

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1657/2009

ATAS/1640/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 10 décembre 2009

En la cause

Madame Y _____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame Y_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1956, a travaillé à plein temps comme employée dans la restauration Genève à partir du mois d'août 1987. Son salaire mensuel s'est élevé, en 2007 à 5'551 fr. 70.
2. A compter du 8 mars 2006, l'assurée a été dans l'incapacité totale de travailler.
3. Le 2 avril 2007, elle a déposé une demande de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI).
4. Le Dr A_____, son médecin traitant, a rédigé en date du 27 juin 2007 un rapport dans lequel il a retenu les diagnostics de trouble dépressif chronique et trouble somatoforme douloureux présents depuis 2005, de cervicobrachialgies gauches sur arthrose cervicale C3 à C7, cervicarthrose et uncarthrose protusive étagée, de lombalgies chroniques sur contracture lombaire présentes depuis 2001 et enfin, de meralgia paraesthetica de la face antéro-externe des deux cuisses depuis 2005. Le médecin a également mentionné une hypercholestérolémie, tout en précisant qu'elle était sans répercussion sur la capacité de travail de sa patiente.

De l'anamnèse, il ressort que l'assurée n'a plus de contact avec l'un de ses enfants depuis 1996, qu'elle s'est séparée de son conjoint en 2000, et que ces deux événements ont eu une grande influence sur son psychisme. Le médecin traitant explique avoir adressée sa patiente au Dr B_____, rhumatologue, ainsi qu'aux Drs C_____ et D_____, neurologues, puis, suite à la détérioration de son état de santé psychique et physique, au Centre de thérapies brèves (CTB). Ensuite de quoi, elle a continué à être suivie et traitée sur le plan psychique par le Dr E_____.

Le médecin traitant relate que sa patiente se plaint de tristesse, d'anxiété, de fatigue, d'insomnies, de troubles de la mémoire, de cervicalgies, de brachialgies, de lombalgies, de paresthésies algiques de la face antérieure des deux cuisses et de gonalgies à gauche.

Le médecin a émis un sombre pronostic du point de vue psychiatrique. Il a joint à son rapport des comptes-rendus radiographiques - mettant en évidence une discrète scoliose cervicale, une cervicarthrose de C3 à C7, un discret glissement antérieur de C3 et une discrète arthrose des facettes articulaires postérieures -, le rapport établi le 5 avril 2004 par le Dr D_____, spécialiste FMH en neurologie - concluant à un examen neurologique normal et à un syndrome d'impairment des membres inférieurs, associé à des manifestations d'ordre neurovégétatif, voire hyperventilatoire - et un résumé d'intervention du CTB daté du 12 mai 2006, concluant à un épisode dépressif d'intensité modérée et à un trouble somatoforme douloureux chronique.

Le Dr A _____ a conclu que l'activité exercée jusqu'alors par sa patiente n'était plus exigible de cette dernière en raison de son état psychique et a suggéré de s'adresser au psychiatre traitant quant à la question de la capacité résiduelle de travail. Sur le plan physique, il n'a pas retenu de limitation fonctionnelle.

5. Le Dr E _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport en date du 9 juillet 2007. Il y retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptôme psychotique, d'anxiété généralisée et de syndrome douloureux somatoforme persistant.

De l'anamnèse, il ressort que l'assurée est connue pour des affections psychiatriques depuis juin 2005, qu'elle présente une importante symptomatologie anxiodépressive, que les anxiolytiques et antidépresseurs qui lui ont été prescrits n'ont pas eu d'effet favorable, qu'elle se plaint de troubles du sommeil, de fatigue mentale et physique, de tristesse, d'angoisses, d'un manque d'envie à accomplir les tâches quotidiennes, de difficultés de concentration et de multiples plaintes somatiques.

