

## **GE\_GERICHTE A/1556/2008 vom 15. Januar 2009**

GE Cour de justice, 2009-01-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1556\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1556_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/1556/2008 du 15 janvier 2009

IT: GE\_GERICHTE A/1556/2008 del 15 gennaio 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.01.2009  
A/1556/2008

A/1556/2008 ATAS/63/2009 du 15.01.2009 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1556/2008 ATAS/63/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 8 du 15 janvier 2009 En la cause Madame F \_\_\_\_\_ , domiciliée aux Acacias, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Me Zoltan SZALAI recourante Contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE , sis rue de Lyon 97, 1211 Genève 13 intimé EN FAIT Ressortissante portugaise titulaire d'un permis d'établissement, F \_\_\_\_\_ (née en 1963), scolarisée jusqu'à l'âge de 13 ans, est sans formation professionnelle spécifique. Dès 1992, elle a travaillé comme ouvrière de production dans une boulangerie industrielle jusqu'au 18 mai 1999, date du début de son congé maternité. Son horaire de travail initial était de 41 heures par semaine, puis de 6.56 heures par jour depuis le 1<sup>er</sup> février 1997, selon le « désir » de l'assurée. Son dernier salaire mensuel s'est élevé à 2'910 fr. (3'045 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2001) A la fin de son congé maternité (22 octobre 1999), l'assurée a résilié son contrat de travail, notamment « en raison de ses problèmes de dos », et s'est inscrite au chômage, à 50%, le 18 janvier 2000. (cf. questionnaire de l'employeur du 10 décembre 2001, § 1.3 et 3.3). Dans un avis du 1<sup>er</sup> mars 2000, le médecin-conseil de l'assurance-chômage a constaté que la capacité de travail de l'assurée était de 100% et que celle-ci désirait travailler à 50%. Dans un certificat du 12 mars 2000, le Dr L \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant depuis 1998, a attesté que la pratique de travaux lourds étaient contraindiquée au vu des discopathies L4-L5 et L5-S1 avec protrusion discale médiane révélée par un IRM de février 1996. Selon une attestation des H.U.G., du 25 avril 2000, l'assurée a présenté une incapacité de travail (taux non précisé) du 25 avril au 22 mai 2000. Du 7 au 9 juin 2000, l'assurée a été hospitalisée suite à une lombalgie aiguë (certificat des H.U.G. du 9 juin 2000). Dans un préavis du 14 mars 2001, le médecin-conseil de l'assurance-chômage a constaté que la patiente avait présenté une incapacité totale de travailler depuis décembre 2000. A partir du 1<sup>er</sup> avril 2001, la capacité de travail était à nouveau complète. La patiente pouvait encore exercer sa profession, à 100%, « sous condition », ou toute autre activité, sans port de charges lourdes, comme ouvrière d'horlogerie, par exemple. Dans un certificat du 1<sup>er</sup> avril 2001, le Dr L \_\_\_\_\_ a, de son côté, estimé illusoire l'exercice d'une activité adaptée, compte tenu de l'état de santé de la patiente qui entraînait d'importantes difficultés dans les activités ménagères, alors qu'elle avait par ailleurs deux enfants à charge en bas âge (nés en 1991 et 1999). Dans un courrier du 29 mars 2001, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'une IRM (du 6 février 2001) et un arthro-scanner de l'épaule droite (20 mars 2001) montraient une tendinite de la coiffe et une lésion de Hill Sachs de la tête de l'humérus, confirmant une importante lésion de Hill Sachs et surtout une lésion de

Bankert de la région antéro-inférieure de la glène. En cas d'échec d'une physiothérapie spécifique de renforcement du sous-scapulaire, une stabilisation chirurgicale était indiquée. Selon une IRM du 13 septembre 2001, la diminution relative à l'espace L5-S1 était assez marquée, mais n'avait pas de caractère de pathologie. Il existait une discopathie étagée et discrète au niveau lombaire (L4-L5 et L5-S1), ainsi qu'une petite hernie discale médiane sous-ligamentaire en L5-S1, sans retentissement visible sur les racines. A la demande du Dr L\_\_\_\_\_, le Dr N\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en chirurgie orthopédique) a examiné la patiente le 5 septembre 2001. Selon ce médecin, l'assurée présentait une incapacité de travail à 50%. En outre, en l'absence de tout problème radiculaire, un traitement chirurgical n'était pas raisonnable (courrier du Dr N\_\_\_\_\_ du 8 octobre 2001, confirmé par écrits des 1<sup>er</sup> mars et 11 juillet 2002). Invoquant en particulier souffrir de douleurs dorsales depuis 10 ans, l'assurée a déposé, le 19 octobre 2001, une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI), tendant à l'octroi d'une rente. Dans un courrier du 20 décembre 2001, l'Office cantonal de l'emploi a informé l'OCAI que l'assurée avait bénéficié de prestations cantonales en cas de maladie (PCMM) du 26 mai au 19 juillet 2000 et du 3 janvier au 1<sup>er</sup> avril 2001. Dans son rapport du 3 février 2002, le Dr L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des lombalgies chroniques et des douleurs chroniques de l'épaule droite après deux épisodes de luxation, dès 1998. La patiente était incapable de travailler à 100% depuis le 13 décembre 2000. Son état de santé était stationnaire et ne nécessitait pas l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Les douleurs à l'épaule droite étaient amendables par un traitement chirurgical, repoussé pour l'instant en raison du problème de garde des enfants petits. Les lombalgies avec blocages récidivants, s'étaient aggravées depuis la deuxième grossesse. Le handicap était sans doute important, si l'on considérait la liste des activités qui posaient problème à la patiente. Les travaux lourds n'étaient pas praticables. Un reclassement professionnel était préférable à une rente. Dans un rapport complémentaire du 21 août 2003, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé et le taux de l'incapacité de la patiente étaient inchangés. Celle-ci ne supportait pas la position assise plus d'une heure, le port de charges supérieures à 5 kg, et les positions en déséquilibre du rachis. Mandaté par l'OCAI, le Dr O\_\_\_\_\_, rhumatologue, a rendu un rapport d'expertise, le 18 décembre 2003 (examen clinique du 12 décembre précédent). L'expert a diagnostiqué, avec répercussions sur la capacité de travail, des lombosciatalgies gauches chroniques incapacitantes (discopathie L5-S1 et L4-L5, hernie discale médiane sous-ligamentaires en L5-S1), des omalgies chroniques (status après luxation récidivante avec encoche de Hill Sachs et lésion de Bankart du labrum glénoïdal ; tendinopathie des muscles de la coiffe du rotateur, en particulier sous-épineux et sous scapulaire), ainsi qu'un possible syndrome du tunnel carpien bilatéral. L'examen clinique avait révélé indiscutablement un important syndrome lombovertébral avec une restriction de la mobilité du rachis dans tous les plans, ainsi qu'une raideur lombaire comme corollaires des difficultés à procéder à des changements de positions. L'examen neurologique n'avait révélé aucun signe irritatif ou déficitaire. En outre, les points de fibromyalgie étaient tous indolores à la palpation et aucun signe pouvant faire suspecter l'existence concomitante d'un trouble somatoforme douloureux n'avait pu être mis en évidence. En effet, les doléances de l'expertisée étaient tout à fait concordantes aux constatations objectives de l'examen clinique ainsi que du bilan radiologique et IRM tant du rachis que de l'épaule droite. En raison de son atteinte à la santé, l'assurée était limitée dans sa capacité à rester en position statique debout, ou assise prolongée ; à porter des charges en position de porte-à-faux ; à faire des activités répétitives avec le membre supérieur surtout

