REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/4301/2006** **ATAS/970/2007**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## Chambre 1

## du 11 septembre 2007

En la cause

| | |
|---|---|
| Madame F_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel | recourante |
| contre | |
| OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE | intimé |

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK, Juges assesseurs**

## EN FAIT

1. Madame F_____, née le 1949, qui travaillait comme lingère à plein temps auprès de X_____, est en incapacité de travail depuis le 20 juin 2001.

2. En octobre 2001, l'assurée a été examinée par les Drs A_____ et B_____ de la consultation ambulatoire de rhumatologie de (ci-après "établissement hospitalier"). Ceux-ci ont retenu les diagnostics de cervicalgies et lombalgies chroniques, de tunnel carpien bilatéral, de syndrome dépressif réactionnel et de HTA traitée. Les cervicalgies étaient d'ordre mécanique liées à un contexte de trouble dégénératif. Le diagnostic de lombo-sciatalgies était en revanche rassurant puisqu'il n'y avait pas de signe irritatif ou déficitaire.

3. Le 1er novembre 2001, l'assurée est examinée par le médecin-conseil de la WINTERTHUR Assurances (ci-après l'assurance perte de gain), le Dr C_____, qui a posé les diagnostics de syndrome cervico-dorso-lombaire, d'état dépressif et de probable fibromyalgie justifiant une incapacité de travail totale d'une durée indéterminée.

4. L'assurée a déposé le 22 août 2002 une demande de prestations assurance invalidité pour adultes sur la base des diagnostics précités.

5. Dans son rapport à l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après l'OCAI) du 23 octobre 2002, le Dr D_____, médecin traitant de l'assuré, indiquait comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, des troubles statiques et dégénératifs de la colonne vertébrale, s'exprimant par des cervicalgies avec irradiation surtout au niveau des membres supérieurs, des acroparesthésies bilatérales principalement au niveau du membre supérieur droit, des lombosciatalgies bilatérales à gauche, des anomalies pouvant évoluer vers un syndrome du tunnel carpien bilatéral et un syndrome dépressif réactionnel modéré traité depuis 1997. Dans l'annexe au rapport, le médecin susnommé précisait que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, qu'il y avait une diminution du rendement sans possibilité d'améliorer la capacité de travail et qu'il était difficile de dire si une autre activité était envisageable. Les capacités fonctionnelles de l'assurée étaient notamment limitées à 2-3 heures par jour en position assise, à 2-3 heures par jour en position debout avec nécessité d'une alternance des positions; elle ne pouvait plus non plus tenir la position à genoux ou accroupie, porter des charges ou se baisser ainsi que faire des mouvements répétitifs et travailler en hauteur.

6. Dans le rapport détaillé du 23 décembre 2003, le Dr D_____ confirmait les diagnostics posés antérieurement et le fait que l'assurée ne pouvait plus exercer son ancienne activité d'employée de lingerie. Il précisait qu'une réadaptation professionnelle pourrait être tentée.

7. L'OCAI a ordonné un examen clinique bidisciplinaire qui a été confié à la Dresse E_____, médecine physique et rééducation, et à la Dresse F_____, psychiatre, lesquelles ont rendu leur rapport en date du 12 juillet 2004. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail retenus sont : un syndrome cervico-vertébral dans le cadre d'un trouble statique, des lésions dégénératives modérées C4 à C6 avec antérolithésies C4 grade 1 et une dysbalance musculaire, des lombalgies et lombosciatalgies gauches dans le cas d'un trouble de la statique et de discrets troubles dégénératifs L5-S1, ainsi qu'une insuffisance posturale. Des gonalgies gauches dans le cadre d'une ébauche d'arthrose rétropatellaire, un syndrome de tunnel carpien bilatéral possible et des épicondyalgies bilatérales notamment ont été considérés comme étant sans répercussion sur la capacité de travail. L'examen clinique psychiatrique n'a pas montré d'atteintes psychiatriques justifiant une incapacité de travail. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme n'a pas été retenu et le syndrome dépressif réactionnel modéré a été considéré en rémission complète. Ainsi, en l'absence de toute pathologie psychiatrique, la capacité de travail était entière sur le plan psychiatrique. Sur le plan somatique, les cervicalgies étaient expliquées par des lésions dégénératives modérées à avancées pour son âge au niveau C4 à C6. Des douleurs s'étaient ajoutées au niveau des épaules et des coudes, au niveau thoracique et lombaire qu'au niveau du genou gauche. Seules ces dernières étaient clairement de type mécanique. Le diagnostic d'une éventuelle fibromyalgie n'a pas pu être posé avec certitude (10/18 *tender points,* le membre inférieur droit est épargné et le *jump sign* n'est pas net). Des signes comportementaux étaient en revanche constatés. Les données objectives rhumatologiques ne justifiaient pas une incapacité de travail entière. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter les activités qui demandent une position prolongée de la tête en extension, en rotation et les bras au-delà de l'horizontale ainsi que la position statique debout en flexion/rotation du tronc et en porte-à-faux et la montée/descente à répétition des escaliers. Le port de charges est limité à 10 kilos. Concernant la capacité de travail exigible, elle était de 50% comme lingère, de 80% en tant que femme de ménage et de 100% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles. La diminution de la capacité remontait au 21 juin 2001. Cette date correspondait à l'aggravation brutale des problèmes cervicaux mais une activité adaptée était théoriquement possible un mois plus tard.

