

## GE\_GERICHTE A/4064/2008 vom 1. Dezember 2010

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4064\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4064_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/4064/2008 du 1 décembre 2010

IT: GE\_GERICHTE A/4064/2008 del 1 dicembre 2010

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 01.12.2010  
A/4064/2008

A/4064/2008 ATAS/1258/2010 du 01.12.2010 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4064/2008 ATAS/1258/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 1 er décembre 2010 En la cause Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée à Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Antoine HERREN recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, GenEve intimé EN FAIT Madame S \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1962, est titulaire d'un CFC d'employée de bureau acquis en 1984. De 1984 à 1999, l'assurée a travaillé comme employée de bureau auprès de concessionnaires/garages-automobiles. De 1999 à 2002, elle a tenu un commerce de tabac-journaux comme indépendante. De 2002 à 2005, elle a à nouveau travaillé comme employée de bureau auprès d'un concessionnaire/garage-automobiles. En date du 17 mai 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adulte auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI ou l'intimé). Les atteintes invoquées étaient une hernie discale et une spondylodèse depuis 1995, une fibromyalgie depuis 2004 et une dépression de 1992 à 1999. L'assurée demandait une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession ou une rééducation dans la même profession. Selon questionnaire pour l'employeur du 31 mai 2005, la société X \_\_\_\_\_ Garage et Carrosserie SA a indiqué qu'elle employait l'assurée depuis le 1 er mai 2002 en tant qu'employée administrative, à raison de 8.20 heures par jour, 5 jours par semaine, pour un salaire de 4'950 fr. par mois depuis le 1 er avril 2004. Selon rapport médical du 20 mai 2005 établi par le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, à l'attention d'HELSANA Assurances SA, assurance collective pour perte de gains en cas de maladie, les diagnostics retenus étaient un état dépressif aigu, des lombalgies chroniques, une fibromyalgie et des cervico-lombalgies chroniques, le pronostic demeurant réservé. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Dans un rapport médical du 14 juin 2005, le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, relevait les diagnostics d'hernie discale L5-S1, opérée le 18 juillet 1995, une instabilité lombaire et sciatique opérée le 14 janvier 2000, et une récurrence lombosciatique en octobre 2004 après une période d'accalmie. Ce médecin indiquait que la capacité de travail était entière jusqu'au 18 octobre 2004, de 50 % dès le 29 novembre 2004 et nulle dès le 23 décembre 2004. Il indiquait que l'état de santé s'aggravait. En effet, malgré deux interventions en 1995 et 2000, la situation était devenue progressivement incompatible avec la poursuite d'une activité professionnelle, même à temps partiel. De plus, il indiquait que le diagnostic de fibromyalgie avait été retenu par son médecin-traitant. Selon le Dr B \_\_\_\_\_, l'incapacité de travail était de 100 %, définitive, et pleinement justifiée. En d'autres termes, l'activité exercée jusqu'à

