



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3204/2005

ATAS/285/2006

ORDONNANCE D'EXPERTISE
DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 28 mars 2006

En la cause

Madame P _____, comparant avec élection de domicile en _____ recourante
l'étude de Maître NANCHEN Henri

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue _____ intimé
de Lyon 97; Case postale 425, 1211 GENEVE 13

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente.

EN FAIT

1. Madame P _____, née en août 1951, mariée, de nationalité portugaise, titulaire d'une autorisation d'établissement C, est mère d'un enfant né en 1991. Elle est arrivée en Suisse en 1978 et a exercé comme femme de ménage auprès de l'entreprise X _____ SA (l'employeur) de 1983 à 1985 puis du 3 janvier 1990 au 7 février 2002. De 1986 à 1989, elle a travaillé comme ouvrière agricole à la Croix-de-Rozon.
2. Le 7 février 2002, l'assurée a été en incapacité totale de travailler en raison de douleurs "dos/lombaires", attestée par son médecin-traitant, le Dr A _____, médecin généraliste, puis dès le 23 mai 2002 par le Dr B _____, spécialiste en médecine interne. L'ALLIANZ SUISSE, assureur maladie collective perte de gain de l'employeur, a versé des indemnités journalières à l'assurée dès le 7 février 2002.

Selon un formulaire "avis de maladie" de l'ALLIANZ SUISSE rempli par l'employeur le 25 mars 2002, l'assurée recevait un salaire mensuel de fr. 2'700.- ainsi que fr. 225.- d'indemnité pour vacances et jours fériés pour un travail de cinq jours par semaine, quarante heures par semaine.

3. Le 8 avril 2002, le Dr A _____ a répondu à un questionnaire de l'ALLIANZ SUISSE et mentionné qu'il s'agissait d'une affection rhumatismale apparue en octobre 2000 et avril 2001. Il y avait un risque important d'invalidité.
4. Le 11 mai 2002, le Dr C _____, spécialiste en médecine physique et de rééducation, médecin-conseil de l'ALLIANZ SUISSE, a rendu un rapport médical après avoir reçu l'assurée le 24 avril 2002. S'agissant des plaintes, le médecin relève que la patiente souffre de ses deux genoux, de façon plus marquée à gauche, avec des épanchements occasionnels. Les douleurs sont accentuées par l'effort et par les changements de temps. Elle se plaint également de lombalgie en barre, irradiant parfois le long de la face latérale de la cuisse gauche, sans dystasie. Cette symptomatologie est aggravée par la position assise prolongée ou lors de longs déplacements à pied. Les douleurs peuvent aussi survenir au niveau des ceintures scapulaires. L'articulation IPP de D3 est continuellement douloureuse à gauche. Il diagnostique une fibromyalgie, un état dépressif et une chondropathie femoro-patellaire. Compte tenu des lombalgies qui semblent être d'origine mécanique avec une dysfonction lombaire haute objectivable à l'examen clinique, la prise en charge par le chiropraticien est appropriée et devrait être poursuivie. Concernant la chondropathie des genoux, un traitement chondroprotecteur (Condrosulf) pourrait être envisagé, sachant que ni les AINS ni la physiothérapie ne soulagent la patiente. Au niveau de la fibromyalgie, le ou les traitements sont malheureusement bien plus aléatoires. Cependant, un traitement antidépresseur à visée antalgique devrait être instauré d'autant plus que la patiente présente des signes d'un état dépressif. Actuellement, l'intéressée n'est pas médicalement apte à l'emploi. Compte tenu de

la problématique médicale et de son évolution jusqu'à présent, un retour à la capacité de travail n'est pas envisageable à court terme. Cependant, on peut espérer la reprise d'une activité manuelle qui ne demande pas trop de charge physique d'ici 2 à 3 mois, pour le moins à 50 %, après une prise en charge médicale maximale. Il est encore trop tôt pour envisager une reconversion professionnelle ou prendre des mesures médicales définitives.

