REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/317/2007** **ATAS/1347/2007**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## Chambre 1

## du 27 novembre 2007

En la cause

| | |
|---|---|
| Madame A_____ comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître WAEBER Jean-Bernard | recourante |
| contre | |
| OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE | intimé |

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

## EN FAIT

1. Madame A_____, née en juin 1948, a suivi une formation pédagogique au Maroc et a enseigné dans son pays d'origine puis en Angleterre dans des écoles privées.

2. Elle est arrivée en Suisse en 1994 et a travaillé comme cuisinière depuis 1998. Le 24 mars 2003, elle a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, en raison d'une dépression et d'une fibromyalgie.

3. Dans son rapport à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) du 29 mars 2003, la Dresse B_____, spécialiste FMH médecine interne, médecin traitant de l'assurée, a posé au titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie, un état dépressif réactionnel avec répercussions somatiques et une colopathie fonctionnelle. Au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ce médecin fait état de douleurs articulaires multiples (discopathie L3-L4 et L4-L5, gonalgies et arthrose de l'épaule droite). La capacité de travail de sa patiente était nulle pour son activité de cuisinière depuis le 11 avril 2002. Les limitations fonctionnelles étaient importantes.

4. Un examen clinique bidisciplinaire a été confié au Service médical régional AI (ci-après SMR) lequel a rendu un rapport en date du 18 mai 2005. Le rapport, établi par la Dresse C_____, psychiatre, et par la Dresse D_____, médecine physique et rééducation, fait état au titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, discrets troubles de la statique rachidienne avec discopathie débutante L4-L5 et L5-S1, ancienne maladie de SCHEUERMANN, dysbalance musculaire, insuffisance posturale et périarthrite scapulo-humérale droite. Sans répercussion sur la capacité de travail, il est mentionné notamment un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive F43.22, une fibromyalgie (18/18 tender points). Les médecins précisent que l'examen clinique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbation de l'environnement psychosocial ou de limitation fonctionnelle psychiatrique. Sur le plan psychiatrique, l'assurée ne souffre par conséquent d'aucune maladie chronique et invalidante et sa capacité de travail est entière. Sur le plan somatique, les douleurs qu'elle ressent dans tout le corps depuis de nombreuses années se sont péjorées lors de son divorce en 1996. Les différentes investigations cliniques et radiologiques n'ont pas permis de poser un diagnostic expliquant les plaintes et le diagnostic de fibromyalgie a été retenu. En résumé, l'assurée présente une fibromyalgie avec plusieurs signes de non organicité parlant en faveur d'une amplification des symptômes. Objectivement, il est noté un trouble de la statique rachidienne avec une importante insuffisance posturale et une périarthrite de

l'épaule droite difficilement attribuable à une atteinte structurelle, une lésion de la coiffe des rotateurs n'est cependant pas exclue. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques; l'âge, le manque de motivation, les difficultés financières, la charge de deux enfants aux études ne faisant pas partie du domaine médical. Par conséquent, en l'absence d'une comorbidité psychiatrique à la pathologie somatique, la capacité de travail exigible est, sur le plan psychiatrique, de 100 % dans toute activité. Sur le plan somatique, il faut toutefois éviter la station statique prolongée debout, en flexion-torsion du tronc ou en porte-à-faux ainsi qu'un travail à la chaîne. Le port de charge est limité à 10 kilos occasionnellement. Il faut en outre éviter un travail avec le bras droit au-delà de 60°. La capacité de travail dans la profession d'aide-cuisinière est de 40 à 50%. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, elle peut être estimée à 80%.

5. Dans son rapport de réadaptation professionnelle du 10 octobre 2005, l'intimé a conclu, en se fondant sur le rapport du SMR, que la capacité de travail était de 40 % dans l'activité habituelle de cuisinière et de 80 % dans une activité adaptée. Le taux d'invalidité de 30% auquel il est parvenu en procédant à une comparaison médico-théorique entre le revenu d'une cuisinière et celui d'une employée de commerce qualifiée, est insuffisant pour prétendre à une rente. L'assurée aurait été en droit de bénéficier de mesures d'ordre professionnel, à savoir trois ans de formation à l'Ecole Schulz, aux fins d'obtenir un certificat de capacité professionnelle d'employée de commerce mais, selon l'OCAI, les chances de succès d'un tel projet étaient considérées comme quasiment inexistantes en raison de l'attitude générale de plaintes et le processus d'invalidation dans lequel l'assurée était installée depuis trois ans.