en abduction et en rotation interne. L'expert a estimé la capacité de travail de l'assurée à 20% dans son activité d'ouvrière en boulangerie industrielle (sans port de plaques, sans changement de position, ni mouvements répétitifs). Dans une activité adaptée (légère, permettant des changements de position et évitant le port de charges, ou des travaux répétitifs en abduction-adduction, et rotation externe-interne du membre supérieur droit), la capacité de travail résiduelle exigible était de 60%. Il existait une diminution de rendement qui découlait de ses limitations fonctionnelles et qui était déjà intégrée dans l'estimation de la capacité de travail. L'incapacité de travail existait depuis juin 2000. Des mesures de réadaptation étaient envisageables, après une évaluation préalable dans le cadre d'un stage dans un COPAI, ce qui permettrait d'étayer la tolérance à l'effort de l'assurée, ainsi que ses capacités techniques et intellectuelles. Une opération au niveau de l'épaule droite ne permettrait pas de garantir une augmentation de la capacité de travail. Selon un rapport d'examen du SMR, du 29 janvier 2004, l'assurée présentait des omalgies droites chroniques d'origine multifactorielles et des lombosciatalgies gauches chroniques sur discopathie L5-S1 et L4-L5 et sur hernie discale médiane sous ligament en L5-S1. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail exigible était de 20%. Dans une activité adaptée, elle était de 60%. Des mesures de réadaptation étaient envisageables depuis le 2 février 2002 et devaient, le cas échéant, être mises en place rapidement. Le 22 octobre 2004, le gestionnaire de l'OCAI a requis la mise en œuvre d'un mandat de réadaptation. Par courrier du 28 mars 2005, le Dr L\_\_\_\_\_ a actualisé ses précédents rapports médicaux, et attesté que la patiente pouvait marcher, mais ne supportait pas la position debout immobile, après quelques minutes. La position assise pouvait être tenue de deux à quatre heures avec des interruptions. Le port de charges était sévèrement limité, ne dépassant pas cinq kilos. La flexion antérieure du rachis entraînait des blocages. L'examen du rachis ne montrait rien de nouveau (pas de déficits moteur ou sensitif). Le membre supérieur droit était douloureux en permanence ; la patiente signalait une perte de force à ce niveau, non objectivable cliniquement, avec fréquents lâchages des objets. Dans ce contexte, celle-ci avait développé un état dépressif, lié à la limitation fonctionnelle, aux douleurs chroniques, au souci de ne pas pouvoir aider son mari qui cumulait trois activités différentes pour compenser le manque à gagner de son épouse. Au total, il persistait un handicap assez sévère, avec limitation des activités ménagères, et l'impossibilité de participer aux travaux de conciergerie que devait assumer son mari. Dans ces conditions, le praticien expliquait qu'il fallait renoncer à l'idée de réadaptation. Les résultats d'une intervention chirurgicale tant au niveau lombaire (stabilisation) que de l'épaule droite paraissaient aléatoires. Dans l'intervalle, il envisageait une hospitalisation (au Service de Rééducation de l'hôpital Beau-Séjour, HUG) pour un nouveau bilan et une tentative d'améliorer le déconditionnement musculaire. Sur la base de l'avis de son médecin-conseil estimant que ce courrier faisait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, l'OCAI a demandé au Dr L\_\_\_\_\_, respectivement au Service de Rééducation de l'hôpital Beau-Séjour d'établir un nouveau rapport médical sur le formulaire ad hoc. Dans son rapport du 12 juin 2005, le médecin traitant a diagnostiqué des lombosciatalgies chroniques avec blocages récidivants ; des discopathies lombaires basses avec instabilité ; des douleurs chroniques et faiblesse du membre supérieur droit, status après deux épisodes de luxation ; un état anxio-dépressif chronique. L'activité antérieure qui nécessitait la manutention de charges importantes dans des axes non physiologiques du rachis n'était plus exigible ; une activité légère serait envisageable, à temps partiel (50%, 4 heures par jour), mais la patiente subirait une baisse de rendement en raison des problèmes de son membre supérieur droit et de ses