5. Le 21 août 2002, le Dr D _____, chiropraticien, a répondu à un questionnaire de l'ALLIANZ SUISSE. Il a diagnostiqué des troubles dynamiques du rachis dorso-lombaire dans un contexte de fibromyalgie. Il y avait des exacerbations des douleurs rachidiennes liées aux efforts. La patiente ne pourrait pas, à son avis, reprendre son travail de femme de ménage. On pouvait imaginer un travail à temps partiel dans une profession ne mettant pas en surcharge le rachis.
6. Le 9 septembre 2002, le Dr B _____ a précisé au Dr E _____, spécialiste en médecine interne, médecin-conseil de l'ALLIANZ SUISSE, que la patiente se plaignait depuis peu de douleurs diffuses touchant les épaules, la nuque, les coudes, les hanches et les genoux, qui lui faisait suspecter une fibromyalgie floride avec trouble du sommeil et asthénie diurne fluctuante. Ce diagnostic avait été confirmé par le Dr F _____, rhumatologue. A relever, cependant, le dernier contrôle sanguin, qui mettait en évidence une TSH basse et une anémie ferriprive, ce qui compliquait aujourd'hui le tableau clinique et rendait aléatoire tout pronostic sur l'évolution de la maladie.
7. Le 26 septembre 2002, le Dr E _____ a requis du Dr B _____ qu'il se prononce sur la possibilité d'une reprise de travail à 50 % au 1^{er} octobre 2002.
8. Le 4 janvier 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité (AI) en mentionnant une fibromyalgie, une arthrose des genoux et une périarthrite de la hanche et du bas du dos.
9. Le 29 janvier 2003, le Dr B _____ a rendu un rapport médical pour l'AI. Il diagnostiquait une gonarthrose bilatérale, une fibromyalgie, une anémie ferriprive et un état dépressif. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : thalassémie mineure probable et status post hystérectomie et annexectomie (2001). L'activité exercée jusqu'à maintenant n'était plus exigible. Une autre activité sans contrainte physique était possible, avec une diminution du rendement. Il relevait un "état fluctuant dans la journée". Sa patiente se plaignait depuis de nombreuses années de douleurs des genoux et de la colonne lombaire. Suite à des épanchements des deux genoux, plusieurs ponctions avaient été effectuées à la Permanence d'Onex entre 1999 et 2000. Le Dr D _____ avait traité les douleurs lombaires et posé le diagnostic de troubles dynamiques du rachis. La situation s'était aggravée en 2002 et les douleurs étendues, avec apparition de troubles du sommeil, de céphalées tensionnelles et de troubles digestifs

fonctionnels évoquant un syndrome fibromyalgique particulièrement invalidant. L'anémie aggravait aussi l'état de fatigue. L'assurée ne pouvait reprendre son travail et était entravée dans ses activités de la vie quotidienne, ce qui avait provoqué un état dépressif traité par antidépresseurs.

10. Le 26 avril 2004, le Dr B _____ a écrit à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) que l'état dépressif de l'assurée était réactionnel à son invalidité physique. Aucun suivi psychiatrique n'avait de ce fait été envisagé. Elle bénéficiait d'un traitement antidépresseur et d'une psychothérapie de soutien.
11. Le 19 avril 2005, le Service Médical Régional Léman de l'AI (SMR) a rendu un rapport médical suite à l'examen clinique bidisciplinaire de l'assurée, signé par les Drs G _____, médecin psychiatre et H _____, psychiatre. Les diagnostics étaient les suivants :

Avec répercussion sur la capacité de travail :

- Gonarthrose bilatérale tricompartmentale plus importante à gauche qu'à droite (M17.0).
- Rachialgies diffuses communes sur troubles statiques (M54).

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- Fibromyalgie (M79.0).
- HTA traitée.
- Excès pondéral (BMI 29).
- Difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie. Z60.0.

Les médecins relèvent que leur examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble de la personnalité, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Dès lors nous n'avons pas retenu d'incapacité de travail justifiable du point de vue médico-juridique. En conclusion, sur le plan psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail exigible est entière dans toute activité. Les limitations fonctionnelles somatiques étaient les suivantes :

"Pas de position debout, statique au-delà de 30 min, diminution du périmètre de marche à max. 1h00, absence de montée ou descente d'escaliers de façon répétitive, absence de position en genuflexion. Pas de position statique assise au-delà de 2h00, pas de position en antéflexion du tronc ou de mouvement en porte-à-faux, absence de port de charge sup. à 15-20 kg de façon répétitive".