6. Par décision du 10 octobre 2005, la demande a été rejetée, l'assurée étant toutefois informée qu'elle avait droit à des mesures d'ordre professionnel et devait, le cas échéant, faire valoir son intérêt et sa motivation par écrit "quant au fait de bénéficier et d'effectuer une scolarité à plein temps durant au moins deux ans".

7. Par courrier du 7 novembre 2005, l'assurée a formé opposition à la décision précitée au motif qu'elle était incapable de travailler.

8. En date du 23 janvier 2006, l'assurée a complété son opposition en faisant valoir notamment que l'expertise du SMR ne tenait pas compte de certains rapports médicaux, en particulier celui de la Dresse B_____ du 29 avril 2003, selon laquelle elle ne peut rester en position assise ou dans la même position corporelle plus de deux heures par jour et ne peut se tenir debout que par intermittence. Selon ce médecin, son incapacité de travail est de 100% dans la profession exercée. Par ailleurs, on voit mal comment elle pourrait travailler à 80% en tant qu'employée de commerce dans la mesure où elle ne peut se tenir debout ou assis plus de quelques minutes. Le taux d'activité exigé de 80% est par conséquent complètement irréaliste. Elle rappelle en outre qu'elle ne possède aucun diplôme d'employée de

commerce et qu'il n'est pas réaliste de prendre comme revenu déterminant pour le revenu raisonnablement exigible, le salaire d'un travail qu'elle ne pourra jamais exercer. Enfin, elle conteste que l'OCAI se soit basé sur un revenu d'une activité professionnelle qui exigerait d'elle un reclassement puisqu'un reclassement est impossible comme il est exposé dans le rapport de réadaptation.

9. Dans une note du 22 novembre 2006, la division de la réadaptation professionnelle de l'OCAI a écarté les arguments médicaux de la recourante tendant à modifier le taux d'activité exigible retenu. La conseillère en réadaptation a précisé que l'impossibilité d'exercer l'activité d'employée de commerce ne relevait pas d'une atteinte à la santé ou d'une incapacité d'insertion mais d'un facteur non lié à l'invalidité, à savoir "le manque de motivation, donc la non-acceptation par l'assurée des mesures qui pourraient lui être proposées". Selon elle, les conclusions de l'expertise du SMR mettent en lumière le manque de motivation de l'assurée pour une activité quelconque de sorte que même le reclassement le plus adéquat n'aurait pas eu de chances d'aboutir. Il n'y avait donc pas lieu de mettre sur pied des mesures de reclassement. Elle a en revanche admis qu'il convenait de revenir sur le calcul de la perte de gain. Elle considérait qu'une formation d'employée de commerce de trois ans ne répondait pas au critère de simplicité d'une mesure d'ordre professionnel et qu'il convenait de tenir compte d'un revenu d'employée de bureau obtenu après une année de formation et une année d'insertion en entreprise.

10. Sur opposition, l'OCAI a donc, en date du 11 décembre 2006, notamment recalculé le revenu d'invalide en se fondant sur une activité d'employée de bureau. Tenant compte d'une déduction de 10% en raison de l'âge de l'assurée, il est parvenu à un taux d'invalidité de 34% n'ouvrant toujours pas le droit à une rente.

11. Par courrier du 26 janvier 2007, l'assurée recourt contre la décision précitée. Elle fait valoir en substance que, depuis le dépôt de la demande d'assurance-invalidité, son état de santé s'est détérioré. Elle a notamment été hospitalisée en automne 2006 à deux reprises et est toujours en arrêt maladie. Elle produit un avis de sortie du 8 septembre 2006 des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) qui fait état d'un diagnostic d'état dépressif, une convocation pour une hospitalisation pour le 9 octobre 2006 en clinique de neurologie, un certificat du Dr E_____ des HUG attestant d'une incapacité de travail totale et de son hospitalisation dans le service de neurologie. Elle produit encore un certificat de la Dresse B_____. Elle indique également avoir consulté de nombreux spécialistes qui réservent leur pronostic. Actuellement, outre les problèmes précédemment évoqués, elle souffre d'hémicrânies gauches, de vertiges, qui ont pour conséquence qu'elle doit être accompagnée pour sortir. Suite à une consultation neuro-ophtalmologique pour un nystagmus, les Drs F_____ et G_____ ont exposé, dans un rapport du 6 novembre 2006, que le nystagmus n'a pu être constaté et qu'il est probablement expliqué par le traitement de Lyrica ou par l'hypotonie intracrânienne après la ponction lombaire. La sécheresse oculaire est probablement due aux médicaments