8. Sur la base de ce rapport, une décision de refus de rente a été rendue le 17 janvier 2005.

9. L'assurée a, en date du 8 février 2005, formé opposition et sollicité un délai pour compléter son opposition.

10. L'assurance perte de gain a également formé opposition.

11. Par courrier du 16 juin 2005, l'assurée a informé l'OCAI qu'elle suivait une thérapie chez le Dr G_____, psychiatre.

12. Par courrier du 7 septembre 2005, l'assurance perte de gain a demandé à l'OCAI de revoir sa décision de refus se fondant pour cela sur l'avis de leur médecin-conseil, le Dr C_____, qui considère que les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenues par le SMR sont incompatibles avec la profession de femme de ménage ou de lingère. Ce médecin retient les diagnostics de syndrome cervico-dorso-lombaire, d'état dépressif et de probable fibromyalgie.

13. En date du 10 octobre 2006, la recourante a adressé à l'OCAI la liste des médicaments prescrits par ses médecins traitants.

14. Statuant sur opposition, l'OCAI a, en date du 17 octobre 2006, confirmé le refus de rente tout en complétant la première décision s'agissant de la comparaison des revenus.

15. En date du 17 novembre 2006, l'assurée recourt contre la décision du 17 octobre 2006. En substance, elle relève que l'examen bidisciplinaire du SMR effectué le 28 mai 2004, sur lequel se fonde la décision de refus de rente de l'OCAI du 17 octobre 2006, n'est plus en adéquation avec sa situation médicale actuelle. En effet, la situation médicale qui prévalait alors, dont l'interprétation donnée par le SMR est du reste contestée, ne saurait être déterminante pour fixer deux ans et demi après son degré d'invalidité. Elle nie donc toute valeur probante au rapport bi-disciplinaire tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique. Elle relève que l'évolution de son état de santé ces deux dernières années démontre que la symptomatologie douloureuse s'est généralisée et aggravée nécessitant une prise en charge pour les troubles d'ordre rhumatologique par le Dr H_____. L'atteinte cervico-dorso-lombaire chronique entraîne aujourd'hui d'importantes limitations, de sorte que du point de vue physique, l'hypothétique capacité résiduelle de travail de la recourante est quasiment nulle. Par ailleurs, aux atteintes rhumatologiques et statiques - qui ont motivé à fin octobre 2006 une admission d'urgence de la recourante au service de neurologie de l'hôpital universitaire de Genève - est venu se greffer un état dépressif traité par le Dr G_____, psychiatre. La recourante conclut à l'annulation de la décision de l'OCAI et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière et, subsidiairement, que soit ordonnée une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire.

16. En date du 21 novembre 2006, la recourante transmet au Tribunal de céans des certificats médicaux établis par les Drs G_____ et H_____ les 15 et 17 novembre 2006. Il en ressort que, sur le plan somatique, la recourante présente des cervico-brachialgies à gauche, non déficitaire depuis 1992 sur une lésion dégénérative C5-C6 comprimant légèrement la racine C6 gauche et souffre d'épisodes de lombosciatalgies du côté gauche également. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic posé par le médecin traitant est un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen.

