l'OCAI d'avoir confondu tous les problèmes de santé physique pour en faire un tout assorti d'une incapacité de travail de 15% déjà admis pour le seul problème du genou, respectivement d'avoir écarté toute pathologie psychiatrique alors même que le diagnostic de trouble avait été établi en 1997, 2004 et 2007. Elle a allégué que l'intimé avait procédé à une mauvaise appréciation du dossier qui devait être revu. Elle a en dernier lieu confirmé sa volonté de se soumettre à une réadaptation professionnelle contrairement à ce qui avait faussement été soutenu par l'OCAI.

#### **E. 24**

Dans sa réponse du 21 avril 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant aux motifs ressortant de la décision attaquée, tout en précisant que les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie ne constituaient pas en soi une invalidité au sens de la loi. Une telle dépendance jouait en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle avait provoqué une maladie ou un accident entraînant une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résultait elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui avait valeur de maladie. Sur la base de l'examen bidisciplinaire du SMR du 19 octobre 2005, il a été confirmé que des différents troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de produits psychotropes ainsi que le trouble de la personnalité émotionnel de type labile et de type border line non décompensé et l'obésité ne diminuaient pas la capacité de travail exigible de la recourante de sorte que ces éléments ne relevaient pas de l'assurance- invalidité. Il a en dernier lieu été rappelé que l'examen bidisciplinaire du SMR du 19 octobre 2005 et l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ remplissaient pleinement les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder la pleine valeur probante.

#### **E. 25**

Le 30 avril 2008, le Tribunal a communiqué cette écriture à la recourante et a réservé la suite de la procédure.

#### **E. 26**

La cause a été gardée à juger par courrier du 30 juillet 2008.

A/776/2008 - 9/17 - EN DROIT 1. Conformément à l'article 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales

connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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. 3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit 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 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). 4. En l'espèce, la demande de prestations de l'assurance-invalidité du 25 mars 2004 et la décision litigieuse, du 5 février 2008, sont postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329), sans tenir compte des modifications intervenues dans le cadre de la 5ème révision de la LAI entrée en vigueur le 1er janvier 2008. 5. Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 lettre a LPGA et 69 al. 1 bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II lettre c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). 6. a) Est réputée invalide 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

A/776/2008 - 10/17 - 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assurée aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est compris avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). b) Depuis le 1er janvier 2004 (4ème révision AI), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à 3 quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 29 al. 1 lettre a LAI) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 lettre b LAI). L'existence d'une capacité de gain durable (art. 29 al. 1 lettre a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 – RAI). c) D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans

le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b ; 400 consid. 4b et les arrêts cités). 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 p. 87). d) Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 1ère phrase LAI). Est réputé invalide, au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement

A/776/2008 - 11/17 - est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). e) 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 apporter 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 ont 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). Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02). 7. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 lettre c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelque en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge 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 a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). b) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'uni à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). c) S'agissant de la valeur probante du rapport psychiatrique de la Dresse F \_\_\_\_\_, il convient de relever que l'instruction d'une autre cause en matière d'invalidité devant le Tribunal de céans a révélé que celle-ci n'était pas titulaire d'un diplôme FMH de spécialiste

en psychiatrie et qu'elle avait par ailleurs été autorisée à pratiquer comme médecin dépendant auprès du SMR par

A/776/2008 - 12/17 - acte du département vaudois de la santé et de l'action sociales du 24 novembre 2006. Selon le médecin cantonal vaudois, l'intéressée était, en sa qualité de médecin dépendant, désormais habilitée à effectuer des expertises psychiatriques avec examens cliniques ; toutefois, à son avis, le document devait être contresigné par le psychiatre responsable pour lui donner sa pleine valeur juridique. d) Il sied d'observer que, selon les informations reçues du médecin cantonal vaudois, la Dresse F \_\_\_\_\_ n'était pas habilitée à signer le rapport du SMR du 19 octobre 2005 avec le titre de « psychiatre FMH et qu'elle n'était alors pas, à cette date, formellement autorisée à travailler comme médecin dépendant auprès du SMR. Il convient dès lors d'analyser ici la portée juridique de ces irrégularités qui ne préjugent en rien des compétences professionnelles de cette praticienne lesquelles ne sont pas mises en cause. Au préalable, force est de constater que la valeur juridique du rapport en cause ne saurait être déniée pour le seul motif que sa rédactrice a utilisé à tort le titre de « psychiatre FMH ». La même constatation s'impose s'agissant du défaut d'autorisation, lequel a été corrigé par la délivrance d'une autorisation de pratiquer à titre dépendant à partir du 24 novembre 2006. Il ne saurait en effet pas cohérent de dénier la valeur probante d'un rapport rendu par un même médecin avant l'obtention de l'autorisation en cause alors que ce même rapport devrait être admis s'il avait été rendu après l'octroi de ladite autorisation. Il convient de préciser que cette autorisation ne dépendait d'aucun examen complémentaire dans la mesure où elle portait uniquement sur la reconnaissance de son diplôme étranger. En conclusion, la valeur probante dudit rapport ne saurait être déniée en raison des seules irrégularités susmentionnées, mais doit bien plutôt être examinée sous l'angle des conclusions jurisprudentielles en la matière rappelées ci-dessus. e) Mais encore, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ses avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I592/99, consid. b/ee). f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder

A/776/2008 - 13/17 - d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; KIESER, *das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450 ; KOLZ/HANER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2ème éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320 ; GYGI, *Bundes Verwaltungsrechtspflege*, 2ème éd., p. 274); cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 I b 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas

le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Constit. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4a Constit. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité. 8. Il y a lieu d'examiner si c'est à bon droit que l'intimée, admettant partiellement l'opposition de l'assurée, a arrêté le taux d'invalidité à 25% et refusé d'ordonner des mesures de réadaptation professionnelle. La recourante soutient que l'instruction de son dossier est lacunaire et conteste l'appréciation faite par les médecins du SMR et le Dr K\_\_\_\_\_ de ses troubles physiques en tant qu'ils n'ont pas fait l'objet d'une évaluation distincte et précise. Elle fait par ailleurs grief au médecin du SMR d'avoir écarté toute pathologie psychiatrique, en particulier de ne pas avoir admis l'existence d'un trouble bipolaire. Force est de constater que les griefs de la recourante relatifs à l'instruction lacunaire sur le plan des troubles ostéoarticulaires ont été admis par l'intimé qui a mis en œuvre une expertise auprès du Dr K\_\_\_\_\_. Sur ce point, cette expertise répond aux exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. En particulier, elle ne contient pas de contradiction et n'est pas mise en doute par les avis médicaux du Dr D\_\_\_\_\_ qui, s'agissant de la problématique liée au genou, n'avait reconnu aucune atteinte articulaire objectivée, excepté une instabilité ligamentaire du genou droit entraînant des limitations fonctionnelles telles que port de charge et déplacements dans les escaliers ou sur des échelles. S'agissant de la problématique cervicale, après avoir pris connaissance de l'IRM cervical pratiqué le 30 janvier 2006 par le Dr G\_\_\_\_\_, de l'examen du Dr H\_\_\_\_\_ du 2 février 2006, mais encore du rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 13 décembre 2006, le Dr K\_\_\_\_\_ admettant une cervico-discarthrose avancée à l'origine d'un canal cervical étroit uniquement radiologique, c'est-à-dire sans déficit neurologique, nie toute limitation importante de la capacité de gain de la recourante dans toute activité qui évite les positions vicieuses du tronc et qui permette à la recourante d'effectuer des pauses de brève durée de 5 à 10 minutes par heure. Les diagnostics retenus par les différents médecins consultés sont donc

A/776/2008 - 14/17 - convergents du point de vue orthopédique et ostéoarticulaire. Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr K\_\_\_\_\_ ne sont pas davantage critiquées. De même, convient-il de relever que, sur le plan physique, seul le Dr I\_\_\_\_\_ suggère une reconversion professionnelle, le Dr D\_\_\_\_\_ considérant pour sa part que seules quelques restrictions sont à prendre en compte. Dès lors qu'aucune pièce médicale versée au dossier n'est susceptible de mettre en cause les limitations physiques fonctionnelles déjà prises en considération dans le cadre de l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_, le Tribunal de céans ne saurait s'écarter de l'évaluation effectuée par ce dernier, lequel a retenu une capacité résiduelle de travail de 85% avec une diminution de rendement de maximum 15%. En revanche, les avis des médecins divergent quant aux diagnostics psychiatriques retenus. La recourante fait en particulier grief au médecin SMR de ne pas avoir tenu compte des problèmes psychiatriques sous forme d'un trouble bipolaire. A cet égard, force est de relever que seuls le Dr A\_\_\_\_\_ et la Dresse L\_\_\_\_\_, qui n'est au demeurant pas psychiatre, ont admis l'existence d'un trouble affectif bipolaire étant précisé que ceux-ci ne se prononcent pas sur l'influence de ce trouble sur la capacité de travail de la recourante. Ceci étant, ces mêmes médecins, à l'instar du Dr C\_\_\_\_\_ admettent l'existence de troubles de la personnalité liés à l'utilisation d'alcool et de psychotropes tels qu'admis par la Dresse F\_\_\_\_\_. A cet égard, il convient de reconnaître toute valeur probante au rapport établi par la Dresse F\_\_\_\_\_. Il est d'une part complet et clair, et d'autre part convainquant, ce médecin