difficultés à tenir la position assise longtemps. N'étaient pas exigibles : la position accroupie, l'inclinaison du buste le port de charges supérieures à 5 kg, le travail en hauteur, le déplacement sur sol irrégulier. Pour une évaluation correcte, un stage d'observation était nécessaire ; il fallait également attendre le résultat du bilan médical qui devait être pratiqué dans le cadre de l'hospitalisation prochaine de la patiente. Dans leur rapport du 29 août 2005, les Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_, du Service de Rééducation de l'hôpital Beau-séjour (H.U.G.), où l'assurée a été hospitalisée du 8 au 26 août 2005, ont diagnostiqué une discopathie L4-L5 et L5-S1 depuis 1996 ; un status post luxation de l'épaule droite (premier épisode en 1987, deuxième épisode en 1993) ; des douleurs chroniques d'origine myofasciale depuis 1984 (dorsolombaires, épaule droite, genou droit). L'état de santé de la patiente s'améliorait et pouvait être amélioré par des mesures médicales. Des mesures professionnelles étaient indiquées. L'assurée nécessitait des moyens auxiliaires (corset) et avait besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, ainsi que d'une aide au ménage. Les praticiens ont en outre constaté, sur le membre supérieur droit, ce qui suit : conflit sous-acromial avec passage antérieur de la tête humérale lors de l'abduction ; force évaluée à M4, M3+. Pas de trouble de la sensibilité. Une limitation de l'abduction à 110°. Sur le rachis : limitation importante de la flexion et de l'extension du tronc avec raideur lombaire et sur sollicitation des articulaires thoraco-lombaires hautes ; nombreux triggers points (épaule droite, dos, bassin). Les examens médicaux spécialisés avaient montré la présence sur les apophyses transversales droites à la hauteur de L4-L5 d'une arthrose dégénérative en comparatif des clichés en 2001. Sur les clichés dynamiques : absence de mobilité de la colonne lombaire avec sur-sollicitation de la charnière thoraco-lombaire. Les praticiens ont en particulier préconisé un traitement du Trigger-Point au niveau dorsal et de l'épaule droite, ainsi qu'un réapprentissage (par physiothérapie) de la proprioception du bassin et de la colonne lombaire. Le bilan de l'hospitalisation mettait en évidence des douleurs chroniques d'origine myofasciale sur substrat somatique modéré à faible et dont le diagnostic de fibromyalgie n'était pas retenu. L'activité exercée jusqu'à présent n'était plus exigible. Une reprise d'une activité professionnelle de remplacement était possible à moyen terme, à mi-temps, avec une baisse de rendement, moyennant un reconditionnement physique. La patiente pouvait envisager une activité permettant de varier les positions, sans port de charge (sauf occasionnellement pour des poids ne dépassant pas 5 à 10 kg), évitant les rotations du tronc, le travail en hauteurs et les positions accroupies. La pratique d'une profession nécessitant une dextérité (bijouterie ou horlogerie, comme l'aurait souhaité la patiente) et une bonne force de préhension n'était pas exigible, au vu de l'évaluation de l'ergothérapeute préprofessionnel (faible dextérité et faiblesse des mains très importantes). Enfin, une consultation était prévue avec le Dr Q\_\_\_\_\_, rhumatologue, pour suivi de prise en charge, intégration dans un groupe type « Ecole du Dos » et un reconditionnement physique. Ces praticiens ont encore précisé que l'activité exercée jusque-là n'était plus exigible et qu'une activité adaptée était exigible à 50%. Il ressort du rapport d'ergothérapie pré-professionnelle du 26 août 2005 (effectuée dans le cadre de l'hospitalisation précitée) que, la dernière année de son activité, l'horaire de travail de l'assurée était de 9h à 15h. Dans ses activités quotidiennes, l'assurée faisait appel à son mari et à ses sœurs lorsqu'elle avait trop mal et ne pouvait pas faire ses activités ménagères. Par ailleurs, l'inclinaison du tronc était possible, mais limitée par le corset. Il était souhaitable qu'elle bénéficie d'un reconditionnement physique, mais le corset qu'elle portait en permanence risquait d'avoir « plutôt l'effet inverse ». Sa force manuelle (« d'une femme de plus de 75 ans ! ») autant à

droite qu'à gauche était nettement diminuée et la dextérité manuelle des 2 côtés n'étaient pas bonne. Ces résultats ne s'expliquaient pas avec la pathologie initiale. Dans leur rapport complémentaire du 6 septembre 2005, les Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ont précisé que le corset dont avait bénéficié la patiente en 2001 avait été réajusté. L'aide pour le ménage devait être augmentée, afin de la soulager de ses tâches à domicile. En outre, la consultation psychiatrique n'avait pas retenu de diagnostic d'attaque de panique, ni celui de dépression ou de fibromyalgie. Si la symptomatologie se chronicisait, on pourrait alors invoquer un trouble de type somatoforme, auquel cas un traitement par tricyclique pourrait être discuté à but antalgique. La reprise d'une activité adaptée était envisageable à moyen terme, à mi-temps, moyennant un reconditionnement physique, la patiente n'ayant pas retravaillé depuis 1999 et ayant une endurance très faible. Le 30 septembre 2005, le gestionnaire de l'OCAI a requis la mise en oeuvre d'une enquête ménagère, l'assurée ayant exercé une activité professionnelle à 85% avant son congé maternité (statut mixte 85/15). Selon le rapport d'enquête du 28 novembre 2005, l'assurée n'avait pas de suivi psychologique et ne prenait pas d'antidépresseurs. Lors de son dernier travail, son taux d'activité (fixé selon ses envies et son état de santé) était de 70%. Sans atteinte la santé, elle travaillerait 80%, taux idéal, selon l'assurée, lui permettant de finir à 15h30 pour s'occuper des enfants et profiter d'eux. En décembre 1999, elle avait donné son congé à l'usine de boulangerie, car elle ne se sentait pas capable avec ses maux de dos de s'occuper de son bébé tout en continuant à travailler. Selon l'assurée, son dos se bloquait approximativement pendant un mois en tout par année. Durant cette période, son époux accomplissait seul toutes les tâches ménagères. Hors cette période, dans le cadre des travaux d'alimentation et de nettoyage de la cuisine, ainsi que de l'entretien du logement, l'enquêtrice a retenu respectivement un degré d'empêchement de 10%, respectivement 20%. Ces derniers taux ont été réévalués à 20%, respectivement à 40% par le gestionnaire du dossier, qui a estimé que la contribution à la réduction du dommage par le mari devait être minime, compte tenu de ses diverses activités professionnelles. Parallèlement, compte tenu du contenu des nouveaux rapports médicaux précités (ci-avant, § 20 à 23), l'OCAI a confié au SMR le soin de réaliser une expertise bidisciplinaire « rhumato -psy ». Le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du SMR, du 9 mai 2006 (examen clinique du 10 février 2006), complété le 18 décembre suivant, a posé les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail : lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec petite hernie discale L5-S1 ; douleurs de l'épaules droite dans le cadre d'une PSH ( périarthrite scapulo-humérale) droite et d'un status après luxation récidivante de l'épaule avec encoche de Hill-Sachs et lésion de Bankart sur labrum glénoïdal. Sans répercussion sur la capacité de travail : troubles anxieux (réactionnel ou concomitant) (F41.1) ; trouble moteur dissociatif (crise d'astésie-abasie psychogène) (F 44.4) ; traits de personnalité histrionique (F 60.4) ; majoration de symptôme physique pour des raisons psychologiques (F 68.0). Sur le plan social, la famille de l'assurée était souvent invitée chez sa parenté et elle avait également souvent des visites. Selon l'anamnèse psychiatrique, l'assurée a nié tout empêchement du côté douleurs pendant l'acte sexuel et ne présentait aucun symptôme d'anhédonie. Dans leur appréciation du cas, les experts ont expliqué leur diagnostic de majoration de symptôme physique pour des raisons psychologiques par un tableau de douleurs ubiquitaires présentes autant à la palpation des points typiques de la fibromyalgie qu'au niveau des points de contrôle s'accompagnant de signes de non organicité selon Wadell au niveau du rachis et d'une importante démonstrativité. Ils ont en particulier constaté une déambulation avec une démarche «

