

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4393/2007

ATAS/1506/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 30 novembre 2009**

En la cause

Madame C\_\_\_\_\_, domiciliée à AÏRE, comparant avec élection  
de domicile en l'étude de Maître LUTZ Olivier

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame C \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1953, divorcée et mère de trois enfants, a exercé la profession de repasseuse de 1992 à janvier 2005. Employée par l'entreprise X \_\_\_\_\_, elle travaillait 40h./sem. pour un salaire horaire de 15 fr.; en 2004, son revenu s'est élevé à 28'279 fr. 85 (pièce 8 OCAI).
2. Le 21 novembre 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant un diabète, de l'asthme, de l'hypertension, une hypothyroïdie et une arthrose du genou.
3. Le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a établi un bref rapport médical en date du 11 février 2005. Il y fait état d'une arthrose tricompartmentale assez importante chez une malade en surpoids. Il relate que le radiologue décrit une lésion du ménisque de la corne postérieure interne au grade II, c'est-à-dire à un stade où il n'y a pas lieu de prendre des mesures chirurgicales. Le médecin souligne que l'obésité ne facilite pas l'usage du genou et que seule une perte de poids pourrait améliorer la situation. Il émet enfin l'avis que la patiente est beaucoup trop jeune pour envisager une prothèse du genou (pièce 3 OCAI).
4. Du rapport d'expertise rédigé le 26 mai 2005 par le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et expert auprès de WINTERTHUR ASSURANCES, il ressort que l'assurée souffrait de douleurs importantes avec lâchage, de difficultés à la marche et dans les escaliers et qu'elle avait également du mal à rester longtemps debout. Elle avait déjà subi une intervention au niveau du genou droit trois ans plus tôt.

L'expert a retenu les diagnostics suivants : gonarthrose gauche tricompartmentale avec chondropathie sévère et lésion de la corne postérieure du ménisque interne (grade II), status post-intervention du genou droit trois ans après trois ans, orteils arthrosiques en marteau (intervention chirurgicale prévue le 23 septembre 2005), diabète de type II, obésité, hypercholestérolémie, hypertension artérielle, asthme et hypothyroïdie.

Le Dr M \_\_\_\_\_ a conclu à une incapacité de travail totale, l'assurée ne pouvant ni rester debout de manière prolongée, ni marcher. Il a suggéré que l'indication de la pose d'une prothèse du genou soit rediscutée, éventuellement avec les orthopédistes de l'hôpital cantonal. Il a également préconisé une démarche auprès de l'assurance-invalidité, en précisant qu'il faudrait toutefois envisager la possibilité d'une activité professionnelle dans un poste adapté ou plus léger.

Le médecin a préconisé une réévaluation trois mois plus tard et précisé que si une intervention chirurgicale avec prothèse du genou était envisagée, la reprise d'une activité dans un poste adapté serait alors probablement possible (pièce 3 OCAI).

- 
5. Le Dr N\_\_\_\_\_, médecin traitant généraliste, a indiqué en date du 21 janvier 2006 l'assurée pesait 93 kilos pour une taille de 153 centimètres et que son état s'aggravait. Selon son médecin, l'assurée ne pouvait plus exercer ni son ancienne activité, ni aucune autre.
  6. Dans un rapport ultérieur rédigé le 1<sup>er</sup> février 2006, le Dr N\_\_\_\_\_ a posé les mêmes diagnostics que le Dr M\_\_\_\_\_ avec la précision que la gonarthrose était bilatérale, qu'elle avait été opérée à droite en 2002 et qu'elle était très invalidante à gauche depuis janvier 2005. Il a relaté que l'assurée se plaignait de douleurs au genou gauche, de difficultés à la marche et de l'impossibilité de rester debout longtemps. Le médecin a attesté d'une incapacité totale de travail à compter du 22 janvier 2005. Il a préconisé d'éviter l'exposition au froid et à l'humidité, les positions statiques, les flexions répétées, les montées d'escaliers et le port de charges (pièce 9 OCAI).
  7. Dans un bref avis daté du 22 août 2006, la Dresse O\_\_\_\_\_, du Service médical régional AI (SMR), a préconisé un examen orthopédique.
  8. L'assurée a été reçue le 22 mars 2007 par le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin auprès du SMR. Ce dernier, dans son rapport a retenu les diagnostics de gonarthrose primaire bilatérale prédominante au niveau des compartiments fémoraux-patellaires et fémoraux-tibiales internes (M 17.10) et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite (M 75.1). Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une obésité avec BMI à 37, une hypertension artérielle traitée, une hypercholestérolémie traitée, une hypothyroïdie traitée, un asthme bronchial, un hallux valgus bilatéral asymptomatique et un status après cure chirurgicale du deuxième orteil en marteau.