Le psychiatre traitant dit avoir constaté objectivement un état de détresse associé à un ralentissement psychomoteur, rendant la patiente incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères. Après avoir énuméré les symptômes constatés (humeur déprimée, perte d'intérêt ou de plaisir, diminution de l'énergie, fatigabilité accrue, perte de confiance et d'estime de soi, pensées suicidaires, altération de la capacité à penser et à se concentrer, sentiment de désespoir, incapacité à faire face aux responsabilités habituelles, pessimisme au sujet du futur, symptômes anxieux d'origine autonome, peurs, anxiétés, complaints physiques multiples et variables sans qu'aucune affection physique ne les explique), le psychiatre a finalement émis un pronostic défavorable et conclu à une incapacité totale de travailler.

6. Le dossier de la patiente a été soumis au Dr F _____, du Service médical régional AI (SMR), qui, dans un avis daté du 10 décembre 2007, a relevé une contradiction entre le rapport du Dr D _____ - qui ne retenait pas le diagnostic de *meralgia parestica*, mais celui de possible syndrome d'impatience des membres inférieurs - et celui du Dr A _____. Le Dr F _____ a préconisé une expertise bi-disciplinaire.
7. L'assurée a donc été adressée pour expertise bi-disciplinaire rhumato-psychiatrique aux Drs G _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et H _____, spécialiste FMH en psychiatrie, tous deux médecins auprès du SMR.

Les Drs G _____ et H _____ ont rendu leur rapport en date du 5 février 2008.

Ils ont retenu les diagnostics de rachialgies dans le cadre de troubles statiques dégénératifs du rachis et syndrome rotulien à gauche. Ils ont également mentionné, mais en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un status après périarthrite scapulo-humérale à droite, une fibromyalgie, de l'obésité et une dysthymie à début tardif.

Ils ont mentionné au titre de limitations fonctionnelles la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure les positions assise et debout et de pouvoir éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant cinq kilos, le port régulier de charges excédant douze kilos, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, les genuflexions répétées et le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers. Ils n'ont en revanche retenu aucune limitation sur le plan psychiatrique.

Les médecins du SMR ont conclu à une incapacité de travail de 50% d'un point de vue rhumatologique dans l'activité d'employée polyvalente de restaurant depuis le 8 mars 2006, incapacité de travail qu'ils ont jugée constante depuis lors. En revanche, ils ont estimé que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée. Ils ont expliqué que les troubles statiques et dégénératifs du rachis étaient modérés et que la fibromyalgie ne pouvait se voir reconnaître un caractère invalidant au vu de l'absence de pathologie psychiatrique concomitante suffisamment sévère.

L'absence d'antécédent médical important avant 2005 a été relevée, ainsi qu'une amélioration progressive de l'état psychique depuis que l'assurée a débuté un suivi en avril 2006, amélioration qui s'est fait plus nette au début de l'année 2007, avec une rechute en mars 2007 lorsque l'assurée a appris que son époux, dont elle était séparée, était atteint d'un cancer.

Les médecins n'ont relevé ni trouble de mémoire, ni ralentissement psychomoteur, ni agitation. Certains traits de personnalité histrionique ont été relevés, avec dramatisation, suggestibilité et affectivité superficielle, dont il a été précisé qu'ils ne constituaient pas pour autant un trouble de la personnalité histrionique.

L'examen clinique psychiatrique a mis en évidence un tableau de dépression chronique de l'humeur, avec fatigabilité, fluctuation de l'humeur associée à des ruminations existentielles, sans idées noires ni tentation de suicide. Les médecins ont estimé que l'intensité de ce tableau était insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, l'intensité et la fluctuation évoquant plutôt celui de dysthymie. A cet égard, ils ont expliqué que les sujets atteints de dysthymie, s'ils présentent parfois des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquels ils se sentent bien, se sentent la plupart du temps fatigués et déprimés mais restent cependant capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce dont les experts ont relevé que c'était le cas de l'assurée, qui fait ses tâches ménagères petit à petit et sort les après-midi.