maintenant n'était plus exigible, de même qu'une activité adaptée. Le 9 avril 2006, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a établi un rapport médical à l'attention de l'OAI. Il a retenu, comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, une fibromyalgie et un état dépressif, existant depuis 2005. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une hernie discale et une spondylodèse. Ce médecin mentionnait que depuis 2004, il y a eu une apparition de douleurs diffuses touchant les genoux, les coudes, les épaules et les mains notamment. Ces douleurs n'étaient pas accompagnées de tuméfaction. Selon le Dr C \_\_\_\_\_, l'activité exercée était encore exigible, sur le plan rhumatologique, sans diminution de rendement. Dans un rapport médical du 25 septembre 2006, le Dr B \_\_\_\_\_ relevait que l'état de santé était resté stationnaire, les diagnostics demeurant inchangés. La capacité de travail était nulle en tant qu'employée de bureau. Dans un avis du 10 janvier 2007 établi par le Service médical régional AI (ci-après: le SMR), le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a proposé la mise en œuvre d'une expertise auprès du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après: COMAI) afin de s'assurer des atteintes à la santé de l'assurée et des possibles limitations fonctionnelles sur le plan somatique et/ou psychique. En date du 11 mai 2007, le COMAI a rendu son rapport d'expertise, diligenté par le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et Monsieur T \_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP. Il ressort de ce rapport que l'histoire médicale de l'assurée a débuté par des lombalgies accompagnées d'un syndrome radiculaire gauche en 1995. Une hernie discale L5-S1 a été mise en évidence et l'assurée a été opérée. L'évolution a été défavorable, avec la persistance de douleurs lombaires. Des investigations complémentaires avaient mis en évidence une instabilité au niveau lombaire. L'assurée a à nouveau été opérée en 2000 (spondylodèse L5-S1). Entre 2000 et 2004, les douleurs étaient supportables. Toutefois, après 2004, elles ont augmenté au niveau lombaire. L'assurée a subi des traitements par infiltration et par ostéopathie, sans aucune amélioration. Elle se plaint, depuis cette période, de douleurs mal systématisées au niveau de tout le corps et un diagnostic de fibromyalgie a été posé par le Dr C \_\_\_\_\_ en 2004. Enfin, l'assurée a subi une arthroscopie au niveau des deux genoux et les quatre ménisques lui ont été enlevés. Depuis, elle se plaint de douleurs au niveau des deux genoux avec blocages et impression de craquements. Sur le plan somatique, les plaintes actuelles sont des lombalgies avec irradiation dans la jambe droite, des raideurs lombaires, des douleurs nocturnes, des douleurs ostéo-articulaires multiples variant en temps, en lieu et en intensité. Le traitement médicamenteux a peu d'effet. Sur le plan psychique, l'assurée se plaint spontanément de fatigue, d'être irritable, d'envoyer tout valser. Elle dort beaucoup, prend du Xanax, mais pas la journée. Elle ne présente pas d'hypersomnolence diurne vraie, si ce n'est après le repas de midi. Elle se sent triste, surtout le soir. Globalement, l'humeur est moins bonne en fin de journée. Elle rumine tout le temps, présente des angoisses occasionnelles, mais dès qu'elle a un tracass, elle est angoissée (palpitations, tremblements, crampes, parfois vertiges, transpirations, même en dehors des angoisses, diarrhées). De septembre à novembre 2006, elle a perdu 13 kilos. L'appétit est très variable. Actuellement, l'assurée n'a pas d'idées noires franches ni suicidaires. En résumé, sur le plan ostéo-articulaire, l'assurée souffre de séquelles d'opérations au niveau L5-S1 (hernie discale puis spondylodèse): un syndrome vertébral chronique sévère et un probable syndrome radiculaire droit. Ces pathologies la gênent dans ses déplacements, lorsqu'elle doit changer de positions ou lorsqu'elle doit garder plus de 15 minutes la même position. Elle doit également s'étendre plusieurs fois par