ou de type post-chirurgical. En date du 20 novembre 2006, les Drs H_____ et E_____, du service de neurologie, ont posé les diagnostics de céphalées probablement cervicogènes sur irritation du nerf d'Arnold et de cervicalgies sur canal cervical étroit. Au titre de comorbidité, ils citent notamment une dépression depuis 1986 traitée, une fibromyalgie, de l'asthme, un status post quatre accouchements dont le dernier compliqué de troubles cardiaques avec hospitalisation de deux jours aux soins intensifs et une fausse couche au premier semestre. Ils expliquent que la recourante souffre de céphalées en hémicrânie avec paresthésies de l'hémicorps gauche. Ces symptômes ouvrant un large diagnostic différentiel, ils suspectent deux étiologies, d'une part une hémicrânie paroxystique chronique, d'autre part des céphalées cervicogènes. S'agissant des malaises avec perte de connaissance, les médecins posent le diagnostic de pseudo-crises d'épilepsie. En outre, le psychiatre de la recourante, le Dr I_____, en date du 24 janvier 2007, explique qu'elle présente un syndrome douloureux chronique avec une dépression sévère récurrente et résistance. Cette pathologie existe avec une fibromyalgie et d'autres problèmes somatiques. Malgré les traitements en cours et les traitements déjà entrepris, le pronostic reste réservé. La recourante conclut à l'annulation de la décision de l'intimé et à l'octroi d'une rente entière.

12. En date du 28 février 2007, la recourante transmet au Tribunal de céans divers certificats médicaux et précise qu'elle est sous traitement continu pour un asthme allergique depuis avril 2005, affection dont il n'a pas été tenu compte dans le rapport du SMR du 22 juin 2005.

13. Dans sa réponse du 30 mars 2007, l'intimé, se référant à l'avis du Dr J_____, indique que les rapports produits par la recourante n'apportent aucun élément médical pertinent nouveau. En particulier, la consultation neuro-ophtalmologique du 6 novembre 2006 ne fait état d'aucune atteinte invalidante et ne démontre aucune aggravation de l'état de santé de la recourante; les paresthésies de l'hémicorps étaient par ailleurs déjà mentionnées dans le rapport du SMR du 18 mai 2005. Il conclut par conséquent au rejet du recours.

14. Copie de cette écriture a été transmise à la recourante et la cause gardée à juger.

## EN DROIT

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

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 11 décembre 2006 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant essentiellement à l'année 2003, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA.

5. Le litige consiste à déterminer si les atteintes à la santé que présente l'assurée entraînent une incapacité de travail ouvrant droit, le cas échéant, à des prestations de l'assurance-invalidité.

6. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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).

7. a) S'agissant de l'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a, dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des

connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

b) Le TFA a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

c) Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

d) Quant à la comorbidité psychiatrique, celle-ci n'est admise pour des états dépressifs que si ceux-ci peuvent être considérés comme une atteinte psychique indépendante des troubles somatoformes douloureux ou de la fibromyalgie, mais non pas s'ils se révèlent être, sur la base du dossier médical, des manifestations (réactives) d'accompagnement de ces troubles (ATF 130 V 352 et ATFA non publiés du 8 juin 2004, I 282/03 et I 283/03).

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (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). 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, ces données 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).

9. a) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et

l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

b) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

c) 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)

10. En l'espèce, la recourante fait valoir que son état de santé s'est détérioré depuis le dépôt de la demande, que le rapport du SMR ne tient notamment pas compte des limitations fonctionnelles retenues dans le rapport de la Dresse B_____ du 29 avril 2003 et que l'activité adaptée exigible prise en considération par l'intimé est irréaliste. L'intimé considère quant à lui que les rapports produits par la recourante en cours d'instance n'apportent aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions de l'expertise réalisée par le SMR.