En dehors de ce tableau de dysthymie, l'examen a permis de retrouver des traits de personnalité histrionique.

Les médecins ont exclu l'existence d'une comorbidité psychiatrique, tout comme celle d'une perte d'intégration sociale (ils ont relevé que l'assurée sort tous les après-midi avec ses amies) et précisé que si l'on ne pouvait exclure que l'état psychique soit cristallisé, en revanche, on ne pouvait conclure à l'échec des traitements puisque l'assurée faisait état d'une amélioration au cours de l'année 2006.

8. Interrogé par l'OCAI, l'employeur de l'assurée a indiqué que cette dernière, en tant qu'employée de restaurant, devait rester debout en permanence pour accomplir son travail, qu'elle devait marcher et était amenée à se déplacer fréquemment et souvent en transportant des charges assez lourdes, voire encombrantes, ceci dans un temps limité, toutes ces tâches devaient être réalisées rapidement. En plus du service, son poste impliquait le nettoyage des surfaces, des tables et des chaises, des murs et des sols, en posture accroupie, penchée en avant ou en extension. Il a été précisé que la tenue de la caisse était l'activité la moins difficile physiquement, mais qu'elle se limitait au temps du service.
9. Le dossier de l'assurée a été soumis à la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI, qui a rendu son rapport en date du 14 août 2008.

Le revenu annuel avant invalidité, soit 75'501 fr., a été comparé à celui que l'assurée pourrait réaliser dans une activité adaptée après réduction supplémentaire de 15%, soit 43'373 fr. (ESS 2006 TA1 niveau 4 = 4'019 fr. pour 40h./sem. = 4'190 fr. pour 41.7 h./sem. = 50'278 fr. en 2006 = 51'027 fr. en 2007), ce qui a conduit à un degré d'invalidité de 42% ouvrant droit à des prestations financières et à des mesures d'ordre professionnelle sous forme de reclassement.

Cependant, dans la mesure où l'assurée restait très centrée sur ses douleurs et ses problèmes de santé et se disait inapte à la moindre activité, les techniciens ont estimé qu'elle ne disposait pour le moment pas des ressources personnelles nécessaires pour entreprendre des mesures professionnelles adéquates, même simples.

10. Le 29 octobre 2009, l'OCAI a adressé à l'assurée deux projets de décision dont il ressortait qu'il se proposait d'une part de lui reconnaître le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2007, d'autre part, de lui refuser toute mesure de reclassement.
11. Le 4 décembre 2008, l'assurée a contesté l'appréciation psychiatrique à laquelle s'était livré le Dr H_____ en invoquant l'avis du Dr E_____.

12. Son dossier a été soumis au Dr I_____ du SMR, qui a relevé que le diagnostic de trouble dépressif récurrent avait été écarté par l'expert psychiatre au profit de celui de dysthymie et que le diagnostic d'anxiété généralisée avait été discuté également par l'expert et écarté. Quant à la fibromyalgie, il a ajouté que les critères permettant de lui reconnaître un caractère invalidant au sens de la jurisprudence n'étaient pas réalisés en l'espèce. Le Dr I_____ a préconisé de favoriser les conclusions de l'expert du SMR plutôt que celles du psychiatre traitant, au motif que l'examen de l'expert avait été particulièrement bien documenté et argumenté quant à la description des symptômes, notamment en ce qui concernait la thymie, alors que le psychiatre traitant se contentait d'énumérer les symptômes sans autre précision.
13. L'OAI, par décision du 19 mars 2009, a reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1er mars 2007.
14. Le 11 mai 2009, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans en concluant à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement, à ce que soit mise sur pied une nouvelle expertise.

La recourante conteste pouvoir exercer la moindre activité. Elle reproche aux experts d'avoir méconnu ses souffrances et d'avoir sous-estimé son état.