grotesque, en contorsionnant le bassin et en fléchissant les genoux, alors qu'elle était arrivée auparavant sans problème à marcher de la salle d'attente à la salle d'examen », des « troubles de l'équilibre grotesque avec dandinement du bassin et marche à nouveau grotesque » ou encore, « associées à des souffrances assez démonstratives, des crises moteurs qui ne sont en aucune relation avec n'importe quel mécanisme patho-physiologique connu ». Ce n'étaient même pas les douleurs qui dominaient pendant ces crises, mais plutôt une souffrance émotionnelle exprimée par des crises psychogènes (rapport pp. 5, 6 et 9). Ce diagnostic était confirmé par l'examen psychiatrique qui retenait également une personnalité histrionique. Les experts ont écarté l'existence d'une fibromyalgie, retenue par le Dr Q\_\_\_\_\_ (cf. ci-dessous, § 29), les douleurs touchant autant les points de fibromyalgie que les points de contrôle. Les examens radiologiques confirmaient en particulier les troubles statiques du rachis, montraient des troubles dégénératifs et mettaient en évidence une encoche de Hill Sachs avec lésion de Bankart du labrum s'accompagnant d'une désinsertion partielle de celui-ci. Par ailleurs, les experts n'avaient pas non plus retenu le trouble somatoforme indifférencié diagnostiqué par le Dr R\_\_\_\_\_ (ci-dessous, § 31), les critères pour ce diagnostic n'étant pas tous joints. A leur avis, l'assuré présentait une pathologie de moindre gravité, soit une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychogènes, relevant d'une mise en scène probablement plutôt inconsciente. De toute façon, le trouble somatoforme indifférencié était une atteinte présumée en principe non invalidante par la jurisprudence, sauf cas particulièrement grave, ce qui n'était pas celui de l'assurée. On n'observait en effet pas chez elle un comportement qui se rapprochait de celui de patients souffrant d'une maladie psychiatrique majeure. En particulier, l'assurée ne présentait pas de retrait social, restait bien intégrée sur le plan social, avait conservé la capacité d'éprouver le plaisir, ne montrait pas de détresse issue immédiatement de ses douleurs et qui l'empêcherait d'être active sur un niveau élémentaire. Il n'y avait donc pas de névrose profondément ancrée avec les douleurs comme symptôme principal, à savoir l'existence d'un état psychique cristallisé. Dans la dernière activité exercée, la capacité de travail était de 20% depuis le 13 décembre 2000, compte tenu des lombosciatalgies bilatérales et des douleurs à l'épaule droite. Elle était de 100% du point de vue osteo-articulaire, dans une activité adaptée (alternance des positions assis/debout deux fois par heure ; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg ; pas de port régulier de charges supérieure à 12 kg ; pas de travail en porte-à-faux attique prolongé du tronc ; pas de mouvement de rotation interne de l'épaule droite, ni d'élévation ou d'abduction à plus de 60°. Pas de lever de charge de plus de 5 kg avec le MS). Par ailleurs, au vu de l'importante démonstrativité de l'assurée et du syndrome de majoration des symptômes chez une personnalité histrionique, des mesures professionnelles risquaient d'échouer. Les experts se sont écartés du taux de capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée retenu par le Dr O\_\_\_\_\_ (60%), estimant qu'il n'y avait pas de raison que le rendement soit diminué dans une activité tenant compte strictement des limitations fonctionnelles requises par les pathologies présentées par l'assurée. Par ailleurs, l'examen bidisciplinaire avait mis en évidence un syndrome de majoration des symptômes que le Dr O\_\_\_\_\_ n'avait pas retenu à l'époque, soit par omission, soit parce qu'il n'existait pas encore à ce moment, ce que l'on pouvait suspecter, la mobilité du rachis lombaire et de l'épaule droite étant meilleure à l'époque. Cependant, la personnalité histrionique était certainement déjà présente et avait pu conduire à une surévaluation de l'incapacité de travail dans une activité adaptée. Dans son rapport du 28 juin 2006, le Dr S\_\_\_\_\_, neurologue traitant, a diagnostiqué une fibromyalgie et une discopathie, existant depuis une

date indéterminée. L'examen neuropsychologique était normal, à l'exception de quelques difficultés de concentration. L'état de santé de l'assurée était stationnaire. Au moment de l'établissement dudit rapport, le praticien n'avait vu la patiente qu'une seule fois, le 9 février précédent. Dans son activité exercée jusqu'alors (« hôtellerie »), la patiente subissait un empêchement de travailler de 100 % (ou 50%, selon le « rapport médical concernant les capacités professionnelles », annexé audit rapport). Dans une activité légère, sans port de charges lourdes (buraliste, femme de chambre, bureau), elle pouvait travailler à 50% (4 heures par jour, sans diminution de rendement). La motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel était faible, car l'assurée devait s'occuper de ses enfants. Dans un rapport du 5 juillet 2006, le Dr Q\_\_\_\_\_, rhumatologue traitant, a posé les diagnostics de fibromyalgie, lombalgies sur discopathie L4-L5 + L5-S1, status post luxation épaule droite. Dans la dernière activité exercée (« femme de chambre »), l'assurée subissait une incapacité de travail de 100% depuis 1999. La pratique d'une activité adaptée (alternance des positions assis/debout ; port de charges inférieures à 5-10 kg ; évitement des mouvements en porte-à-faux ; pas d'élévation du bras droit) était exigible, à un taux variant entre 60% et 80%. Ce praticien a précisé qu'il lui était difficile d'évaluer précisément les capacités fonctionnelles de la patiente, car il ne les avaient pas testées lors de ses consultations. Le pronostic était réservé, au vu de la fibromyalgie associée à des difficultés psychosociales de l'assurée, lesquelles jouaient un rôle majeur dans l'invalidité de cette patiente. En raison des troubles de la mémoire et de concentration, le praticien avait adressé la patiente au Dr ROTH, neurologue, lequel n'avait constaté aucun trouble neurologique et pensait également à une fibromyalgie. Selon un courrier du 3 juillet 2006 (adressé au Dr L\_\_\_\_\_) du Dr T\_\_\_\_\_, du service de neurochirurgie des H.U.G, les IRM lombaires et cervicales (cf. ci-dessous, § 34) avait mis en évidence une discopathie dégénérative lombaire multiétagée de L2-L3 jusqu'à L5-S1 sous forme de disques noirs. Il n'existait pas d'instabilité ou de signes de souffrance des plateaux vertébraux type Modic. Pour cette raison, et compte tenu de la diffusion de ces dégénérescences discales lombaires, le praticien ne proposait aucune intervention chirurgicale et conseillait de poursuivre un traitement conservateur. Concernant le problème cervical, l'examen neurologique avec EMG n'avait rien montré au niveau des acroparesthésies, lourdeurs et fatigabilité rapide des membres supérieures, affections dont la patiente se plaignait depuis longtemps devant le Dr L\_\_\_\_\_, mais non mentionnées lors de sa consultation. Compte tenu de l'absence de déficit neurologique et d'atteinte radiculaire à l'EMG, le Dr T\_\_\_\_\_ ne conseillait pas d'intervention chirurgicale, mais préconisait des séances de tractions cervicales avec physiothérapie. En conclusions, au vu des troubles diffus dégénératifs, la patiente ne pouvait bénéficier d'une chirurgie ciblée. Dans un rapport du 31 août 2006, le Dr R\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, qui a vu la patiente six fois entre le 8 décembre 2005 et le 26 juin 2006, a posé les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié avec probable trouble de conversion associé depuis 2000 ; immaturité affective ; status d'hyperémotivité anxieuse. Selon l'anamnèse, en 2000, neuf mois après la naissance de sa fille, la patiente s'était bloquée le dos, ne pouvait plus se baisser, ni soulever des poids et devait être aidée en permanence par son mari et sa famille. Depuis, elle se retranchait chez elle et ne sortait pour ainsi dire plus, passait la majeure partie de son temps couchée, mais réussissait quand même à pouvoir sortir pour chercher sa fille à l'école. L'état de santé était stationnaire. Hormis la négation de la somatisation de ses problèmes affectifs et conjugaux (anosognosie psychique), la patiente ne présentait ni trouble de la pensée, ni idées délirantes. Son maintien dans une attitude de dépendance faisait suspecter l'obtention d'un bénéfice