jour (en moyenne toutes les deux à trois heures). On peut admettre, pour ces raisons, une capacité de travail de 50 % dans une activité assise avec la possibilité de changer fréquemment de positions sans port de charges. Une capacité à 100 % ne semble pas possible à cause de l'obligation qu'elle a de s'étendre toutes les deux à trois heures, à moins que l'employeur accepte, dans ce cas de figure, une nette diminution de rendement (50 %). Sur le plan psychique, la personnalité est très probablement borderline sur un versant prépsychotique, mais avec très peu d'émergences psychotiques, celles-ci restant cependant contenues au prix de défenses narcissiques et de traits obsessionnels. Sur le plan symptomatologique, on trouve un état dépressif qui peut être qualifié de moyen au plus, au vu du nombre de critères de dépression et de l'intensité des symptômes. Sur ce plan, il n'y a pas d'incapacité de travail de longue durée à retenir. La personnalité est relativement peu décompensée, du moins la décompensation ne dépasse pas ce qui est habituellement observé dans les fluctuations de ce type de personnalité. Elle a de plus été précédemment fonctionnelle et ne justifie pas d'incapacité de travail durable. Des moments de décompensation ponctuelle peuvent tout au plus justifier une incapacité temporaire. En conséquence, il n'y a actuellement pas d'incapacité de travail à retenir, une décompensation plus grave ne peut cependant pas être exclue à plus long terme. En substance, les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail sont un syndrome vertébral sévère séquellaire à deux interventions chirurgicales. Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils sont une gonarthrose droite, une fibromyalgie, un status après ablation des quatre ménisques, un status après recentrage de la rotule gauche, une personnalité borderline et un épisode dépressif avec symptômes somatiques d'intensité légère à moyenne. Aussi, l'activité exercée jusqu'à présent est exigible à raison de 4 heures par jour sur le plan somatique, et de 100 % sur le plan psychique, sans diminution de rendement. L'incapacité de travail d'au moins 20 % existe depuis 1995. Le COMAI mentionne toutefois que depuis 2005, l'incapacité de travail est totale. Enfin, d'autres activités ne sont pas exigibles de la part de l'assurée et des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas nécessaires, dès lors qu'elle peut travailler à 50 % dans son activité d'employée de bureau. Par pli du 3 juillet 2007, le SMR a demandé au COMAI des éclaircissements concernant son rapport. En particulier, le SMR demandait quel était le code diagnostique de la CIM-10 pour un syndrome sévère séquellaire à deux interventions chirurgicales. En outre, le SMR demandait pourquoi au point B2 du rapport, les experts avaient retenu, contrairement à leur précédente conclusion, une incapacité totale de travail sur le plan psychique. Le SMR demandait également pourquoi les experts retenaient, en page 22 du rapport, une incapacité de travail totale sur le plan somatique, en contradiction avec leurs précédentes conclusions (capacité de travail de 50 %). Enfin, le SMR demandait de préciser comment la capacité de travail a évolué depuis le début de l'atteinte à la santé dans la profession antérieure et dans une profession adaptée. Le 24 août 2007, le COMAI a indiqué que le syndrome sévère séquellaire à deux interventions chirurgicales concernait l'ensemble des diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail. S'agissant du point B2, il s'agit d'une erreur de frappe: la capacité est totale sur le plan psychique. Enfin, au point B2.6, il a été mentionné une incapacité de travail de 100 % sur le plan somatique. Elle était subjective pour l'assurée et objective pour le médecin-traitant. Le Dr F \_\_\_\_\_ estime qu'il n'a pas les documents lui permettant d'avoir une appréciation rétroactive pertinente. Dans un avis médical du 10 septembre 2007, le SMR, soit pour lui le Dr D \_\_\_\_\_, relève que l'état clinique de l'assurée ne s'est pas aggravé entre l'examen du Dr C \_\_\_\_\_ en 2005 et l'examen du Dr F \_\_\_\_\_ en 2007 (aucun nouvel examen