11. Dans la mesure où la décision de l'intimé est fondée essentiellement sur le rapport d'examen du SMR, il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante de celui-ci.

a) Le TFA a eu l'occasion de traiter un cas où un rapport avait été rendu par la Dresse C_____. Il avait constaté que celle-ci s'était prévalue du titre de psychiatre FMH auquel elle ne pouvait prétendre dès lors que le titre de post-grade de spécialiste ne lui avait pas été délivré par la FMH car elle ne disposait pas d'un diplôme fédéral de médecine ou d'un diplôme de médecin étranger reconnu en

Suisse. Au moment de son expertise, elle ne disposait pas d'une autorisation d'exercer une activité à titre de médecin dépendant. Notre Haute Cour a considéré qu'indépendamment des compétences professionnelles propres de ce médecin, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration (ATF non publié du 31 août 2007, cause I 65/07). Aussi, la juridiction cantonale n'était-elle pas en droit de fonder son appréciation sur ce seul avis médical d'une valeur probante affaiblie.

b) Dans le cas d'espèce, la Dresse C_____ a rendu son rapport le 13 juin 2005 signé "psychiatre FMH" alors qu'elle n'en avait pas le titre et qu'elle n'était pas autorisée à travailler en tant que médecin dépendant. La situation étant similaire au cas précité, il convient d'en conclure que la valeur probante de l'appréciation faite par la Dresse C_____ est affaiblie. Reste à voir si sa force probante doit être niée en raison d'autres motifs.

c) Il y a lieu de relever que le rapport, établi en collaboration avec la Dresse D_____ à l'issue de l'examen clinique de la recourante, comporte une anamnèse détaillée et fait état de diagnostics clairs. Les médecins du SMR retiennent, comme le médecin traitant et le Dr K_____, rhumatologue, une fibromyalgie mais excluent l'existence d'une atteinte psychiatrique invalidante; le diagnostic retenu sur le plan psychique est celui de trouble de l'adaptation réaction mixte anxieuse et dépressive, lequel n'a pas de répercussion sur la capacité de travail. Au titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, les médecins du SMR retiennent un trouble de la statique rachidienne avec importante insuffisance posturale et une périarthrite de l'épaule droite et concluent à des limitations fonctionnelles suivantes : éviter la station statique prolongée debout, en flexion-torsion du tronc ou en porte-à-faux ainsi que le travail à la chaîne; le porte de charges est limité à dix kilos occasionnellement, enfin le travail avec le bras droit au-delà de 60° doit être évité. Le SMR conclut par conséquent à une capacité de travail exigible de 40% dans l'ancienne activité et de 80% dans une activité adaptée. Ses conclusions sont motivées et convaincantes.

d) Ainsi, au vu de ce qui précède, il sied de constater que le rapport d'examen du SMR remplit a priori tous les critères jurisprudentiels pour lui attribuer une pleine valeur probante nonobstant les irrégularités formelles qui l'entachent.

12. Il convient à présent d'examiner si les éléments médicaux du dossier, notamment les certificats et rapports versés à la procédure par la recourante sont de nature à remettre en cause les conclusions des médecins du SMR.

Dans leur rapport du 20 novembre 2006, les Drs E_____ et H_____, du service de neurologie, ont retenu des céphalées d'origine cervicogène dans un

contexte de canal étroit et de fibromyalgie et un diagnostic de pseudo-crises d'épilepsie mais n'ont cependant constaté aucune incapacité de travail.

Sur la plan psychiatrique, il est à relever que les psychiatres auxquels les médecins précités ont adressé la recourante n'ont pas proposé de modification du traitement antidépresseur, mais ont suggéré de valoriser la patiente afin de maintenir ses relations sociales, laissant ainsi supposer que le traitement était adéquat et que l'état de santé psychiatrique ne s'était pas aggravé mais restait au contraire stable. Seul le médecin traitant, le Dr I_____, évoque, dans son certificat du 24 janvier 2007, une dépression sévère récurrente et résistante existant avec une fibromyalgie et autres problèmes somatiques. Les certificats des 21 et 26 février 2007 de la Dresse B_____ et du Dr I_____ mentionnent que la recourante est suivie régulièrement par plusieurs spécialistes pour des affections chroniques et précisent que son état de santé est incompatible avec une activité professionnelle sans toutefois indiquer en quoi la capacité de travail est limitée. Cependant, eu égard à la jurisprudence précitée, il n'y a pas lieu d'accorder plus de poids à l'appréciation de l'incapacité de travail - qui plus est non motivée - des médecins traitants qu'aux constatations faites par les médecins spécialistes du SMR.