inconscient, en particulier comme contre-réaction au comportement instable et infidèle de son mari. Des particularités comportementales de nature notamment familiale influençaient grandement l'affection actuelle. Celle-ci entraînait une perte de la capacité de travail de 100%. La patiente recevait un antidépresseur d'intensité moyenne qui maintenait un état d'humeur relativement stable et avec un minimum d'angoisse. Dans un avis du 9 janvier 2007, le médecin-conseil de l'OCAI a confirmé les conclusions du SMR du 9 mai/18 décembre 2006. Dans un projet de décision du 15 janvier 2007, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures d'ordre professionnel. Cet Office a en particulier constaté que l'intéressé avait, par choix personnel, exercé du 1<sup>er</sup> février 1997 au 22 octobre 1999 (fin du congé maternité), une activité professionnelle à 80%. Le 18 janvier 2000, celle-ci s'était annoncée à l'assurance-chômage aux fins de rechercher une activité professionnelle à 50%, activité qu'elle n'avait pas été en mesure d'exercer en raison du début de son incapacité de travail de longue durée, depuis décembre 2000. Sans son atteinte à la santé, l'assurée aurait continué à travailler à un taux de 80%. Il ressortait par ailleurs de l'enquête ménagère effectuée le 25 octobre 2005 que l'empêchement subi dans les travaux habituels était de 23% depuis décembre 2000 (degré d'invalidité correspondant de 5%). Se fondant sur le taux d'incapacité de travail retenu par l'examen bidisciplinaire du SMR, l'OCAI a retenu une perte économique de 15% dans la part professionnelle (degré d'invalidité correspondant de 12%), compte tenu d'un revenu annuel (2001) de 39'585 fr. (3'045 fr. x 13) sans invalidité et d'un revenu annuel ESS 2000 actualisé de 33'776 fr. avec invalidité (réduction statistique de 10%). Le degré d'invalidité total résultant des deux domaines s'élevait à 17% (12% + 5%). S'agissant des mesures professionnelles de reclassement, la perte économique de 15% était insuffisante pour ouvrir le droit à des telles mesures. Exerçant son droit d'être entendue par acte du 8 février 2007, l'assurée a fait valoir que le dossier médical de l'OCAI était incomplet, dès lors qu'il n'avait pas pris en compte deux rapports d'IRM dorso-lombaire et cervicale des 24 mai et 6 juin 2006. Le premier révélait un canal rachidien rétréci avec la présence d'une arthrose au niveau des articulaires postérieures, nettement prononcée au niveau L4-L5 du côté gauche ; le second illustrait un canal rachidien cervical rétréci aggravé par des discopathies étagées C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7. Le dossier ne contenait pas non plus un courrier du Dr U\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, diagnostiquant une dysfonction de l'articulé temporo-mandibulaire. Selon l'assurée, cette dysfonction avait probablement été provoquée par les douleurs cervicales. En outre, le rapport d'examen SMR du médecin-conseil du SMR du 9 janvier 2007 avait été reçu le 19 janvier suivant par l'OCAI, soit postérieurement au projet de décision du 15 janvier 2007. Or ledit rapport précisait que des mesures professionnelles étaient indiquées sur le plan médical et théorique, élément qui n'avait pas non plus été pris en compte par l'OCAI. Par ailleurs, l'anamnèse personnelle figurant dans le rapport d'examen bidisciplinaire du 10 février 2006 contenait des erreurs (début de scolarité à l'âge de 8 ans au lieu de 9 ans ; immigration en Suisse à l'âge de 19 ans au lieu de 18 ans ; en 1983, elle avait travaillé au bénéfice d'une autorisation saisonnière ; obtention du permis « B » en 1989 et du permis « C » 1991 ; en 1992, elle avait commencé à travailler à plein temps ce n'était que plus tard, ensuite de ses premiers problèmes de santé, que son temps de travail avait été réduit à 80%). L'assuré contestait en outre souffrir de problèmes de santé d'ordre psychique. Dans ce contexte, elle contestait le rapport du Dr R\_\_\_\_\_ du 31 août 2006, lequel paraissait être le résultat d'une confusion avec une autre patiente, étant donné qu'il faisait faussement état d'un « mariage avec un musicien portugais », de « multiples problèmes conjugaux » et d'une attitude de repli sur soi. Par ailleurs, les experts