d'imagerie n'a été prescrit, aucune consultation spécialisée n'a été organisée par le médecin-traitant, le traitement antalgique est simple et correspond à un premier palier de l'OMS, l'assurée n'utilisant pas toute la palette des médicaments antalgiques qui lui ont été prescrits). La seule différence objective entre le status clinique décrit par le Dr C\_\_\_\_\_ en 2005 réside dans la distance doigt-sol mesurée, ce qui ne saurait justifier un nouvel empêchement dans l'activité d'employée de bureau, sans contradiction avec le status psychiatrique ("aucun comportement douloureux n'est observé, elle peut rester assise tout l'examen"). Ainsi, selon le SMR, il n'y a pas d'aggravation clinique entre février 2005 et 2007. Dans le cadre de l'expertise, le Dr F\_\_\_\_\_ n'explique pas pourquoi il s'écarte de l'appréciation de la capacité de travail du Dr C\_\_\_\_\_ qui repose pourtant sur un rapport médical détaillé. Il s'agit donc, selon le Dr D\_\_\_\_\_, d'une appréciation différente d'une situation identique. Selon le médecin du SMR, l'incapacité de travail est entière du 18 octobre 2004 au 28 novembre 2004, de 50 % du 29 novembre 2004 au 22 décembre 2004, et nulle dès le 23 décembre 2004. Dès cette date, l'activité d'employée de bureau est exigible. En date du 17 septembre 2007, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de décision, lui niant le droit à des mesures de reclassement, au motif que sa capacité de travail, tant sur le plan somatique que psychique, est entière, ce depuis le 23 décembre 2004. L'assurée, représentée par son conseil, a contesté par pli du 17 octobre 2007 le projet de décision précité. Selon elle, ce projet est en contradiction avec les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, lequel retenait une capacité de travail de 50 % dans une activité assise avec possibilité de changer fréquemment de position et sans port de charges. De plus, ce médecin n'a pas tenu compte de la médication lourde qu'elle devrait prendre pour pouvoir travailler, telle une prise quotidienne et importante de TRAMAL avec les conséquences de perte de concentration bien connue. En effet, l'expertise a été effectuée alors qu'elle n'exerçait pas d'activité professionnelle et qu'elle pouvait ménager tant ses efforts physiques au minimum que sa prise de médicaments au strict nécessaire. L'assuré concluait à un complément d'expertise auprès du Dr F\_\_\_\_\_ sur ce point, indiquant que, pour le surplus, elle estimait que sa capacité de travail était nulle, de sorte qu'une rente entière devait lui être octroyée. Par avis du 1<sup>er</sup> novembre 2007, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que suite à un nouvel examen de la situation lombaire effectué le 16 octobre 2007, l'assurée présente actuellement un rétrécissement du segment canalaire L3-L4, à savoir au-dessus du segment qui avait été fixé il y a sept ans. Devant la sévérité des douleurs au niveau du membre inférieur gauche, un élargissement chirurgical du canal avec restabilisation du segment sus-jacent devait être effectué, d'ici le début de l'année 2008. Vu la sévérité des lésions et des douleurs, la capacité de travail de l'assurée était nulle. Selon avis médical du SMR du 14 novembre 2007, au vu des divergences dans ce dossier sur le plan rhumatologique, il était proposé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique chez le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie. L'expert devait se prononcer sur l'état de santé actuel de l'assurée, sur sa médication et sur les avis précédents, notamment sur ceux des Dr C\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, en expliquant les raisons qui font retenir un avis plutôt qu'un autre, ou alors pourquoi il s'écarte des deux avis. Lors d'un entretien du 21 novembre 2007, l'assurée ne s'est pas opposée à une nouvelle expertise, mais a indiqué qu'elle serait opérée le 7 janvier 2008 avec deux semaines d'hospitalisation, suivie d'une convalescence de trois mois. D'entente entre les parties, l'expertise a été suspendue. Dans une attestation du 11 février 2008, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait subi une intervention importante au niveau de son rachis lombaire (laminectomie L3-L4 avec fixation L3-L4 et AMO de L4-S1) en date du 11 janvier 2008 et qu'elle ne pourra pas se rendre à une

convocation d'expertise avant la fin de la convalescence qui doit pour le moins durer trois mois à dater de l'intervention. Dans un rapport médical du 15 avril 2008, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, les diagnostics demeurant inchangés. La capacité de travail était nulle comme employée de bureau. Le 23 juin 2008, le Dr G\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise. Après avoir effectué une anamnèse de la situation de l'assurée, tant sur le plan médical que personnel, l'expert met en avant quatre groupes de plaintes subjectives soulevées par l'assurée. Il s'agit d'abord de lombopygialgies. Ces douleurs sont d'allure lancinante, chroniques et elles irradient dans la péri-hanche droite et la fesse droite dans un territoire diffus. Ne respectant pas de dermatome, elles ne sont pas météo-dépendantes et sont parfois insomniaques. Elles sont soulagées lors d'alternance de positions, aggravées lors de positions debout prolongées de plus d'une heure et par le port de charge de plus de 1 kg, par les mouvements d'antéversion, la marche prolongée de plus de ½ heure et les déplacements en véhicule de plus de 90 minutes. Elles sont soulagées par la prise d'AINS et d'antalgiques. Par ailleurs, elle se plaint de cervico-brachialgies. Ces douleurs sont d'allure mécanique, chroniques et irradient dans les deux épaules. Elles augmentent lors de mouvements au-dessus de l'horizontal. Elles sont soulagées au repos, à l'exposition au chaud et par l'application de fango. En outre, elle se plaint de polyarthralgies. Ces douleurs sont localisées au niveau des épaules, des poignets, des péri-hanches, des genoux. Ces douleurs sont d'allure mécanique, parfois insomniaques et entraîneraient une diminution de son activité ménagère. Elles surviennent sous forme de crise avant les jours de pluie et les changements de temps. Elles sont météo-dépendantes. Elles sont migrantes et fluctuantes en intensité. Elles sont soulagées par la prise de co-dalagan. Enfin, elle se plaint de gonalgies droites. Ces douleurs sont d'allure mécanique, essentiellement à droite et irradient derrière le genou. Elles limitent le périmètre de marche à ½ heure. Elles sont exacerbées lors des mouvements de genu-flexion et sont améliorées par la prise d'une médication antalgique mineure. Le Dr G\_\_\_\_\_ retient, comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), un syndrome de fatigue chronique, des gonalgies récurrentes (gonarthrose bi-compartimentale externe droite et status post-arthrotomie et ménisectomie en 1975 à gauche et en 1976 à droite et arthroscopie droite en 2006), et des lombo-pygialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (status post-cure d'hernie discale L5-S1 en 1995, status post-spondylodèse L4-S1 en 2000 et status post-laminectomie L3-L4, fixation L3-L4 et AMO L4-S1 en 2008). Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont un syndrome anxio-dépressif probable sous traitement antidépresseur depuis 1995, une hypothyroïdie substituée, un reflux gastro-œsophagien, une insuffisance cardiaque sur valvulopathie aortique et mitrale modérée anamnestique. D'un point de vue rhumatologique, dans une activité d'employée de bureau, considérant qu'elle devrait être assise plusieurs heures d'affilées, au vu du status d'une probable insuffisance de la musculature autochtone, sa capacité de travail peut être estimée entre 60 % et 70 %. Dans une activité adaptée, en alternant les positions assises ou debout de manière régulière, en diminuant les ports de charge de plus de 3 kg avec long bras de levier ainsi que les mouvements en porte-à-faux, la montée et la descente d'escalier et la marche en terrain accidenté, sa capacité de travail pourrait être totale. Il existe un status post-chirurgical qui présente une évolution favorable. Il reste cependant un probable déconditionnement de la musculature autochtone qu'il vaudrait la peine de traiter dans le but d'améliorer les limitations fonctionnelles. Le Dr G\_\_\_\_\_ explique que cette appréciation se différencie de celle du Dr B\_\_\_\_\_ qui estime que l'assurée présente