Le médecin a relevé que la symptomatologie de la gonarthrose bilatérale prédominait désormais à gauche et que les multiples traitements conservateurs instaurés n'avaient pas permis de soulager de façon satisfaisante la symptomatologie douloureuse. La patiente était dans l'attente d'une arthroplastie totale du genou gauche. L'assurée se plaignait également de quelques douleurs au niveau de l'épaule droite et l'examen clinique permettait de supposer une lésion du tendon du sus-épineux avec probable rupture.

Concernant la capacité de travail de l'assurée dans l'activité de repasseuse – laquelle s'exerce debout et implique le port de charges – le Dr P\_\_\_\_\_ a confirmé qu'elle était nulle depuis janvier 2005. En revanche, il a estimé que, dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles de l'assurée, c'est-à-dire s'effectuant de façon sédentaire ou semi-sédentaire, principalement en position assise, se limitant à de courts déplacements à plat, permettant d'éviter le port de charges supérieures à 10 kilos, les mouvements au-delà de l'horizontale, les

agenouillements et les montées et descentes d'escaliers, la capacité de travail avait toujours été entière.

Le médecin a précisé qu'un arrêt de travail complet de trois mois serait prochainement nécessaire pour la mise en place de la prothèse (pièce 45 OCAI).

9. Dès lors, l'OCAI s'est livré à une évaluation théorique du degré d'invalidité de l'assurée. Pour ce faire, il a procédé à la comparaison de son revenu annuel avant invalidité, soit 31'200 fr., avec celui qu'elle aurait pu réaliser en 2006 en exerçant une activité simple, en tenant compte d'une réduction de 15%, soit 41'691 fr. (ESS 2004 TA1 : 3'893 fr. par mois en 2004 pour un horaire de 40 h./sem. = 4'049 fr. par mois en 2004 pour un horaire de 41,6 h./sem. = 48'585 fr. en 2004 = 49'048 fr. en 2006).
10. Le 26 juin 2007, l'OCAI a donc adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.
11. Par courrier du 19 juillet 2007, l'assurée s'est opposée à ce projet en se référant aux différents certificats médicaux et rapports de ses médecins. Elle a allégué qu'il lui serait très difficile de trouver un emploi qui soit en adéquation avec ses problèmes aux bras et aux jambes et qu'elle souffrait terriblement à chaque fois qu'elle restait en position debout. Elle a ajouté que son asthme lui interdisait les lieux fermés. Enfin, elle précisait qu'étant de langue maternelle portugaise, elle était dans l'incapacité d'écrire en français. En définitive, elle affirmait ne pas vouloir passer ses journées à la maison et sollicitait l'aide de l'OCAI pour trouver un emploi en adéquation avec ses problèmes physiques.
12. Par décision formelle non datée, l'OCAI a refusé à l'assurée toute mesure professionnelle de reclassement et toute prestation de l'assurance-invalidité, au motif qu'il n'y avait pas d'invalidité. Il a toutefois précisé qu'au vu de l'atteinte à la santé et des limitations de l'assurée dans son activité habituelle, il pourrait étudier, sur demande écrite et motivée de sa part, la possibilité de mettre en œuvre une aide au placement.
13. Par courrier du 13 novembre 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle allègue que l'OCAI minimise les atteintes dont elle souffre et conclut à ce que lui soit octroyée une rente entière.
14. Interrogé par le Tribunal de céans, l'OCAI a indiqué par courrier du 19 novembre 2007 que sa décision avait été rendue en date du 11 octobre 2007 et adressée à l'assurée sous pli simple.
15. Par courrier du 18 décembre 2007, Me LUTZ s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assurée et a complété le recours de cette dernière en concluant à l'octroi d'une rente entière à compter du 25 novembre 2005.