du SMR avaient minimisé à tort ses problèmes rachidiens, en qualifiant ses différents mouvements de « grotesques ». Dans son rapport d'expertise du 18 décembre 2003, le Dr O \_\_\_\_\_ avait d'ailleurs exposé que ses doléances étaient tout à fait concordantes aux constatations objectives de l'examen clinique ainsi que du bilan radiologique et IRM tant du rachis que de l'épaule droite. Compte tenu de l'aggravation survenue dans l'intervalle, c'était à tort qu'on lui reprochait une exagération des symptômes. Contrairement à ce qu'avait constaté le spécialiste, elle n'était parvenue à élever son bras droit à 180° qu'en étant fortement aidée par ce dernier. Le rapport du SMR ne portait guère attention aux restrictions qu'impliquaient pour elle le port des corsets qui lui avaient été prescrit. C'était en outre injustement que les experts lui imputaient un syndrome des majorations des symptômes lié à une personnalité histrionique pour mettre en perspective l'éventuel échec de mesures professionnelles. En effet, pendant de longues années, elle avait fait de nombreuses recherches d'emploi qui témoignaient de sa volonté de se réinsérer, ce qui résultait de l'enquête économique sur le ménage. En tout état de cause, l'incapacité de travail de 20% au moins constatée par le SMR depuis le 13 décembre 2000 devait, selon elle, prévaloir par rapport au taux d'invalidité retenu en l'espèce. Par ailleurs, les rapports médicaux confirmaient tous l'existence d'une incapacité de travail importante, voire totale de l'assurée dans son activité antérieure d'ouvrière en boulangerie industrielle et faisaient état de limitations très significatives concernant l'exercice d'une éventuelle activité adaptée. A cela s'ajoutait qu'elle devait rester alitée pendant un mois environ chaque année à cause de blocages du dos, si bien qu'un taux de 100% dans une telle activité était illusoire. D'ailleurs, tant l'OCAI que le SMR (dans un premier temps), ainsi que le Dr O \_\_\_\_\_, avaient tenu compte, entre décembre 2003 et octobre 2004, d'une capacité de travail résiduelle de 60% seulement dans une activité adaptée. Par ailleurs, l'assurée a contesté le salaire statistique d'invalidité retenu par l'OCAI (tableau TA1 pour femme, domaine d'activité total, dans des activités de niveau 4 simples et répétitives sans formations professionnelles au préalable), estimant qu'une telle référence globale était insuffisante et arbitraire, car elle n'impliquait aucun examen du caractère adapté de l'activité prétendument envisagée, par rapport à ses importantes limitations fonctionnelles. Enfin, le taux d'empêchement de 23% constaté dans le cadre de ses travaux habituels paraissait trop modeste et devait être réévalué au vu des deux IRM de mai et juin 2006 et de l'aide de ménage prise en charge par son assurance-maladie à concurrence de 1'000 fr. par an (selon attestation jointe de PHILOS du 16 décembre 2005). Dans un avis du 21 novembre 2007, le SMR, sous la plume de la Dresse V \_\_\_\_\_, a indiqué que les erreurs alléguées dans le cadre de l'examen clinique du 10 février 2006 portaient sur des faits d'anamnèse qui avaient été mentionnés par l'assurée elle-même et n'entraient de toute façon pas en ligne de compte dans l'appréciation de la capacité de travail. En outre, la capacité de travail avait été appréciée sur des limitations fonctionnelles objectives et non sur des critères subjectifs que sont les douleurs. En revanche, dans son rapport d'expertise du 18 décembre 2003, le Dr O \_\_\_\_\_ avait tenu compte des plaintes douloureuses dans l'estimation de la capacité de travail exigible et ne s'était pas basé uniquement sur des limitations fonctionnelles objectives. Quant au diagnostic de syndrome de majoration des symptômes lié à une personnalité histrionique, il relevait de la psychiatrie et reposait sur des définitions claires contenues dans la CIM. Enfin, l'IRM cervicale du 10 février 2006, l'IRM dorsolombaire du 24 mai 2006, ainsi que la lettre du Dr U \_\_\_\_\_, oto-rhino-laryngologue, du 23 novembre 2006 (retenant une dysfonction de l'articulé temporo-mandibulaire) ne permettaient pas de démontrer une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'examen clinique au SMR

du 10 février 2006. Au vu de ces éléments, le médecin-conseil estimait qu'il n'existait pas d'éléments nouveaux permettant de modifier les conclusions dudit examen, ni celles du rapport du SMR du 9 janvier 2007. Par décision du 3 avril 2008, reçue le 4 avril suivant, l'OCAI a refusé l'octroyer une rente, respectivement des mesures d'ordre professionnel, motif pris que la capacité de travail raisonnablement exigible sur le plan médical demeurait complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles clairement établies. Concernant l'évaluation du degré d'invalidité, l'OCAI a en particulier estimé qu'un empêchement supérieur à 23% dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage ne se justifiait pas, l'enquêtrice ayant tenu compte du fait que la contribution de l'époux de l'assurée à la réduction du dommage était minime, celui-ci exerçant déjà plusieurs activités professionnelles. Par ailleurs, indépendamment du taux d'invalidité minimum requis (20%), le succès d'une mesure de reclassement professionnel ou d'aide au placement était compromis, compte tenu des plaintes subjectives de l'assurée. Selon une note téléphonique du gestionnaire du dossier, du 14 avril 2008, l'assurée a informé l'OCAI que son état de santé s'était aggravé depuis 2007 et que des investigations médicales étaient en cours dans le domaine neurologique. Par mémoire posté le 5 mai 2008, l'assurée a en particulier conclu à la mise en œuvre d'une nouvelle enquête économique, ainsi qu'à l'octroi de mesures d'ordre professionnel et d'une demi-rente d'invalidité. Pour l'essentiel, la recourante a repris les arguments développés dans ses observations du 8 février 2007, insistant sur le fait que tant le Dr O\_\_\_\_\_ que les Drs L\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ avait estimé à 50%, 60%, voire à 80% au maximum la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, certains d'entre eux ajoutant la nécessité d'un reconditionnement physique dont elle n'avait d'ailleurs jamais pu bénéficier. La recourante a précisé qu'elle était droitrière et que son état de santé avait continué à se dégrader depuis octobre 2005, si bien que c'était son époux seul qui s'occupait la plupart du temps de la préparation des repas, d'une très grande partie des courses, de la lessive, ainsi que de l'entretien de l'appartement (avec les enfants), le repassage étant effectué par une aide à domicile. Elle a également contesté le diagnostic de traits de personnalité histrionique et de majoration de symptômes physiques retenu par le SMR, estimant que celui-ci avait été établi sur la base d'un status psychiatrique sommaire et approximatif, sans examen des critères déterminants pour ces affections et sans le moindre appui sur des analyses qui auraient été faite par d'autres médecins. Au vu de l'importance des atteintes à sa santé, son taux de capacité de travail s'élevait à 60%, ce qui concordait par ailleurs au mieux avec ses nombreuses limitations fonctionnelles. La perte économique correspondante s'élevait à 36% sur le plan professionnel, respectivement à 16% dans la sphère ménagère et domestique, près de 80% des activités ménagères et domestiques étant désormais accomplies par son époux, leurs enfants et une aide à domicile. Le taux global d'invalidité dépassait ainsi aujourd'hui 50%. A l'appui de son recours, l'assurée a encore versé un courrier et un fax du Dr W\_\_\_\_\_, neurologue traitant, des 30 avril et 5 mai 2008. Ce praticien y atteste suivre la patiente depuis mars 2007, dans le contexte de troubles psychologiques dont l'étiologie restait à ce jour indéterminée. Elle présentait des difficultés à la marche en raison d'une affection ressemblant à une myopathie des ceintures et dont le diagnostic n'avait pas pu être déterminé en dépit d'une biopsie musculaire. Un tel diagnostic était difficile, voire impossible à préciser objectivement d'un point de vue génétique. Seule l'évolution de la maladie permettrait peut-être un jour de poser un diagnostic. Ce praticien a indiqué que la patiente apparaissait sincèrement souffrir de ces troubles et ne tirait aucun bénéfice de son handicap à la marche au vu des responsabilités familiales qui lui incombaient. Il n'y avait