A l'appui de ses dires, elle produit un courrier rédigé le 28 avril 2009 par son psychiatre traitant, le Dr E_____, dans lequel ce dernier indique que, malgré le traitement de psychothérapie et la médication, l'état de sa patient n'a pas évolué favorablement, qu'elle est incapable de poursuivre ses activités sociales professionnelles et ménagères et qu'elle souffre toujours de douleurs physiques généralisées et de symptômes anxio-dépressifs importants. Le Dr E_____ exprime l'avis que l'expert psychiatre a minimisé la symptomatologie de sa patiente. Il allègue que l'état de cette dernière s'est au contraire nettement aggravé depuis juillet 2007, date de son dernier rapport. Il confirme les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, anxiété généralisée et syndrome douloureux somatoforme persistant.

15. Le 12 mai 2009, l'OAI a rendu une décision refusant le reclassement de l'assurée. Cette décision est entrée en force.
16. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 10 juin 2009, a conclu au rejet du recours. Il allègue qu'il n'y a pas lieu d'accorder une réduction supérieure à 15% dans le calcul du revenu après invalidité et soutient que la valeur probante de l'expertise du Dr H_____ ne peut être mise en doute par les réflexions du Dr E_____, dont il souligne qu'il n'est autre que le psychiatre traitant.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

4. Le litige sur la question de savoir les atteintes à la santé de la recourante entraînent une incapacité de travail pouvant ouvrir droit à plus d'un quart de rente. En substance, la recourante estime ne pas être en mesure d'exercer la moindre activité lucrative.
5. 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 l'assurée 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 présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

6. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de

travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 in fine).

8. 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 LPGA), 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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).

9. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA.

Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

S'agissant plus particulièrement des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence admet qu'ils peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 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.

Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que de tels troubles sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt I 683/03, du 12 mars 2004, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.2) et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATFA I 457/02 du 18 mai 2004, consid. 6.3).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est donc une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René SCHAUFFHAUSER/Franz SCHLAURI (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 64 s., et note 93).

En effet, ainsi que cela a été dit plus haut, la jurisprudence considère qu'en règle générale, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit., p. 76 ss, spéc. p. 81 s.). Une exception à ce principe n'est admise que lorsque, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 s.) - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et les références; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement à titre exceptionnel, le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail suppose soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Constituent de tels facteurs : (1) les affections corporelles chroniques distinctes ou d'un autre processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), (2) une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss). 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; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. 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), non 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. ATFA I 683/03 précité consid. 2.2.5).

10. En l'espèce, la décision querellée est fondée, d'un point de vue médical, sur l'examen bidisciplinaire pratiqué par les Drs G_____ et H_____. Leur rapport est le fruit d'une réflexion globale, tenant compte tant des plaintes de l'intéressée que des constatations cliniques et de l'ensemble du dossier médical à disposition. Les conclusions sont claires et motivées. Le Tribunal de céans ne voit dès lors pas de raison de s'écarter de ce rapport, qui remplit à l'évidence les critères jurisprudentiels rappelés ci-dessus pour que lui conférée une pleine valeur probante.

Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'est pas contesté. Il est vrai que les avis divergent en revanche quant à la gravité de l'état dépressif de la recourante, qualifié par son psychiatre traitant de trouble dépressif récurrent sévère et de dysthymie par les médecins du SMR. Force est cependant de constater que si les conclusions de ces derniers sont motivées, il n'en va pas de même de celles du psychiatre traitant qui se contente d'alléguer que les experts auraient sous-estimé les symptômes de sa patiente. Qui plus est, le degré de gravité sévère dont fait état le psychiatre traitant est contredit par le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité modérée retenu par le CTB en mai 2006.