L'assurée relève que le médecin du SMR n'a pas fait mention de ses douleurs dorsales et produit un courrier du Dr Q\_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui confirme qu'elle souffre d'hypothyroïdie substituée depuis 2000, d'hypertension artérielle, de diabète de type II non insulino-dépendant, d'obésité, d'hypercholestérolémie, de lombalgies chroniques, d'asthme bronchique depuis 2001, de céphalées frontales chroniques, de tendinopathie du sus-épineux avec probable déchirure et d'hallus valgus. Le médecin précise que, selon lui, les troubles invalidants sont la tendinopathie du sus-épineux du bras droit, les gonarthroses des genoux, les lombalgies chroniques et les céphalées frontales chroniques. Il souligne qu'il est impossible à sa patiente de porter des charges avec le membre supérieur droit et de s'accroupir et que lorsqu'elle souffre de céphalées, elle ne supporte pas les stimulations auditives et visuelles. Il annonce qu'un bilan radiologique du rachis dorso-lombaire sera organisé au début de l'année 2008. Le médecin ajoute qu'une activité prolongée s'effectuant en position assise semble peu recommandée chez une patiente présentant des lombalgies chroniques et émet l'avis que l'exercice d'une activité n'est pas possible au vu de l'état de santé de sa patiente, sauf adaptation ergonomique personnalisée de son poste de travail et de ses horaires.

16. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 30 janvier 2008, a conclu au rejet du recours. Il relève que jusque là, il n'avait nulle part été fait mention de lombalgies dans le dossier de l'assurée, ni dans les rapports du Dr N\_\_\_\_\_ des 28 janvier et 1er février 2006 ni dans les rapports d'expertise destinés à l'assurance perte de gain, alors même que le rapport d'examen orthopédique a été transmis le 22 juin 2007 au Dr Q\_\_\_\_\_, dont il souligne qu'il n'a alors fait aucun commentaire. L'intimé relève encore que le Dr Q\_\_\_\_\_ a certes conclu à une incapacité totale de sa patiente, mais uniquement en raison de la limitation fonctionnelle de son membre supérieur droit et non des lombalgies chroniques. Il n'a pas ailleurs ni motivé les résultats auxquels il a abouti, ni décrit les activités qui restent accessibles à sa patiente, pas plus qu'il n'a apporté d'informations médicales nouvelles.
17. Par écriture du 20 février 2008, la recourante a répondu que si les lombalgies n'avaient pas été mentionnées par le Dr M\_\_\_\_\_ en 2005 dans son rapport à l'intention de l'assurance perte de gain, c'est parce que lesdites lombalgies n'étaient alors pas suffisamment invalidantes.
18. Le 9 juillet 2008, la recourante a produit un rapport établi le 27 juin 2008 par le Dr R\_\_\_\_\_, rhumatologue, à l'attention de son médecin traitant. Il en ressort que l'examen neurologique est normal, que les radiographies de la colonne lombaire pratiquées en mai 2006 montrent quelques troubles dégénératifs avec un pincement postérieur L5-S1, et le scanner lombaire des lésions dégénératives sans hernie discale ni compression radiculaire.

19. Par écriture du 14 août 2008, l'intimé, après avoir soumis cette pièce à son service médical, a persisté dans ses conclusions au motif que si les lombalgies entraînent certes des limitations fonctionnelles supplémentaires, la capacité de travail de l'assurée n'en est pas diminuée pour autant.
20. Entendu par le Tribunal de céans en date du 4 décembre 2008, le Dr R\_\_\_\_\_ a indiqué avoir vu la patiente à trois occasions entre mai et juin 2008 pour ses lombalgies et avoir posé le diagnostic de lombalgies mécaniques chroniques sur problèmes d'arthrose modérée, atteintes qui ont pour conséquences les limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port de lourdes charges et les mouvements répétitifs de la colonne dorsale et lombaire. En revanche, le rhumatologue a précisé que le fait de travailler en position assise n'était pas contre-indiqué à condition que l'assurée puisse se lever de temps en temps. Le Dr R\_\_\_\_\_ a qualifiée les limitations retenues par le Dr P\_\_\_\_\_ de « raisonnables ». Il y a ajouté le fait d'éviter les positions en porte-à-faux.
21. Entendu à son tour en date du 15 janvier 2009, le Dr Q\_\_\_\_\_ a précisé qu'il suit la recourante depuis octobre 2006. Après avoir confirmé ses diagnostics, il a admis que l'examen n'avait pas mis en évidence de limitation particulièrement importantes et que l'examen neurologique n'avait montré ni atteinte ni faiblesse ; il avait en revanche constaté des contractures para-vertébrales, lesquelles ne permettent cependant pas de tirer de conclusions au plan diagnostic ; elles sont simplement la manifestation de douleurs. Le témoin a indiqué que c'étaient surtout les plaintes de la patiente qui avaient été importantes, particulièrement fin 2007-début 2008.