une incapacité de travail totale. 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. Il est à noter que l'assurée elle-même désire retrouver une activité professionnelle dans une activité adaptée. Dès lors, tout porte à croire qu'une activité professionnelle adaptée pourrait être exigée. Il n'y a par ailleurs pas d'amyotrophie et la médication antalgique actuelle ne paraît pas être le reflet d'une douleur difficile à juguler. La capacité de travail, dans son activité antérieure de vendeuse indépendante dans un bureau de tabac est estimée à 50 %, dès lors qu'elle doit porter à plusieurs reprises de lourdes charges. Dans sa dernière activité d'employée de bureau dans un garage, sa capacité est de 60-70%, considérant qu'elle doit rester assise de manière prolongée devant un ordinateur. Dans une activité adaptée, d'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail sera de 100 % d'ici juillet 2008, soit 6 mois après la dernière opération. Depuis octobre 2004, l'assurée présente une diminution de sa capacité de travail de manière progressive puis totale depuis décembre 2004. Elle a par ailleurs été licenciée en août 2005. Par avis médical du 18 juillet 2008, le SMR, soit pour lui la Dresse H \_\_\_\_\_, a indiqué que eu égard aux conclusions du Dr G \_\_\_\_\_, le rapport du SMR du 10 septembre 2007 est parfaitement valable avec, comme seul bémol, que dans le poste où l'assurée exerçait auparavant, la capacité de travail n'excède pas 60 à 70 %, mais dans toute activité d'employée de bureau adaptée, l'exigibilité est entière. Le 6 octobre 2008, l'OAI a notifié à l'assurée une décision de refus de prestations. L'OAI se fonde sur le rapport d'expertise du Dr G \_\_\_\_\_ du 23 juin 2008 et sur l'avis SMR du 18 juillet 2008. Ainsi, la capacité de travail de l'assurée est entière dans un poste d'employée de bureau adapté à son atteinte à la santé. Le taux d'invalidité est de 14.3 %, après comparaison des gains selon le calcul suivant: Revenu sans invalidité 64'350 fr. (salaire que l'assurée aurait touché sans atteinte à la santé) Revenu avec invalidité: 55'171 fr. (salaire dans une activité adaptée selon ESS 2005 TA1, tous secteurs confondus, niveau 3, abattement de 10 %) Perte de gains : 9'179 fr., soit un degré d'invalidité de 14.3 % Le 12 novembre 2008, l'assurée saisit le Tribunal de céans d'un recours contre cette décision. Dans le cadre de son recours, elle produit un avis médical du Dr A \_\_\_\_\_ du 10 novembre 2008. Selon ce médecin, le rapport du Dr G \_\_\_\_\_ mentionne clairement que l'activité de bureau n'est plus possible à 100 % et qu'il faut l'aider à retrouver une activité adaptée qui n'est pas celle d'employée de bureau puisqu'elle ne peut rester longtemps assise à la même place et que le métier d'employé de bureau requiert de rester à son poste. Une activité de réceptionniste ou d'hôtesse d'accueil serait possible, mais revient à une importante moins-value du point de vue salarial. Le Dr A \_\_\_\_\_ ajoute que le Dr C \_\_\_\_\_ ne peut être considéré comme un expert impartial, puisqu'il n'a vu la recourante qu'une fois brièvement en vue d'exclure une maladie rhumatismale inflammatoire, et non pour évaluer sa capacité de travail. De plus, l'assistante médicale du Dr C \_\_\_\_\_ travaille avec son mari et fait la comptabilité du garage avec lequel la recourante a eu un grave conflit d'intérêt. En conclusion, le SMR a par deux fois désavoué les deux experts qu'il a lui-même mandatés. Au vu de ces éléments, la recourante conclut à l'annulation de la décision querellée et à la constatation, par le Tribunal, que la recourante présente un degré d'invalidité supérieur à 20 %, lui donnant droit à des mesures de reclassement. Par pli du 19 décembre 2008, l'intimé a maintenu les termes et conclusions de la décision querellée. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 4 mars 2009 devant le Tribunal de céans. Lors de cette audience, la recourante a confirmé avoir sollicité des mesures de reclassement, dès lors qu'elle ne peut plus rester assise devant