L'incapacité de travail est de 50 % sur le plan somatique depuis février 2002. Il est raisonnable de prétendre à une capacité de travail résiduelle de 50 % dans l'activité habituelle depuis la date du 7 février 2002, en dehors de période inflammatoire aiguë par rapport à la pathologie somatique. Dans l'activité habituelle de l'assurée, l'incapacité de travail peut raisonnablement dans l'état actuel des choses être évaluée à 50 % depuis l'établissement du premier certificat d'arrêt de travail en tenant compte d'éventuelles périodes d'exacerbation entraînant des incapacités à 100 % mais de courtes durées. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail est de 100 %.

12. Le rapport d'examen SMR du 2 mai 2005 résume que l'atteinte principale à la santé est celle de gonarthrose bilatérale, rachialgies diffuses communes sur troubles statiques et que l'incapacité de travail est de 50 % dans l'activité antérieure dès le 7 février 2002 et de 0 % dans une activité adaptée.
13. La réadaptation professionnelle de l'OCAI a effectué un calcul du degré d'invalidité, lequel abouti à un degré d'invalidité négatif de - 34,9 %. Le salaire d'invalidité est de fr. 43'718.- compte tenu d'une déduction de 10 % et le revenu sans invalidité de fr. 32'400.-.
14. Par décision du 25 mai 2005, l'OCAI a refusé à l'assurée le droit à des mesures professionnelles en rejetant la demande de reclassement dans une nouvelle profession dès lors que le degré d'invalidité n'atteignait pas 20 %. Dans une autre décision du même jour, l'OCAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité dès lors que le degré d'invalidité était inférieur à 40 %.
15. Le 27 juin 2005, l'assurée s'est opposée aux deux décisions précitées. Les divers avis médicaux du dossier contredisaient la conclusion du rapport du SMR Léman selon laquelle elle aurait une capacité de travail entière dans une activité adaptée et sans perte de rendement. Il fallait retenir une perte de rendement d'au moins 30 % ainsi qu'une déduction de 25 %. Enfin, il était aberrant de conclure que l'invalidité pouvait augmenter sa capacité de gain. Le revenu après invalidité devait donc être le même que le sien. Le taux d'invalidité était ainsi de 55 %, ce qui lui donnait droit à une demi-rente AI.
16. Le 7 juillet 2005, la réadaptation professionnelle de l'OCAI a effectué une nouvelle évaluation de l'invalidité et abouti à un taux de - 2,1 %, compte tenu d'un revenu d'invalidité de fr. 36'434.-, déduction faite d'un 25 % (pour tenir compte d'une baisse de rendement due aux limitations fonctionnelles et au déconditionnement physique), et d'un revenu sans invalidité de fr. 35'681.-.
17. Par décision du 11 juillet 2005, l'OCAI a rejeté les oppositions de l'assurée, en relevant qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'avis du SMR Léman. La fibromyalgie n'avait pas valeur de maladie puisque l'état dépressif était réactionnel à celle-ci et que les autres critères jurisprudentiels n'étaient pas réalisés. Le revenu

sans invalidité se fondait sur les données que l'employeur avait transmises à l'ALLIANZ SUISSE, soit fr. 35'100.- en 2002 et fr. 35'681.- en 2003. Une réduction de 10 % du salaire statistique d'invalide devait être confirmée mais une déduction de 25 %, même retenue, ne modifiait pas le résultat.