Enfin, il ne résulte pas du certificat du 27 février 2007 de la Dresse L_____, spécialiste FMH allergologie-immunologie clinique, que l'asthme allergique dont souffre la recourante depuis avril 2005 aurait des répercussions sur sa capacité de travail.

Ainsi, conformément aux conclusions du Dr J_____ du SMR dans son avis du 26 mars 2007, il convient de constater qu'aucun des documents médicaux produits ne démontre d'aggravation de l'état de santé de la recourante et que les symptômes polymorphes décrits par les médecins consultés s'inscrivent dans le contexte d'une fibromyalgie. Il sied par ailleurs de considérer que, comme l'ont souligné les médecins du SMR, la recourante ne présente pas une comorbidité psychiatrique grave à la fibromyalgie, mais souffre, comme le mentionnait la Dresse B_____ dans son rapport à l'OCAI du 29 avril 2003, d'un état dépressif réactionnel.

13. S'agissant des autres critères jurisprudentiels pour l'appréciation du caractère invalidant de ce genre d'affection, il est à relever que la recourante ne subit pas un retrait social, comme cela ressort du rapport du SMR non contesté sur ce point, elle est entourée de ses deux filles et voit régulièrement ses amies. Par ailleurs, il ressort du dossier que l'assurée suit le même traitement médicamenteux antidépresseur depuis décembre 2004, traitement que les psychiatres des HUG, auxquels elle avait été adressée par le service de neurologie, n'ont pas jugé nécessaire de modifier et qui doit par conséquent être considéré comme efficace. Il n'existe donc pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable d'un point de vue psychiatrique, ni d'état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, et en dépit du caractère chronique des douleurs de l'assurée, on doit considérer que la présomption du caractère non invalidant de la fibromyalgie n'est en l'espèce pas renversée et nier - d'un point de vue juridique - le caractère invalidant de sa fibromyalgie.

14. Cela étant, c'est à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail de 80%, conformément aux conclusions du SMR pour ne tenir compte que des troubles de la statique rachidienne et de la périarthrite scapulo-humérale, dans une activité adaptée, sans port de charges, sans station debout prolongée et exempte de mouvements répétitifs à la chaîne.

15. Reste à examiner la perte de gain que subit la recourante, le calcul du revenu d'invalide et par conséquent le degré d'invalidité étant également litigieux.

16. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

17. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles

d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

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.

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ci-après ESS; 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).

18. En l'occurrence, si la mise en valeur d'une capacité de travail de 80 % est possible sur le plan médical, elle l'est également sur le plan économique. En effet, lors de la décision sur opposition, la recourante était âgée de 58 ans et demi. Au regard de sa situation personnelle et professionnelle et de la durée probable d'activité jusqu'à la retraite, elle n'avait pas encore atteint la limite d'âge critique à partir de laquelle il n'y a plus de mise en valeur possible de la capacité de travail résiduelle sur le plan économique (ATF non publiés du 27 mai 2005, I 819/04 et du 9 octobre 2007, I 881/06 consid. 4).

19. Il convient encore de déterminer quelle activité est exigible de la recourante.

20. Tenir compte, au titre de revenu d'invalide, comme l'a fait l'intimé, d'un salaire d'employée de bureau alors que celui-ci n'est réalisable qu'après des mesures d'ordre professionnel qui n'ont pas été suivies par la recourante, équivaut à réduire les prestations qui lui sont dues.

21. Or, selon l'art. 21 al. 4 LPGA (voir également l'art. 7 al. 1 LAI), les prestations ne peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement que si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en

demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (arrêt du 11 janvier 2005, I 605/04 consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113; voir également les ATF non publiés du 3 octobre 2005, I 265/05 consid. 4, I 485/04, consid. 6.1 et du 13 juin 2007, I 552/2006 consid. 4).

22. En l'espèce, l'intimé a considéré que la recourante manquait de motivation pour se soumettre à des mesures de reclassement et a renoncé à les mettre sur pied au motif que leurs chances de succès étaient quasiment inexistantes. L'échec probable des mesures de réadaptation professionnelle résultait également d'autres facteurs non-médicaux tels que l'amplification des plaintes, l'âge ou le statut de victime de l'assurée.