son ordinateur. Elle doit habituellement se lever toutes les demi-heures. En janvier 2008, elle a subi une spondylodèse pratiquée par le Dr B \_\_\_\_\_. Il a enlevé les trois dernières vis sur la L5-S1 pour en poser d'autres sur la L3-L4. Elle mentionne qu'elle n'a pas eu connaissance de l'expertise du Dr G \_\_\_\_\_. La recourante souhaite travailler, mais à la condition que le poste soit adapté à sa problématique. Elle expose avoir toujours travaillé dans des bureaux depuis 1982. Chez son dernier employeur, elle est restée environ deux ans et demi. Elle souhaiterait qu'on l'aide à retrouver un emploi adapté dans n'importe quelle activité. Elle souhaite obtenir un reclassement professionnel afin de ne pas être à charge de la société. Actuellement, elle est aidée par l'Hospice général. Lorsqu'elle s'est rendue chez le Dr G \_\_\_\_\_, il n'avait pas tout le dossier selon ses dires, de sorte qu'ils ont dû tout recommencer. Quant à l'intimé, il a exposé avoir procédé au calcul de comparaison des gains en retenant un revenu d'invalidé fondé sur les statistiques ESS, niveau 3. Il a également procédé à un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles. Sur quoi, le Tribunal de céans a prononcé la suspension de l'instruction, d'accord entre les parties, jusqu'au 30 juin 2009. L'intimé a été invité à soumettre le dossier à la division de réadaptation professionnelle. La recourante et son conseil se sont engagés à répondre à une convocation du service de réadaptation. Par ordonnance du 4 mars 2009, le Tribunal de céans a suspendu l'instruction de la cause. Le 4 mai 2009, la recourante a été reçue par l'intimé pour un entretien. Le gestionnaire a proposé d'évaluer la pertinence et la possibilité d'un réentraînement au travail dans le domaine administratif moyennant une adaptation du poste. Dans la négative, une orientation professionnelle pourrait être envisagée. Dans un rapport de réadaptation professionnelle du 23 juin 2009, l'OAI proposait de mettre sur pied une rééducation dans la même profession accompagnée d'une adaptation du poste de travail, à l'aide de moyens auxiliaires, auprès de l'entreprise d'entraînement OUISTART (ci-après: EEO). Par ordonnance du Tribunal du 30 juin 2009, l'instruction a été reprise et à nouveau suspendu jusqu'au 31 décembre 2009. Un premier entretien avec l'EEO a été annulé le 16 juillet 2009 pour cause de maladie de la recourante. Une nouvelle entrevue a été reportée au 29 juillet 2009. Cette dernière a également été reportée, l'assurée étant souffrante. Toujours malade, la recourante a annulé le rendez-vous du 13 août 2009, un autre ayant été fixé le 27 août 2009. Le 23 septembre 2009, l'intimé a adressé à la recourante une communication relative à l'octroi de moyens auxiliaires (adaptation du poste de travail). Le même jour, une seconde communication a été adressée concernant l'octroi de mesures professionnelles auprès d'EEO pour un réentraînement au travail dans la même profession du 1<sup>er</sup> octobre 2009 au 31 décembre 2009. Il ressort d'un courrier électronique du 24 septembre 2009 adressé par l'intimé à l'EEO qu'il serait opportun, afin de limiter le stress du premier jour, que l'assurée débute l'après-midi. Un taux de présence à 50 % pour commencer était prévu, pendant environ 3 à 4 semaines, l'objectif étant d'augmenter le taux si les conditions le permettent. Selon rapport de réadaptation professionnelle sur fin de mesure du 9 novembre 2009, le réentraînement auprès d'EEO a été interrompu. La recourante a en effet commencé son réentraînement le 5 octobre 2010 mais n'est pas revenue le lendemain. Selon cette dernière, elle a dû arrêter cette mesure en raison de problèmes familiaux. Elle précise que l'activité lui plaisait et que le matériel fourni semblait lui convenir. Cette nouvelle crise aurait agi comme un signal et elle aurait commencé un traitement ambulatoire auprès du Centre de thérapie brève pour trois à six semaines. L'assurée doute de ses capacités, à court terme, de pouvoir suivre une mesure auprès de l'EEO dont l'environnement est trop proche de l'économie primaire pour être supporté pour le moment. L'intimé propose de recourir, dans un premier temps, à un stage d'orientation