ayant expliqué pour quelle raison elle admettait sur le plan strictement psychique une capacité de travail de 100%. Ce médecin n'a d'ailleurs pas simplement ignoré les troubles psychiques de la recourante dès lors qu'il a analysé l'ampleur de l'état dépressif sur la base des observations cliniques psychiatriques, elle a retenu un diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline non décompensé caractérisé par une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles, associée à une instabilité de l'humeur. Aucun argument clinique ni anamnestique ne permettait selon cet expert de retenir le diagnostic de trouble affectif bipolaire. Renseignement pris auprès de la Dresse B \_\_\_\_\_ et du psychiatre traitant, les fluctuations de l'humeur caractérisant le trouble affectif bipolaire, fréquentes chez la recourante dans la même journée et indépendantes de tout facteur extérieur, ont bien plus été associées au diagnostic de cyclothymie plutôt qu'à celui de trouble affectif bipolaire. De même le trouble dépressif récurrent n'a pas été retenu. Il a au contraire été reconnu à l'endroit de la recourante une

A/776/2008 - 15/17 - toxicomanie primaire, greffée sur un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline non décompensé, sans incidence sur la capacité de travail. Il a été précisé que ce trouble de la personnalité n'avait pas empêché la recourante de suivre une scolarité normale et d'assumer une vie sociale normale. Les difficultés socioprofessionnelles étaient simplement secondaires à une polytoxicomanie perdurant sous forme d'un alcoolisme chronique et d'une dépendance au cannabis en utilisation continue, dépendance ne justifiant pas à elle seule une incapacité de travail. Cet expert a encore expliqué pour quelle raison elle n'avait pas constaté la présence de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de limitations fonctionnelles psychiatriques invalidantes. Seuls ont été retenus les diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, de dérivé du cannabis, tous deux utilisation continue, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'héroïne, de cocaïne, abstinentes depuis 2000 ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile, type borderline non décompensé ne justifiant pas une quelconque diminution de la capacité de travail. Elle a expliqué que, dans le cas de l'assurée, il s'agissait d'une toxicomanie primaire, sans aucune influence sur la capacité de travail. Par conséquent, force est d'admettre que la Dresse F \_\_\_\_\_ a établi ses conclusions sur la base d'un dossier médical complet et son avis médical est convainquant. Ceci étant, une nouvelle expertise interdisciplinaire ne se justifie aucunement. Le taux d'invalidité de 25% retenu par l'OCAI doit ainsi être confirmé. Sur ce point, le recours, mal fondé, doit être rejeté. 9. Se fondant sur un taux d'invalidité supérieur à 20%, la recourante réclame des mesures d'ordre professionnel. L'art. 8 al. 3 LAI précise que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel, telles que l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement professionnel et une aide au placement. Au terme de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession, si son invalidité le rend nécessaire et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Pour déterminer si une mesure est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès de telles mesures (ATF 110 V 101 consid. 2) qui ne sont pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance. En effet, les mesures de réadaptation ne sont à la charge de l'assurance-invalidité que s'il existe une proportion raisonnable entre

A/776/2008 - 16/17 - leur coût et leur utilité prévisibles (ATFA non publié du 16 septembre 2003 en la cause I657/02). En l'occurrence, la recourante a demandé à pouvoir bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle. Dans le cadre de son recours, la recourante a exposé avoir la volonté de se soumettre à des mesures de réadaptation professionnelle, notamment pour exercer l'activité de réceptionniste, activité professionnelle préconisée par l'OCAI. Il se justifie en conséquence de permettre à la recourante de suivre une formation adaptée lui permettant de tendre à la capacité de travail admise par l'OCAI. 10. Il suit de ce qui précède que la recourante a droit à la mise en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle. 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 5 février 2008 sera annulée dans le sens des considérants. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). L'émolument, fixé en l'espèce à 500 fr., est mis à la charge de l'OCAI, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/776/2008 - 17/17 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.