Soulignant qu'il n'est pas orthopédiste, le témoin s'est déclaré incapable d'indiquer avec précision quelles sont les limitations de sa patiente. Il a ajouté qu'en revanche, il avait constaté personnellement qu'aucune position particulière ne semblait soulager ses douleurs puisqu'elle doit fréquemment changer de position, ce qui corrobore ses plaintes et explique l'avis selon lequel elle ne pourrait sans doute pas conserver la position assise longtemps.

Selon le médecin, le nombre de consultations motivées par les maux de dos a augmenté depuis la fin de l'année 2007 mais il n'a pu constater objectivement d'aggravation puisqu'il n'y a ni déficit neurologique, ni faiblesse. Le traitement a consisté et consiste toujours en l'administration d'anti-douleurs, anti-inflammatoires et myorelaxants, se conjuguant avec des séances de physiothérapie. Interrogé sur la question de savoir si ces médicaments pouvaient avoir des effets secondaires, le témoin a indiqué que les myorelaxants pouvaient induire une somnolence, mais il a précisé que la patiente n'en avait pris que sur une période limitée.

Le témoin a également ajouté aux diagnostics déjà évoqués celui d'état dépressif de longue durée, avec des épisodes de gravité moyenne, particulièrement en 2007 et 2008. Il a reconnu n'avoir jamais mentionné ce diagnostic dans ses rapports et expliqué que c'est parce qu'il avait d'abord considéré qu'il s'agissait plutôt d'une déprime de type réactionnel, mais être désormais inquiet de constater que cet état perdure, d'autant qu'aux pleurs de la recourante s'ajoutent une perte d'énergie, des troubles du sommeil et une prise de poids dans certaines circonstances.

22. Entendu le même jour, le Dr P\_\_\_\_\_ a confirmé la teneur du rapport rendu en mars 2007, expliquant qu'il était toutefois apparu par la suite que le problème des lombalgies de l'assurée n'avait pas été évoqué, raison pour laquelle des limitations fonctionnelles supplémentaires ont été ajoutées par la suite : le fait de devoir éviter la position penchée en avant ou en porte-à-faux et de pouvoir alterner à sa guise les positions assise et debout. Le témoin a suggéré que les activités de téléphoniste ou de réceptionniste, par exemple, pourraient remplir ces critères, sans qu'il faille ajouter une diminution de rendement. Le témoin a précisé que ce type de lésion se retrouve fréquemment chez les personnes âgées de la cinquantaine.

Le témoin a précisé que la douleur étant difficile à quantifier, il se base, pour déterminer le caractère invalidant de lombalgies, sur les dégâts objectivement constatés, lesquels consistent, chez l'assurée, en une petite arthrose postérieure.

Le Dr P\_\_\_\_\_ a souligné que bien que la consultation ait été relativement longue (1h30-2h00), la recourante n'avait pas évoqué de douleurs lombaires. Qui plus est, l'examen avait montré une distance doigts-sol de 6 cm, ce qui, chez une personne en surpoids, est bien. Il s'est dès lors étonné que, dans le cadre de l'examen, qui implique des rotations, flexions, exercices de mobilisation du rachis, qui auraient dû exacerber les douleurs lombaires, la patiente ne s'en soit pas plainte.

Enfin, le médecin a indiqué ne pas s'être penché sur l'état psychique de la patiente puisque cela ne relève pas de sa spécialité. Elle lui a toutefois indiqué ne pas prendre d'antidépresseur et n'a pas non plus émis de plaintes sur ce plan.

23. Dans ses écritures après enquêtes du 5 février 2009, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle allègue que l'aggravation de ses douleurs est postérieure à l'examen du Dr P\_\_\_\_\_, que le Dr R\_\_\_\_\_ a reconnu que la position assise pourrait exacerber ses lombalgies. Elle soutient que les activités de réceptionniste ou téléphoniste évoquées par le Dr P\_\_\_\_\_ ne lui permettraient pas d'alterner les positions et requiert la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire pour déterminer sa capacité de travail de manière précise.
24. Quant à l'intimé, il a également persisté dans ses conclusions. Il souligne que le Dr R\_\_\_\_\_ a lui aussi qualifié l'arthrose dont souffre la recourante de « très modérée », que le médecin traitant n'a quant à lui pu objectiver de limitations

particulièrement importantes et que le marché du travail offre suffisamment d'activités adaptées aux limitations retenues et accessibles sans formation.

### **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. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé de la recourante entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité
5. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 et les références).

c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni

l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

e) 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).