Quoi qu'il en soit, quand bien même on admettrait l'existence d'un trouble dépressif plus important que la dysthymie à laquelle ont conclu les médecins du SMR, cela se révélerait sans incidence sur l'issue de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux puisque selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, fondée sur la doctrine médicale, les troubles d'ordre dépressif, tel que celui dont la recourante se prévaut sur la base de l'avis de son médecin, ne constituent pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dès lors qu'ils sont une manifestation réactive de ce dernier. Or, les éléments au dossier ne permettent pas de considérer en l'espèce que la problématique psychique serait intervenue avant la symptomatologie douloureuse. Au contraire, toutes deux remontent à la même époque (2005 selon le médecin traitant). Quant à l'anxiété généralisée à laquelle fait allusion le Dr E_____, il n'apparaît pas qu'elle soit d'un degré de gravité tel qu'elle remplisse les critères d'intensité et d'acuité posés par la jurisprudence pour se voir qualifiée de comorbidité psychiatrique suffisante.

Reste à examiner si les autres critères permettant de reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux sont remplis en l'occurrence.

En premier lieu, on trouve les affections corporelles chroniques. Il doit s'agir d'affections fondées sur un substrat organique et non de douleurs (subjectivement ressenties par la personne atteinte dans sa santé). Or, dans le cas d'espèce, il ne fait nul doute que de telles affections font défaut. En effet, ainsi qu'en attestent les radiographies et rapports fournis par le médecin traitant, les troubles dégénératifs sont qualifiés de « discrets ».

Le second facteur à examiner est celui d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Il est patent, dans le présent cas, que la recourante souffre de façon inchangée (les « hauts et les bas » ne sont finalement que peu significatifs à cet égard) depuis plusieurs années. La symptomatologie a effectivement débuté en 2005. Cela étant, ce critère n'est pas suffisant à lui seul pour admettre une invalidité (au sens de la LAI).

Quant à la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle a été écartée par les médecins du SMR, lesquels ont relevé que la recourante avait pu maintenir, et c'est tant mieux, un réseau d'amis et des contacts sociaux.

Selon les médecins du SMR, l'état psychique de l'assurée ne peut être qualifié de cristallisé et il n'y a pas non plus d'échec des traitements puisque certains d'entre eux ont été marqués par une amélioration, même si elle n'était que temporaire.

En définitive, le Tribunal de céans se doit donc de confirmer l'appréciation faite par les organes de l'assurance-invalidité, à savoir l'absence de pathologie (somatique ou psychiatrique) invalidante. Cette conclusion est imposée par les règles jurisprudentielles et n'est en aucun cas un constat de négation de la symptomatologie de la recourante.

11. Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité auquel a procédé l'intimé.

a) Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à un trois-quart de rente si son invalidité atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%.

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; 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).

Le revenu d'invalidité 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 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).

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 avait été 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.

Il convient encore de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut dès lors pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

b) En l'espèce, la recourante ne conteste pas le montant retenu par l'intimé au titre de revenu avant invalidité, de sorte qu'il y a lieu de s'y tenir.

Quant au revenu d'invalidité, en l'absence de reprise d'activité in casu, il convient de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Considérant

que l'assurée pourrait exercer à plein temps une activité adaptée et qu'au regard du large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un marché du travail équilibré offre un nombre significatif de postes de travail légers n'exigeant ni port de charges, ni genuflexions, ni position en porte-à-faux du tronc et pouvant être occupés sans difficulté particulière par une personne atteinte d'une affection de l'épaule gauche, il y a lieu de se référer, comme l'a fait l'intimé, aux données de l'ESS 2006 et plus particulièrement au revenu mensuel standardisé d'une femme exerçant une activité simple et répétitive, tous domaines confondus. Le calcul auquel s'est livré l'intimé n'est pas critiquable à cet égard. En particulier, c'est à juste titre qu'il a appliqué une réduction de 15% pour tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce (soit en particulier l'âge de l'assurée, née en 1946 et les diverses limitations retenues). Une réduction supérieure ne se justifie en effet pas, l'assurée pouvant travailler à plein temps.

En conséquence, le calcul du taux d'invalidité doit être confirmé et le recours rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. 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

La présidente

Yaël BENZ

Karine STECK

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