    Toutefois, il résulte du dossier que la recourante n'a jamais été convoquée par l'intimé, en particulier par la division de réadaptation, et que le seul entretien qu'elle a eu est celui avec les médecins du SMR. S'agissant de l'attitude de la recourante, ceux-ci ont relevé que pendant l'examen clinique elle était "démonstrative et peu collaborante" alors que sur le plan psychiatrique elle était décrite comme collaborante mais pleurant sur son sort. Ils ont en outre précisé que "lors de l'entretien elle grimaçait et soupirait beaucoup" et ont conclu qu'elle présentait une fibromyalgie avec plusieurs signes de non organicité parlant en faveur d'une amplification des symptômes. C'est donc sur la base de ces seuls éléments que l'intimé a conclu que l'attitude générale de plaintes et le processus d'invalidation dans lequel l'assurée est installée depuis trois ans bloquaient tout succès des mesures de reclassement.

    Le Tribunal de céans est d'avis qu'un défaut de collaboration, de même qu'un manque de motivation ne sauraient être déduits de ces seules observations.

    Quoi qu'il en soit, l'intimé n'ayant pas procédé à la mise en demeure prévue par l'art. 21 al. 4 LPGA, il ne peut être reproché à la recourante de s'être soustraite à une mesure susceptible d'améliorer sa capacité de travail, d'autant plus que la mise en demeure est, selon la jurisprudence susmentionnée, nécessaire même si l'assurée avait manifesté son refus de participer à une mesure de réadaptation.

    En conséquence, l'intimé ne pouvait tenir compte d'un salaire d'employée de bureau pour la détermination du degré d'invalidité sans avoir au préalable invité la

recourante à se soumettre à des mesures de reclassement en l'informant des conséquences d'un manque de collaboration.

23. A défaut, le salaire avec invalidité doit être déterminé sur la base du salaire que la recourante pourrait percevoir avant d'éventuelles mesures de réadaptation, à savoir le salaire pour des activités simples et répétitives pour les femmes (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, soit 45'840 fr. par année (ESS 2002, TA1, p. 43). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes de santé de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2004, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 47'788 fr. 20. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux de l'année 2003 (1,4%; La Vie économique, 10-2004, p. 91, B10.2), on obtient un revenu annuel de 48'457 fr., soit un salaire annuel de 38'765 fr. 60 à 80%. Vu l'âge de la recourante, de ses limitations fonctionnelles et de son taux d'activité réduit, il se justifie de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 15%. Il en résulte un revenu d'invalide de 32'950 fr. 80. Comparé au salaire sans invalidité non contesté de 65'325 fr., on parvient à un degré d'invalidité de 49,55%, arrondis à 50% (ATF 130 V 121 consid. 3.2), soit un taux qui lui donne droit à une demi-rente depuis le 1er avril 2003.

24. Toutefois, selon l'art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec les art. 7 et 16 LPGA, la réadaptation a la priorité sur la rente dont l'octroi n'entre en ligne de compte que si une réadaptation suffisante est impossible. Saisie d'une demande de rente ou appelée à se prononcer à l'occasion d'une révision de celle-ci, l'administration doit donc examiner d'office, avant toute chose, la question de la réintégration de l'assuré dans le circuit économique (ATF 108 V 210, 99 V 48). A cet égard, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (art. 8 al. 1 LAI). Celles-ci comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) (art. 8 al. 3 let. b LAI).

25. Ainsi, eu égard au principe de la priorité du reclassement sur la rente et du devoir de l'assurée de faire tout ce qui est en son pouvoir pour optimiser sa capacité de gain, il convient de mettre en œuvre les mesures de réadaptation que l'intimé avait envisagées, à savoir une année de formation dans une école telle que l'Ecole Schulz, puis une aide au placement par une insertion d'une année en entreprise.

La cause doit par conséquent être renvoyée à l'intimé afin qu'il mette en œuvre les mesures d'ordre professionnel susmentionnées.

26. 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), apporte 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'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

    Un émolument de 500 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art 69 al. 1bis LAI) et une indemnité de 500 fr. allouée à la recourante à charge de l'intimé qui obtient partiellement gain de cause.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Met la recourante au bénéfice d'une demi-rente dès le 1er avril 2003.
4. Renvoie le dossier à l'intimé afin qu'il mette en œuvre des mesures de reclassement.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante un montant de 500 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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); 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 |
|---|---|
| Marie-Louise QUELOZ | Doris WANGELER |

La greffière-juriste : Catherine VERNIER

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