6. La recourante fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de sa capacité de travail sur le rapport du Dr P\_\_\_\_\_, médecin du SMR, auquel elle reproche de n'avoir pas pris en compte les lombalgies dont elle souffre.

Force est cependant de constater que les limitations finalement retenues par le Dr P\_\_\_\_\_ - qui les a complétées après avoir eu connaissances des lombalgies

que la recourante n'avait étonnamment pas cru bon d'évoquer lors de sa consultation, ainsi que du rapport du rhumatologue – ont été corroborées par le Dr R\_\_\_\_\_ lors de son audition. Pour mémoire, le médecin du SMR a décrit comme activité adaptée celle qui s'exercerait principalement en position assise, permettrait d'éviter le port de charges supérieures à 10 kilos, les mouvements au-delà de l'horizontale, les agenouillements et les montées et descentes d'escaliers, ainsi que la position penchée en avant ou en porte-à-faux.

Quant au fait que les observations objectives montrent des atteintes modérées – le Dr P\_\_\_\_\_ a évoqué une petite arthrose postérieure – il a également été confirmé par le Dr R\_\_\_\_\_, ainsi que par le médecin traitant. Ce dernier a reconnu n'avoir pu constater objectivement ni déficit neurologique, ni faiblesse et a admis au surplus n'avoir pu mettre en évidence de limitations particulièrement importantes. Il ressort de ses propos qu'en définitive, il s'est surtout basé sur les plaintes de sa patiente. Quant à l'affirmation selon laquelle une activité s'exerçant en position assise serait contre-indiquée, elle a été infirmée par le Dr R\_\_\_\_\_ – dont il convient de rappeler qu'il est spécialiste en la matière, au contraire du médecin traitant – qui a précisé qu'à condition que l'assurée puisse se lever de temps en temps, une position assise n'était pas problématique.

Enfin, l'état dépressif évoqué pour la première fois par le médecin traitant lors de son audition n'a jamais été mentionné dans aucun rapport médical et n'est d'ailleurs pas suffisamment étayé. Dans la mesure où la recourante n'est pas suivie sur le plan psychique, qu'elle ne prend aucune médication, que le diagnostic n'a jamais été mentionné précédemment à la décision litigieuse, que la recourante n'a émis de plaintes à cet égard ni lors de l'examen du SMR ni même dans ses écritures et qu'enfin, le médecin traitant a reconnu n'en avoir pas fait état parce que lui-même avait considéré qu'il s'agissait d'une simple déprime, il n'y a pas lieu de se livrer à des investigations complémentaires sur ce plan. En effet, même s'il devait s'avérer qu'une atteinte psychique se soit développée, il est manifeste que cela ne pourrait être que postérieur à la décision litigieuse.

Il ressort des considérations qui précèdent qu'une expertise supplémentaire telle que réclamée par la recourante ne se justifie pas puisque les atteintes à la santé ont été clairement identifiées, qu'elles ne sont pas contestées et qu'en définitive, le seul point divergent entre le médecin traitant et le médecin du SMR porte sur l'évaluation de l'incidence de ces atteintes sur la capacité de travail de la recourante. Il y a lieu de rappeler à cet égard qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été

ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Tel n'est pas le cas en l'occurrence.

On retiendra donc que, sur le plan somatique, la recourante dispose, dans une activité adaptée, d'une capacité de travail entière.

7. Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OCAI.

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'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 (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, le revenu avant invalidité a été fixé à 31'200 fr. et n'est pas contesté.

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). Ainsi que cela a été dit supra, l'assurée pourrait exercer à plein temps une activité adaptée. Elle n'a par ailleurs pas de formation spécifique. 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, sédentaires, permettant l'alternance des positions, n'exigeant ni port de charges lourdes, ni travail en porte-à-faux ou bras levés et pouvant être occupés sans difficulté particulière par une personne atteinte d'une affection de l'épaule. Le revenu de 49'048 fr. retenu par l'intimé est correct. Il y a donc lieu de se référer à ses considérations sur ce point. Quant à la réduction de 15% opérée, elle apparaît suffisante pour tenir compte de l'âge de l'assurée et du fait que seules des activités légères sont désormais envisageables. Quoiqu'il en soit, même en appliquant la réduction maximale de 25%, on obtiendrait un revenu d'invalidité de 36'786 fr.

En l'absence de perte de gain, c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, étant rappelé que l'intimé lui a précisé qu'il pourrait malgré tout envisager une aide au placement si l'intéressée en fait la demande motivée.

**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

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