17. Par courrier du 1er mars 2007, l'OCAI indique n'avoir aucune observation à formuler et conclut au rejet du recours.

18. En date du 13 juillet 2007, le Tribunal de céans interpelle les médecins traitants de la recourante notamment quant aux conséquences des atteintes sur la capacité de travail.

19. Par courrier du 30 juillet 2007, le Dr G_____ précise que le trouble dépressif dont souffre sa patiente, constaté depuis qu'il la suit, à savoir le 22 février 2005, influence sa capacité de travail. Son trouble de l'humeur est alimenté et généré par sa souffrance physique. Il considère que sa patiente est totalement incapable de travailler depuis février 2004, non seulement dans sa profession mais dans toute activité.

20. Dans son courrier du 31 juillet 2007, le Dr H_____ indique suivre la recourante depuis juin 2006, date à laquelle il a mis en évidence une petite dysfonction intervertébrale segmentaire C5-C6 bilatérale et un syndrome vertébral lombaire marqué sur dysfonction intervertébrale segmentaire L5-S1 gauche. L'examen neurologique est normal, il n'y a pas de symptomatologie mettant en évidence un syndrome de tunnel carpien. Le syndrome vertébral a rapidement cédé sous traitement de Prednisone per os. Le 26 septembre 2006, elle souffrait de lombalgies gauches qu'une infiltration de l'articulaire L5-S1 a permis d'améliorer. En revanche les cervicalgies aigues dont elle souffrait également se sont péjorées. Une IRM du 23 octobre 2006 montrait une péjoration de la discopathie C5-C6 avec une protusion provoquant une compression intra-foraminale de la racine C6 gauche. Le 1er novembre 2006, une infiltration a permis de faire disparaître la brachialgie gauche mais non le syndrome cervical important. Le programme de rééducation posturale et gymnastique prévu par ce médecin ne put débuter en raison des troubles neurologiques qui avaient justifié son hospitalisation en novembre 2006. Il l'a revue une dernière fois le 23 mai 2007 pour récidive de brachialgie bilatérale associée à un syndrome vertébral lombaire aigu gauche sur dysfonction intervertébrale segmentaire L5-S1 gauche. Il n'a jamais eu à remplir de certificats d'arrêt de travail lesquels étaient établis par son médecin traitant ou les "établissement hospitalier", mais il est évident que sa patiente ne pouvait avoir une capacité de travail normale. "Sa capacité de travail était de 0% dans une activité professionnelle telle que dans un bureau et dans une activité professionnelle légère telle que du secrétariat elle aurait été au maximum de 50% entre les épisodes aigus".

21. Les courriers ont été communiqués aux parties 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).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 17 janvier 2005 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2001, le présent litige sera examiné à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). 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).

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

4. a) Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

   b) Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être

exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

5. 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. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, 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).

6. Pour pouvoir se déterminer sur le droit à des prestations, l'administration (ou le juge en cas de 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).

   En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, 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).

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).

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).

Enfin, en ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

7. La recourante se plaint du fait que la décision de l'intimée se fonde sur un rapport du SMR datant de mai 2004, soit de plus de deux ans, qui ne serait plus en adéquation avec sa situation actuelle. Elle conteste en outre les conclusions dudit rapport et par conséquent sa valeur probante.

8. 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.

   Les Dresses F_____ et E_____ ont procédé à un examen clinique de la recourante. Leur rapport comporte une anamnèse détaillée, le diagnostic posé est clair et les conclusions motivées. Dans l'appréciation consensuelle du cas, elles expliquent pourquoi les diagnostics et conclusions du rapport du Dr NISSIOTIS du 23 octobre 2002 ne peuvent être retenus ; elles relèvent en particulier que l'examen clinique psychiatrique n'a pas permis de mettre en évidence une relation de causalité entre les constatations cliniques objectives et l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant qui a objectivé un état dépressif réactionnel d'intensité moyenne. Les médecins du SMR exposent en outre les raisons pour lesquelles elles ne retiennent pas le syndrome douloureux somatoforme et ajoutent que le diagnostic de fibromyalgie n'a pas pu être posé avec certitude. Enfin, elles considèrent que les atteintes rhumatologiques objectivées ne justifient pas une incapacité de travail entière et que, compte tenu des limitations fonctionnelles constatées, la capacité de travail est de 50% dans une activité de lingère, de 80% comme femme de ménage et de 100% dans toute activité adaptée.

