

GE_GERICHTE ATAS/1258/2010 vom 1. Dezember 2010

GE Cour de justice, 2010-12-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1258_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1258/2010 du 1 décembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1258/2010 del 1 dicembre 2010

Erwägungen

E. 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.

E. 2

La demande de prestations a été déposée le 17 mai 2005. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003 s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date dans la mesure de leur pertinence, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1, consid. 1.2). Cette nouvelle n'a toutefois pas amené de changements majeurs en matière de conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5ème révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316). En effet, l'art. 8 LAI, dans sa nouvelle teneur dès le 1er janvier 2008, reprend pour l'essentiel le texte de l'ancienne disposition. L'art. 8 al. 1bis précise toutefois qu'il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante, lors de la fixation des mesures de réadaptation. L'article 17 LAI en particulier, ayant trait au reclassement, n'a subi aucune modification lors de la 5ème révision de la LAI.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable.

E. 4

L'objet du litige concerne le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité.

E. 5

a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé

A/4064/2008 - 14/24 - physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). b) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière». c) Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

E. 6

a) Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). b) Il faut que l'incapacité de gain soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108, consid. 3a). Le pourcentage est calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (VSI 2000, p. 63, RCC 1984, p. 95). c) Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, il y a lieu d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215, consid. 3.2.2). Le but poursuivi par la mesure doit donc s'inscrire dans une certaine durée, et son succès doit être proportionné à son

A/4064/2008 - 15/24 - coût. Enfin, la mesure concrète doit être raisonnablement exigible de l'assuré (ATF 130 V 488, consid. 4.3.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2). En effet, une mesure de reclassement ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée (ATFA du 16 février 2007, I 170/06). Les mesures ne seront donc pas allouées si elles semblent d'emblée vouées à l'échec (ATF du 16 février 2007 I 170/06).

E. 7

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas

invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). b) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). c) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue

A/4064/2008 - 16/24 - jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

E. 8

a) D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord 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). b) Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort

de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais

A/4064/2008 - 17/24 - doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. c) On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

E. 9

a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider

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

A/4064/2008 - 18/24 - b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

E. 10

En l'espèce, la recourante estime avoir droit à une rente d'invalidité, au vu des conclusions des divers experts. Dans ses dernières conclusions, elle requiert la mise

A/4064/2008 - 19/24 - en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Quant à l'intimé, il sollicite que le Tribunal de céans interroge le psychiatre-traitant de la recourante.

E. 11

a) Dans le cadre de la procédure qui s'est tenue devant l'intimé, deux expertises ont été mises en œuvre. La première, soit l'expertise COMAI du 11 mai 2007, conclut, sur le plan psychique, à une capacité entière de travail, le Dr E_____ n'excluant toutefois pas une décompensation plus grave à long terme. Sur le plan somatique, la capacité de travail est de 50 % dans l'activité d'employée de bureau et nulle dans toute autre activité. Le Dr F_____ n'expose toutefois pas les raisons pour lesquelles la capacité de travail dans une activité adaptée serait nulle et l'on comprend difficilement son raisonnement à ce sujet. Il semblerait que le Dr F_____ considère que, dans la mesure où la recourante conserve une capacité de travail de son activité habituelle d'employée de bureau, il n'est pas nécessaire d'examiner quelle est sa capacité dans une activité adaptée ou, du moins, de mettre en œuvre des mesures de réadaptation. De surcroît, il retient, en contradiction avec ses premières conclusions, une incapacité de travail totale depuis octobre 2005 dans l'activité habituelle. L'expert explique en effet que l'incapacité était subjective pour l'assurée et objective pour le médecin-traitant, ajoutant qu'il n'était pas en possession de documents suffisants lui permettant d'avoir une appréciation rétroactive pertinente. Quoi qu'il en soit, l'expert, en cette qualité, aurait dû approfondir son avis quant à l'évolution de la capacité de travail de la recourante dans le temps, au vu des éléments médicaux en sa possession et de ses connaissances. Ainsi, force est de constater, d'une part, que l'expertise du COMAI n'est pas suffisamment motivée s'agissant de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, et qu'elle est, d'autre part, contradictoire s'agissant de la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle, de sorte que le Tribunal de céans n'est pas en mesure de déterminer la capacité de travail de la recourante (dans son activité habituelle ou adaptée) et, ainsi, un éventuel taux d'invalidité. Au vu des divergences d'opinion sur le plan somatique, une seconde expertise a été confiée au Dr G_____. L'expert conclut à une capacité de travail de 60 à 70 % dans une activité d'employée de bureau, et entière dans une activité adaptée depuis le mois de juillet 2008, soit six mois après la dernière intervention. En effet, selon l'expert, la recourante présentait une évolution favorable. Cependant, force est de constater que tel n'est pas le cas, la recourante ayant nécessité la pose d'une prothèse du genou droit en juillet 2010. Elle devrait également subir une prochaine intervention pour enlever une des 4 vis qui s'est cassée et qui génère des douleurs importantes à la mobilisation du rachis. Par ailleurs, selon l'expert, l'incapacité de travail réside essentiellement dans le vécu douloureux chronique avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur, parlant en faveur d'un syndrome poly-insertionnel douloureux et de lombalgies chroniques, alors même que sur le