pas de simulation dans sa situation, l'intéressée ayant été vue par des confrères médecins en dehors du contexte médical. S'il y avait préméditation ou simulation, sa démarche ne serait pas en permanence perturbée. Le Dr W\_\_\_\_\_ s'est enfin déclaré convaincu que la patiente souffrait d'une affection neurologique d'ordre musculaire qu'il n'était pas possible de démontrer à l'heure actuelle. Dans ses observations du 24 juin 2008 (transmises à la recourante), l'OCAI a conclu au rejet du recours, compte tenu d'un avis complémentaire du SMR du 19 juin 2008, selon lequel les avis du Dr W\_\_\_\_\_ des 30 avril et 5 mai 2008 n'apportaient pas d'éléments nouveaux. En particulier ce praticien n'attestait aucune trouble neurologique, mais uniquement d'aspect subjectif, l'assurée mentionnant des troubles de la marche. Dans son expertise rhumatologique de décembre 2003, le Dr O\_\_\_\_\_ n'avait pas non plus mis en évidence de trouble neurologique. Par ailleurs, le SMR avait retenu une pleine capacité de travail exigible dans une activité adaptée, contrairement à l'expert O\_\_\_\_\_ (60%). Cette différence résultait du fait que plusieurs années séparaient les deux examens cliniques et que l'évolution avait été objectivement favorable, alors qu'elle est subjectivement défavorable et que les médecins examinateurs du SMR s'étaient basés sur les limitations fonctionnelles objective qui pouvaient être retenues à cette époque. Par courrier du 13 octobre 2008, la recourante a communiqué au Tribunal une lettre du 10 octobre 2008, par laquelle le Dr W\_\_\_\_\_ demandait au Professeur A\_\_\_\_\_, neurologue, responsable de l'unité perf-muscle auprès du Centre hospitalier universitaire vaudois, un deuxième avis concernant une « probable myopathie ». Cela étant, elle a sollicité un délai pour produire ce ledit avis. Dans le délai (prolongé) imparti, la recourante a versé à la procédure un rapport du 25 novembre 2008, cosigné par le Prof. A\_\_\_\_\_ et le Dr B\_\_\_\_\_. A l'issue d'un examen clinique et électrophysiologique de l'assurée, ces praticiens ont posé le diagnostic de syndrome douloureux d'origine multiple. L'examen neurologique était dans la norme de même que l'examen EMG à l'aiguille du quadriceps droit. Il n'existait aucun argument en faveur d'une myopathie sous-jacente. Les autres faits et moyens de la cause seront examinés, si nécessaire, dans les considérants qui suivent. EN DROIT L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), si bien que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire). Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites, par un assuré directement touché dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003. Le litige concerne le droit éventuel de la recourante à des mesures d'ordre professionnel, respectivement à une rente d'invalidité, et porte sur le point de savoir si celle-ci présente une incapacité de travail et de gain fondant le droit à ces prestations. La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) et la 5ème révision de la LAI du 6 octobre 2006 sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2003, 1er janvier 2004 et 1 er janvier 2008, entraînant de nombreuses modifications légales dans l'assurance-invalidité. Cela étant, ni la LPGA, ni la 4ème ou 5ème révision de l'AI n'ont modifié la notion d'invalidité, la manière d'évaluer le taux d'invalidité ni les conditions permettant de fixer le début du droit à la rente ou de modifier ce droit (ATF 130 V 343 ). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de

travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il doit ainsi 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et 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 certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe en particulier 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 (ATFA du 6 juin 2003, cause I 483/02, consid. 5.1). En outre, 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 (eod. loc.). Il conviendra ainsi d'attacher plus de poids aux constatations faites par exemple par un spécialiste d'un centre d'observation de l'assurance-invalidité ou d'une clinique orthopédique universitaire, qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (cf. ATF 125 V 353 consid. 3b/cc). Enfin, 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 251 consid. 3b/bb p. 253). En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt [du Tribunal fédéral] I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF du 7 novembre 2008, 9C\_170/2008, consid. 4.1). L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 263). Ainsi l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283). Quant au juge cantonal, il dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 61 let. c LPG). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02, consid. 3.3 ; RAMA