auprès de la Fondation PRO avec pour objectifs, outre l'orientation, de permettre à l'assurée de reprendre pied dans la vie active et d'avoir un cadre aussi structurant que bienveillant. Si le stage s'avère concluant au niveau des capacités de l'assurée à essayer un retour sur le marché primaire de l'emploi, une nouvelle participation auprès de l'EEO pourrait être envisagée. L'assurée se dit prête à tenter la démarche au terme de son traitement ambulatoire. Le 16 décembre 2009, la recourante a avisé l'intimé qu'elle était toujours en traitement ambulatoire auprès du Centre de thérapie brève et qu'elle envisageait également d'être suivie par un psychiatre. Selon son médecin-traitant, elle devrait être en mesure de débiter le stage d'orientation dès le mois de février 2010. Par ordonnance du 12 janvier 2009, le Tribunal de céans a repris l'instruction de la cause et l'a à nouveau suspendue jusqu'au 30 juin 2010. Dans un rapport de réadaptation professionnelle (surveillance en cours) du 9 février 2010, l'intimé a proposé un réentraînement au travail (rééducation dans la même profession) pour une durée de 3 mois auprès de la Fondation PRO avec une augmentation progressive du taux d'activité. Par communication du 16 mars 2010, l'intimé a octroyé à l'assurée une mesure professionnelle sous forme de réentraînement au travail, du 12 avril au 9 juillet 2010, auprès de la Fondation PRO. Le 23 avril 2010, il a été mis fin aux mesures d'ordre professionnel. En effet, la recourante ne s'est pas présentée le premier jour du stage auprès de la Fondation PRO et a fait savoir qu'elle était en arrêt de travail pour une durée indéterminée. Elle explique avoir été prise de fortes douleurs et de crises de panique à l'idée de débiter le stage, ne se sentant pas prête pour une réadaptation. Contacté par l'intimé, le Dr A\_\_\_\_\_ confirme que l'assurée a décompensé tant sur le plan physique que psychique à la simple expectation du prochain début du stage. Ainsi, selon l'intimé, la recourante n'est pas apte à la réadaptation pour des raisons qui restent à objectiver sur le plan médical. Par pli du 24 juin 2010, l'intimé a requis du Tribunal qu'il sollicite auprès du Dr A\_\_\_\_\_, éventuellement auprès d'autres médecins consultés, de plus amples informations au sujet de la rupture de la mesure de réadaptation. Par ordonnance du 29 juin 2010, le Tribunal de céans a ordonné la reprise de l'instruction de la cause et a fixé à la recourante un délai au 16 juillet 2010 pour se déterminer. Dans son écriture du 30 juin 2010, la recourante a indiqué être dans l'attente d'un rapport médical du Dr A\_\_\_\_\_. Sur le plan psychologique, elle a besoin de temps. Sur le plan physique, elle devrait prochainement subir une nouvelle intervention au dos, une vis étant sortie de son logement. Elle conclut au renvoi de la cause à la fin de l'année, à la mise en œuvre d'une expertise et à l'octroi d'une rente AI à 50 %. Par pli du 6 juillet 2010, l'intimé a proposé de se déterminer à réception du rapport du Dr A\_\_\_\_\_. A défaut de réaction de sa part, l'intimé sollicitait que le Tribunal de céans demande directement auprès de ce médecin les informations nécessaires. Le 20 juillet 2010, la recourante a produit un avis médical du Dr A\_\_\_\_\_ daté du même jour. Il ressort de ce document que depuis le mois d'octobre 2009, l'état de santé psychique de la recourante s'est progressivement détérioré, entre autres en raison du décès de son frère cadet ainsi que de sa mère qui a présenté une attaque cérébrale. Il existait chez la recourante un fond dépressif masqué que les événements précités sont venus aggraver. Elle est actuellement suivie à la consultation psychiatrique des Hôpitaux universitaires genevois (ci-après: HUG). Parallèlement, son état de santé physique s'est dégradé. La recourante a nécessité la pose d'une prothèse du genou droit en date du 15 juillet 2010. Concernant la colonne lombaire, elle devra subir une nouvelle intervention pour enlever une des 4 vis qui s'est cassée en deux et qui génère des douleurs importantes à la mobilisation du rachis. Bien qu'elle reste très motivée pour reprendre une activité adaptée, il est clair qu'au vu des éléments précités, la recourante n'est pas en mesure de le