A/4064/2008 - 20/24 - plan somatique, il est admis que les atteintes à la santé atteignent une certaine gravité. En outre, il n'expose pas les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions du rapport COMAI, alors même que cela faisait partie de sa mission d'expertise. À défaut, le Tribunal de céans n'a pas d'éléments pour se fonder sur un avis plutôt qu'un autre. Enfin, le Dr G_____ retient une capacité de travail, dans l'activité habituelle, de 60 à 70 %. Cette différence de taux ne permet pas de procéder à un calcul précis du taux d'invalidité, une différence de 10 % pouvant influencer considérablement sur le

genre de rente, voire sur l'ouverture même du droit aux prestations de l'AI. Pour le surplus, ce médecin relève qu'une capacité de travail dans l'activité adaptée pourrait être exigée, eu égard au fait que la recourante souhaite retrouver une activité professionnelle adaptée. Cet argument est sans pertinence, dès lors que la capacité de travail ne saurait être conditionnée à la seule volonté de la recourante, celle-ci souffrant d'atteintes objectivées et manifestement incapacitantes. Par ailleurs, il retient une capacité entière dans une activité adaptée à compter de juillet 2008, sans toutefois indiquer quelle était sa capacité avant cette date (partielle? nulle?). Enfin, au vu des atteintes qu'elle présente et des limitations fonctionnelles, l'on ne voit pas bien, en l'état, quel type d'activité serait exigible. Ainsi, les conclusions du Dr G _____ ne sont pas suffisamment étayées et motivées pour permettre au Tribunal de céans de se déterminer en toute connaissance de cause sur la capacité de travail de la recourante (dans son activité habituelle ou adaptée), et ainsi sur un éventuel taux d'invalidité. b) À ce stade, il sied de constater que l'intimé, s'appuyant ainsi sur les divers avis du SMR, n'est lui-même pas convaincu par les résultats des deux expertises qu'il a mises en œuvre, dès lors qu'il s'est à chaque fois écarté des conclusions des experts. En effet, dans son avis du 10 septembre 2007, le SMR avait rejeté les conclusions du Dr F _____, au motif qu'il n'y avait pas eu d'aggravation clinique entre février 2005 et 2007, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr C _____ concluant à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle. À ce sujet, le Tribunal relève que le Dr C _____ n'a rencontré la recourante qu'à une seule reprise, en février 2005, à la demande du Dr A _____. Par ailleurs, de tous les médecins qui ont vu la recourante, le Dr C _____ est le seul à retenir une capacité de travail entière dans l'activité habituelle. Aussi, son avis, qui n'est dans tous les cas pas motivé, ne saurait être pris en considération par le SMR. De plus, le SMR, dans son avis du 18 juillet 2008, retient une capacité entière dans l'activité adaptée d'employée de bureau, notion difficilement compréhensible, dès lors qu'il s'agit de l'activité habituelle de l'assurée. Ainsi, la position du SMR, relayée par l'intimé dans la décision querellée, est peu convaincante et sans fondement. De surcroît, les mesures de réentraînement mises en œuvre par l'intimé ont manifestement été un échec. Il y a donc lieu, sur le plan médical, d'investiguer sur les raisons de cet échec et les éventuelles conséquences sur la capacité de travail de la recourante, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée.

A/4064/2008 - 21/24 - c) S'agissant des médecins-traitants de la recourante, ils retiennent une incapacité totale dans l'activité d'employée de bureau. De plus, si le Dr B _____ considère que la capacité de travail de la recourante est nulle dans une activité adaptée, le Dr A _____ est moins catégorique, celui-ci ayant déclaré, dans un premier temps, que la recourante pouvait travailler dans une activité adaptée avec diminution de salaire (avis du 10 novembre 2008) puis, dans un second temps, qu'aucune activité adaptée n'était exigible (avis du 20 juillet 2010). Ces médecins n'expliquent toutefois pas pourquoi les avis des experts qui retiennent une capacité de travail partielle de la recourante dans son activité habituelle ne seraient pas fondés, de sorte que le Tribunal de céans ne saurait privilégier les avis des médecins-traitants de la recourante.

E. 12

Au vu de ce qui précède, force est de constater que les deux expertises mises en œuvre par l'intimé ne permettent pas de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée, ce que l'intimé admet dès lors qu'il n'a pas tenu compte des conclusions des experts dans le cadre de la décision querellée.

C'est également le cas de l'avis des médecins- traitants. Il en découle qu'au moment du prononcé de sa décision, l'intimé n'était pas en possession de tous les éléments médicaux lui permettant de rendre une décision en toute connaissance, en particulier quant à la capacité de travail de la recourante en relation avec ses atteintes. Partant, il en va de même pour le Tribunal de céans. Le renvoi de la cause à l'administration est justifié, dès lors qu'il appartenait à l'intimé d'éclaircir les faits et éléments non motivés ou contradictoires dans le cadre de la procédure devant lui. De plus, l'intimé aurait dû mettre en œuvre une expertise neurochirurgicale, au vu des atteintes présentées par le recourante et des diverses interventions chirurgicales qu'elle a subies. Aussi, le dossier sera retourné à l'administration, aux fins de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire, soit psychiatrique, rhumatologique et neurochirurgicale, et ce à bref délai au vu du temps écoulé depuis le dépôt de la demande de prestations AI de la recourante. Dans ce cadre, outre les questions topiques, il importera que les experts se prononcent expressément sur les expertises du COMAI et du Dr G _____, ainsi que sur les avis des médecins-traitants, et qu'ils indiquent pourquoi ils suivent l'un ou l'autre des avis, ou encore les écartent. De plus, il est nécessaire, dès lors qu'un diagnostic de fibromyalgie a été posé, que les critères jurisprudentiels relatifs à ce type d'atteinte soient expressément examinés par les experts. Enfin, les experts devront se prononcer sur les éventuelles aggravations présentées par la recourante, tant sur le plan somatique que psychiatrique, notamment eu égard à l'échec de tentative de réentraînement.

E. 13

Partant, le recours sera partiellement admis.

A/4064/2008 - 22/24 -

E. 14

La recourante a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à l'200 fr. (art. 89H al. 3 LPA; art. 61 let. g LPGA).

E. 15

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et l'200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émolument.

A/4064/2008 - 23/24 -

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