1993 p. 136). A l'appui de la décision litigieuse, l'OCAI s'est fondé sur le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 9 mai/18 décembre 2006, selon lequel la capacité de travail exigible dans l'activité professionnelle habituelle était de 20% depuis décembre 2000 ; en revanche, dans un emploi adapté aux limitations fonctionnelles de l'assurée, la capacité de travail était de 100%. Dans le cas particulier, on doit constater que ce rapport ne répond pas entièrement aux critères propres à lui conférer pleine valeur probante (cf. supra, § 5). D'une part, il apparaît que ce rapport n'a pas pris en compte les deux rapports d'IRM dorso-lombaire et cervicale des 24 mai et 6 juin 2006 (révélant en particulier un canal rachidien cervical rétréci aggravé par des discopathies étagées C3-C4, C4-C5, C5-C6 et C6-C7), si bien que l'on ne saurait considérer sans autre qu'il se fonde sur une analyse complète de la situation médicale. Par ailleurs, ses auteurs n'ont pas motivé de manière convaincante les raisons pour lesquelles ils se sont écartés de l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée (60%) exprimée par le Dr O\_\_\_\_\_ dans son expertise du 18 décembre 2003. A cet égard, ceux-ci se sont en effet apparemment limités à déduire de la discordance entre les plaintes de la patiente et les observations objectives que celle-ci était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée. Pareille motivation n'est toutefois pas suffisante à elle seule, ce d'autant que les médecins du SMR ne mentionnent pas les éléments leur permettant de conclure que l'assurée arriverait à assumer un plein rendement pour un tel taux d'activité (comp. ATF du 11 juillet 2005, I 314/04, consid. 3.2). Certes, ils ont exposé que leur examen bidisciplinaire avait mis en évidence un syndrome de majoration des symptômes que le Dr O\_\_\_\_\_ n'avait pas retenu à l'époque, « soit par omission, soit parce qu'il n'existait pas encore à ce moment, ce que l'on peut suspecter, la mobilité du rachis lombaire et de l'épaule droite étant meilleure à l'époque. Cependant, la personnalité histrionique était certainement déjà présente et avait pu conduire à une surévaluation de l'incapacité de travail dans une activité adaptée ». Force est toutefois de constater que cette dernière appréciation apparaît quelque peu contradictoire et repose au demeurant sur de simples suppositions ou hypothèses, nullement étayées. A cela s'ajoute que le diagnostic de majoration des symptômes pour des raisons psychologiques, posé par le SMR, n'est pas confirmé par les autres médecins intervenus, lesquels ont retenu des douleurs chroniques d'origine myofasciale (Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_), une fibromyalgie (Drs S\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_), ou un trouble somatoforme indifférencié avec probable trouble de conversion (Dr R\_\_\_\_\_) ou encore un syndrome douloureux d'origine multiple (professeur A\_\_\_\_\_ et Dr B\_\_\_\_\_). On notera également un élément d'anamnèse contradictoire, - non discuté pas les auteurs -, dans la mesure où, dans leur rapport d'examen bidisciplinaire, les médecins du SMR affirment que l'assurée ne présentait pas un retrait social, alors que, selon le psychiatre traitant, la patiente se retranchait chez elle et ne sortait pour ainsi dire plus, passant la majeure partie de son temps couchée. Quant au Dr O\_\_\_\_\_, il a motivé de manière insuffisante son avis, selon lequel l'expertisée n'était pas en mesure d'exercer à plus de 60% une activité de remplacement même strictement adaptée à ses limitations, se bornant à affirmer à cet égard qu'il existait « une diminution de rendement qui découle de ses limitations fonctionnelles et qui était déjà intégrée dans l'estimation de la capacité de travail », (expertise, p. 10). Au surplus, l'estimation du Dr O\_\_\_\_\_ se fonde, en partie du moins, sur les indications subjectives de l'expertisée, qui s'est « montrée algique lors des transferts » (expertise, p. 6), si bien qu'elle ne saurait emporter sans autre la conviction (cf. VSI 2002/2, p. 67), même si, de l'avis de l'expert, les doléances de l'expertisée étaient tout à fait concordantes aux constatations objectives de l'examen clinique ainsi que du bilan

radiologique et IRM tant du rachis que de l'épaule droite (ces derniers éléments visant d'ailleurs principalement à écarter l'existence concomitante d'un trouble somatoforme douloureux en l'occurrence). Au demeurant, il semble que le taux d'activité de 60% doit être relativisé dans la mesure où, en relation avec l'octroi éventuel de mesures de réadaptation, l'expert a lui-même préconisé une évaluation préalable dans le cadre d'un stage dans un COPAI, afin « d'étayer la tolérance à l'effort de l'assurée » (expertise, p. 10). Enfin, si l'expert (rhumatologue) n'a pas retenu la présence d'une fibromyalgie, ni mis en évidence l'existence concomitante d'un trouble somatoforme douloureux, cette analyse n'est pas partagée par les autres spécialistes consultés en l'espèce, dont les Drs S \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_ (neurologue, respectivement rhumatologue) et R \_\_\_\_\_ (psychiatre), qui ont retenu, à l'issue d'examen approfondis, l'existence de telles atteintes, indépendamment des discopathies diagnostiquées par le Dr O \_\_\_\_\_. A cela s'ajoute que, selon les Drs O \_\_\_\_\_ et P \_\_\_\_\_, le bilan de l'hospitalisation (du 8 au 26 août 2005) avait mis en évidence des douleurs chroniques d'origine myofasciale sur substrat somatique modéré à faible, diagnostic que l'expert n'a pas même évoqué. Par ailleurs, le dossier ne contient pas d'autre avis médical suffisamment étayé et convaincant pour apprécier dans quelle mesure, dans quelles activités et à partir de quelle date la reprise d'une activité professionnelle est exigible de la part de la recourante, au vu des atteintes à la santé qu'elle présente. En particulier, dans son rapport du 5 juillet 2006, le Dr Q \_\_\_\_\_, rhumatologue traitant, a estimé la capacité de travail dans une activité adaptée à un taux variant entre 60% et 80%, tout en relevant que les difficultés psychosociales de l'assurée jouaient un rôle majeur dans l'invalidité de cette patiente. Or, de telles difficultés ne sauraient être prises en considération sous l'angle de l'invalidité, conformément à la jurisprudence (ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299 s.). De même, l'avis complémentaire du SMR du 19 juin 2008 (selon lequel l'évolution de l'état de santé de l'assurée avait été objectivement favorable entre l'expertise rhumatologique de décembre 2003 et l'examen clinique au SMR du 10 février 2006) apparaît en contradiction avec le rapport d'examen de ce même SMR du 9 mai/18 décembre 2006, qui relève qu'à l'époque de ladite expertise la mobilité du rachis lombaire et de l'épaule droite était meilleure qu'au moment de l'examen au SMR du 10 février 2006. Aussi la cause doit-elle être renvoyée à l'administration afin qu'elle ordonne une nouvelle expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, orthopédique et psychiatrique) auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI). Le recours étant partiellement admis, la recourante, représentée par un avocat, a droit à l'allocation de dépens, fixés en l'espèce à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPG). Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare recevable le recours ; Au fond : L'admet partiellement et annule la décision de l'OCAI du 3 avril 2008 ; Renvoie la cause audit Office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision ; Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé ; Dit que l'intimé versera à la recourante 1'500 fr. à titre de dépens ; Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral

des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable . Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ). La greffière : Florence SCHMUTZ Le Président suppléant : Jean-Louis BERARDI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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