faire pour plusieurs mois. Durant cette période, sa capacité de travail est nulle. Selon le Dr A\_\_\_\_\_, la problématique psychiatrique est beaucoup plus importante et elle est susceptible d'interférer sur sa capacité future de travailler. Lors de la première expertise réalisée à Nyon, ce médecin dit avoir eu accès aux questionnaires et il lui était apparu que la recourante minimisait systématiquement les troubles psychiques tel le sommeil (extrêmement mauvais), les anxiétés (phobie sociale, agoraphobie, etc.) et les idées noires récurrentes (sensation d'inutilité, d'être mal aimée). Ce n'est que tout récemment que la recourante a pu verbaliser ses difficultés psychiques et qu'elle a souhaité un nouveau suivi psychiatrique au Centre de thérapie brève. La recourante conclut à la mise en œuvre d'une expertise sur les plans psychique et physique et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Dans son écriture du 10 août 2010, l'intimé relève que la péjoration de l'état de santé psychique évoquée par la recourante est une atteinte nouvelle, soit postérieure à la décision querellée du 6 octobre 2008. Afin de se déterminer en tout état de cause, l'intimé sollicite du Tribunal de céans qu'il requiert des informations médicales complémentaires auprès du psychiatre-traitant. Sur quoi, la cause a été gardée à juger le 13 août 2010.

**EN DROIT**

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. 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 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 [5<sup>ème</sup> révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316). En effet, l'art. 8 LAI, dans sa nouvelle teneur dès le 1<sup>er</sup> 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 5<sup>ème</sup> révision de la LAI. Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable. 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. 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 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 LPGA). 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 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). b) Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> 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). a) Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) 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 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). 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 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1<sup>er</sup> 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'invalidé 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 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). 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 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). 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). 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). 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 en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Quant à l'intimé, il sollicite que le Tribunal de céans interroge le psychiatre-traitant de la recourante. 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 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. 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. 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 la 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. Partant, le recours sera partiellement admis. La recourante a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 1'200 fr. (art. 89H al. 3 LPA; art. 61 let. g LPGA). La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 1'200 fr. (art. 69 al. 1 bis 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. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision de l'intimé du 6 octobre 2008. Renvoie le dossier à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'200 fr. à titre de participation à ses dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Le secrétaire-juriste : Jean-Martin DROZ 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.