18. Le 31 août 2005, le Dr B _____ a attesté que l'assurée souffrait de fibromyalgie avec comorbidité à savoir : des troubles dégénératifs diffus du rachis et une gonarthrose bilatérale tricompartmentale, qui entraîne des limitations fonctionnelles somatiques importantes reconnues par l'examen clinique effectué le 18 mars 2005 par le SMR. Les troubles dégénératifs sont évolutifs et leurs répercussions sur le plan fonctionnel ne peuvent que s'aggraver à l'avenir et diminuer d'autant la perte de rendement professionnel. De ce fait, il faut considérer que le rendement de l'assurée dans une activité adaptée est diminué, ce que le rapport du SMR n'évalue pas. Par ailleurs, il ne voit pas dans quelle activité elle pourrait travailler à plein rendement au vu des limitations citées.
19. Le 12 septembre 2005, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition de l'OCAI auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente AI dès le 4 janvier 2003. Préalablement, elle demande la mise en œuvre d'une expertise médicale. Elle relève qu'elle avait consulté en 2001-2002 le Dr F _____, rhumatologue, qui avait diagnostiqué une arthrose et une fibromyalgie. L'expertise du SMR n'indiquait pas quel genre d'activité concrète restait exigible, ni la perte de rendement en fonction des douleurs articulaires. Or, les médecins consultés concluaient tous au fait qu'une activité adaptée n'était pas possible à plein temps et à plein rendement. S'agissant du calcul de l'invalidité, il fallait soit se fonder sur le revenu statistique avant et après invalidité, soit sur le revenu effectivement réalisé en y ajoutant les revenus en nature. Une déduction de 25 % devait être opérée. La fibromyalgie était invalidante dès lors que les critères de "processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable" et "d'absence d'espoir de guérison" étaient donnés.
20. Le 27 septembre 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
21. Le 3 octobre 2005, le Tribunal de céans a demandé de préciser quelle activité adaptée la recourante était capable d'exercer à 100 % compte tenu des limitations fonctionnelles relevées dans son rapport.
22. Le 11 octobre 2005, le SMR a répondu que toute activité professionnelle de type sédentaire, ne nécessitant pas la marche excessive, le port de charges, la montée ou descente répétitive d'escaliers ou les positions en genuflexion, est possible à 100 %. Dans le cadre de ces limitations fonctionnelles, il n'y avait pas de diminution de rendement à prévoir. Pour plus de précision sur les différents métiers possibles au vu de l'instruction et des qualifications professionnelles de l'assurée, il pria le Tribunal d'interroger le service de réadaptation de l'AI.

23. Le 5 décembre 2005, le Tribunal de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a déclaré que son état de santé est stationnaire. Ses journées sont difficiles, elle reste la plus part du temps chez elle. Elle va se promener un peu et elle accompagne son mari pour faire les courses. Elle ne fait pas elle-même les courses car elle ne peut rien porter. Elle est toujours suivie par le Dr B_____. Elle suit toujours un traitement médicamenteux, des antidépresseurs, des antidouleurs et des médicaments pour s'endormir le soir. Elle gagnait comme femme de ménage, avant son incapacité de travail, un salaire de fr. 2'925.- mensuel à plein-temps. Elle précise qu'en plus elle était nourrie par son employeur, soit le matin, à midi et l'après-midi. Elle a reçu des indemnités journalières de l'ALLIANZ durant environ deux ans. Elle souhaite une expertise complémentaire complète afin d'évaluer tous ses problèmes physiques, ainsi que la fibromyalgie.

L'OCAI a relevé qu'il avait fait établir par le Service de réadaptation une liste des postes adaptés aux limitations de la recourante, soit :

- ouvrière dans le conditionnement léger,
- surveillance du tri bagages à l'aéroport,
- ouvrière dans le domaine du montage,
- ouvrière sur machine,
- ouvrière dans l'anglage de pièces,
- ouvrière dans le polissage ou le satinage sur machine,
- opératrice sur presse à étamper,
- ouvrière sur cuir.

Les parties ont convenu de mettre en place une aide au placement à 50 %.

24. Le 9 mars 2006, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait ordonner une expertise rhumatologique et la confirmer à la Dresse I_____. La mission d'expertise leur a été soumise.
25. Les 14 et 24 mars 2006, l'OCAI et la recourante ont déclaré qu'ils n'avaient pas de motif de récusation à l'encontre de l'experte, ni de questions supplémentaires à poser dans la mission d'expertise.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances

sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations fondé sur une incapacité de travail ayant débuté en février 2002, à savoir à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, le présent cas reste régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour les prestations antérieures à cette date et par la LPGA pour les prestations postérieures au 31 décembre 2002, étant précisé que les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1., 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la nouvelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004.

4. Interjeté dans la forme et le délai, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.
5. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et en particulier sur le droit à une rente de l'assurance-invalidité.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements

et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). 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 222 et 128 V 174).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à 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).

7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se

fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

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. Ainsi, lorsqu'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). Au demeurant, l'indépendance et l'impartialité des experts des COMAI, exigées par les art. 4 aCst. et 6 par. 1 CEDH, est réputée garantie (cf. ATF 123 V 175 et JAAC 1998 n° 95 p. 917 ; ATFA du 21 avril 2004, I 621/03, consid. 4).

8. 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).