   Force est de constater qu'a priori le rapport d'examen du SMR remplit tous les critères jurisprudentiels pour lui attribuer une pleine valeur probante. Reste à examiner si les éléments 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.

9. Compte tenu de l'ancienneté du rapport du SMR, se pose la question de savoir si celui-ci était encore en adéquation avec la situation médicale de la recourante au moment de la décision litigieuse ou s'il y a eu, comme elle l'affirme, une dégradation de son état de santé remettant en cause les conclusions du rapport fondant la décision de refus de rente.

   A cet égard, il convient de rappeler que la décision de l'OCAI date du 17 janvier 2005 et que c'est par conséquent sur l'état de santé à cette période qu'il faut se fonder, étant précisé qu'il peut être tenu compte des changements intervenus jusqu'à la date de la décision sur opposition, soit jusqu'au 17 octobre 2006, mais qu'il n'y a pas lieu d'entrer en matière, dans le cadre de la présente procédure, sur une aggravation postérieure.

   Du rapport du Dr H_____ du 31 juillet 2007, établi à la demande du Tribunal de céans, il résulte que, sur le plan rhumatologique, la symptomatologie lombaire a pu être améliorée contrairement aux cervicalgies qui se sont elles péjorées. Cette aggravation semble avoir été mise en évidence lors d'une IRM pratiquée le 23 octobre 2006 mais il n'est pas allégué qu'elle aurait engendré une incapacité de travail. A la question de l'incidence des atteintes à la santé sur la

capacité de travail, le médecin interpellé répond qu'en raison des nombreux épisodes cervicaux et lombaires, sa patiente ne pouvait avoir une capacité de travail normale. Il précise à cet égard que "durant cette période, la capacité de travail était de 0% dans une activité professionnelle telle que dans un bureau et dans une activité professionnelle légère telle que du secrétariat elle aurait été au maximum de 50% entre les épisodes aigus". Il ne peut toutefois être déduit de ce rapport que l'état de santé de la recourante se serait péjoré depuis l'examen pratiqué par le SMR avec des conséquences sur sa capacité de travail. Ce rapport, qui est par ailleurs incompréhensible s'agissant des activités exigibles, n'est par conséquent pas susceptible de mettre en doute les conclusions de l'examen fait par les médecins du SMR en 2004 quant aux limitations fonctionnelles constatées et décrites dans leur rapport.

S'agissant des troubles psychiatriques que le médecin psychiatre traitant a qualifiés de "trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen", il convient de relever que ce médecin considère que les troubles de l'humeur dont souffre sa patiente sont alimentés et générés en grande partie par la souffrance physique. Selon lui, sa patiente est, compte tenu de son bagage intellectuel et cognitif, incapable de travailler non seulement dans sa profession habituelle mais dans toute activité depuis février 2004. On relèvera à cet égard que ce médecin suit la recourante depuis le 22 février 2005 et qu'il est douteux qu'il puisse attester d'une incapacité de travail une année plus tôt.

Il apparaît ainsi que le trouble dépressif est réactionnel aux atteintes somatiques dont souffre la recourante et que l'incapacité de travail alléguée par le Dr G_____ est liée à des causes étrangères à l'état de santé proprement dit de celle-ci. Il y a lieu de considérer en conséquence que l'avis médical du médecin psychiatre ne saurait remettre en question les conclusions du SMR quant à l'absence d'atteinte psychiatrique invalidante.

En outre, il convient de rappeler que, conformément à la jurisprudence précitée, les avis des médecins traitants ont moins de poids que ceux de médecins spécialistes.

Force est dès lors de constater qu'aucun élément du dossier ne permet de remettre en cause la valeur probante du rapport du SMR et que la décision de refus de rente fondée sur celui-ci est justifiée.

Le Tribunal de céans relève en revanche, que la recourante peut demander une aide au placement, conformément à l'art. 18 al. 1 LAI, en sa nouvelle teneur en vigueur au 1er janvier 2004, dont il convient de rappeler que la nouvelle formulation a étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement (SVR 2006 IV Nr. 45 consid. 4.2 p. 164 [I 427/05]; ATF non publié du 22 septembre 2005, I 54/05).

10. Mal fondé, le recours doit être 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); 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