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 maladif 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).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

9. En l'espèce, le SMR constate - comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail - l'existence d'une gonarthrose bilatérale tricompartmentale et de rachialgies diffuses communes sur troubles statiques et relève que selon l'examen clinique et l'étude du dossier radiologique la gonarthrose entraîne des douleurs chroniques et des limitations fonctionnelles. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100 % et de 50 % dans celle de femme de ménage. Il admet que toute activité professionnelle sédentaire est possible. Le service de réadaptation a précisé comme possibles plusieurs activités d'ouvrière, de surveillante et d'opératrice.

S'agissant de ces troubles physiques - lesquels ont également été constatés par les médecins traitants de l'assurée ainsi que par le Dr C _____, médecin-conseil de l'ALLIANZ SUISSE - il y a lieu de constater que leur incidence sur la capacité de travail est évaluée différemment par le SMR et par les médecins précités :

Le 11 mai 2002, le Dr C _____ estime que l'on peut espérer une reprise d'une activité manuelle sans trop de charge physique pour le moins à 50 %.

Le 21 août 2002, le Dr D _____ relève que l'assurée pourrait reprendre un travail seulement à temps partiel, ne mettant pas en surcharge le rachis.

Le 9 septembre 2002, le Dr B _____ atteste qu'une activité professionnelle n'est possible qu'en tenant compte des limitations physiques de l'assurée. Le 29 janvier 2003, il précise que seule une activité sans contrainte physique, avec diminution du rendement est possible et le 31 août 2005 il rappelle les limitations fonctionnelles somatiques importantes de l'assurée, en relevant que les troubles dégénératifs sont évolutifs et que leurs répercussions sur le plan fonctionnel ne peuvent que s'aggraver à l'avenir et diminuer d'autant la perte de rendement professionnel; le rendement dans une activité adaptée était ainsi diminué, ce que le rapport SMR n'évaluait pas.

10. Au vu des avis médicaux divergents figurant au dossier et considérant que la conclusion du SMR selon laquelle la recourante pourrait exercer une activité adaptée notamment d'ouvrière, de surveillante ou d'opératrice à 100 %, sans diminution de rendement, paraît peu compatible avec les limitations fonctionnelles somatiques préalablement constatées par le SMR (en particulier l'impossibilité de la position debout, statique au-delà de 30 minutes et assise, statique au-delà de 2 heures), il convient d'ordonner une expertise complémentaire sur cet aspect, afin d'évaluer l'impact des limitations fonctionnelles somatiques dont souffre la recourante sur sa capacité de travail.

S'agissant de la fibromyalgie, il n'y a pas lieu, en l'état, d'ordonner une expertise psychiatrique judiciaire, cette question étant ainsi laissée ouverte dans le cadre de la présente ordonnance d'expertise.

11. L'expertise sera confiée à la Dresse Ariane I _____, médecin spécialiste FMH en rhumatologie, rue de Lyon 57, 1203 Genève.

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

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Préparatoirement :

2. Ordonne une expertise médicale. La confie à la Dresse I_____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
 - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme P_____.
 - c. Examiner Mme P_____.
 - d. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
 - e. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
 - f. Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme P_____ d'un point de vue somatique ?
 - g. Quelles sont les atteintes objectivables (diagnostics) ?
 - h. Quelles sont les limitations fonctionnelles présentées par Mme P_____ en relation uniquement avec les atteintes objectivables précitées (2. g.) ?

Depuis quelle date ces atteintes objectivables sont-elles présentes ?
 - i. Compte tenu uniquement des atteintes objectivables, soit sans tenir compte de la fibromyalgie, l'assurée pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

En cas d'incapacité de travail, depuis quelle date est-elle présente ? En particulier, l'activité de femme de ménage est-elle encore exigible ? Si oui, à quel taux ?

Les activités suivantes sont-elles exigibles et si oui, à quel taux ? :

- ouvrière dans le conditionnement léger,
- surveillance du tri bagages à l'aéroport,
- ouvrière dans le domaine du montage,
- ouvrière sur machine,
- ouvrière dans l'anglage de pièces,
- ouvrière dans le polissage ou le satinage sur machine,
- opératrice sur presse à étamper,
- ouvrière sur cuir.

j. Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées est-elle identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 11 juillet 2005 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ? Y a-t-il eu en particulier aggravation ou amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis le 11 juillet 2005 ?

k. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

l. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

3. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 10 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

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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