RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/670/2006 **ATAS/1028/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 21 novembre 2006

En la cause

Madame E_____, domiciliée à THÔNEX GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LORENZI Valérie	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à GENÈVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Maya CRAMER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame E_____, née le 1960, séparée et mère de quatre enfants, a travaillé en tant que laborantine auprès des (ci-après: "établissement hospitalier") de 1984 à 1996. Inscrite à l'assurance-chômage depuis le mois d'août 1996, elle a bénéfice d'une allocation de retour en emploi dès le 30 juillet 1999. Dans ce cadre, elle a travaillé, pour la dernière fois, en tant que laborantine auprès d'une permanence médico-chirurgicale jusqu'au 31 décembre 1999.

2. Le 17 juin 2002, l'assurée a présenté une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après: l'OCAI). Elle a déclaré que sa capacité de travail était nulle, pour cause de maladie, depuis le mois de novembre 2000. Elle a aussi précisé que ses deux enfants cadets, issus de son second mariage et encore mineurs, vivaient avec leur père, dont elle était séparée.

3. Dans un rapport daté du 30 juillet 2002, le Dr A_____, généraliste, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics d'arthrose à l'épaule droite (depuis octobre 2000) et de lombalgies (depuis 1989), l'assurée ayant été victime d'un accident de voiture en 1989. S'agissant de l'anamnèse, il a exposé que sa patiente ne souffrait pas d'une maladie particulière mais avait une grande difficulté à vivre avec quatre enfants : deux sont majeurs et les deux cadets ont été confiés au père. Les douleurs du membre supérieur droit l'empêchaient de travailler dans le métier de laborantine. Cette activité n'était plus exigible, des mesures médicales et professionnelles étant indiquées. En revanche, l'assurée possédait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, notamment en tant qu'employée de bureau, téléphoniste ou réceptionniste.

4. Dans son rapport intermédiaire du 8 octobre 2003, le Dr A_____ a précisé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et qu'il était très pessimiste quant à une reprise du travail. Une opération était envisagée pour enlever la calcification du tendon du sus-épineux.

5. En date du 6 février 2004, l'assurée a subi l'ablation par arthroscopie d'une calcification du sus-épineux de l'épaule droite. Dans leur résumé de l'observation du 11 février 2004, les Drs B_____ et C_____, du service de chirurgie orthopédique des "établissement hospitalier", ont indiqué que l'assurée se plaignait de douleurs à l'épaule droite depuis trois ans et qu'elle souffrait d'une tendinite calcifiante du sus-épineux réfractaire à tout traitement, justifiant l'intervention.

6. Invité par l'OCAI à compléter son appréciation médicale, le Dr A_____ a indiqué, par télécopie du 13 mai 2004, que l'opération avait permis une

amélioration remarquable des douleurs à l'épaule, tout en précisant que le rapport opératoire n'était pas en sa possession. Il joignait à son courrier toute une série de documents médicaux, à savoir un rapport radiologique du 26 novembre 2002 mentionnant l'existence d'une enthésopathie du tendon du muscle sus-épineux et une sclérose du trochiter, un courrier du 1er avril 2003 des Drs D_____ et E_____, du Département de chirurgie des "établissement hospitalier", exposant que l'assurée souffrait d'une tendinopathie calcifiante touchant électivement le sus-épineux, sans signe de rupture tendineuse, un rapport du 14 mai 2003 du Dr. F_____, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales, constatant la présence d'une tendinopathie du long chef du biceps (LCB), d'une douleur de l'articulation acromio-claviculaire ainsi que des calcifications du sus-épineux droit et, enfin, un courrier daté du 17 septembre 2003 du Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, faisant état d'une tendinite calcifiante du sus-épineux qui résistait aux traitements (physiothérapie, infiltrations et ondes de choc).

7. L'OCAI a sollicité l'avis du Service médical régional AI (ci-après: SMR) en date du 17 mai 2004, afin de savoir quelles étaient les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assurée. Dans son avis du 15 juin 2004, le Dr. H_____, du SMR, a exposé que l'assurée souffrait de tendinopathie calcifiante de l'épaule droite, améliorée après opération, puis rechute depuis environ avril 2002 (recte: 2004), d'un impingement syndrome stade II et de discopathies lombaires basses. Elle était sous traitement anti-dépresseur et elle avait recouru à un important tourisme médical chez les rhumatologues et orthopédistes de Genève. Un examen bidisciplinaire au SMR, orthopédique et psychiatrique, était préconisé.

8. L'assurée a été examinée, en date du 27 septembre 2004, par le Dr I_____, spécialiste FMH en orthopédie, et par la Dresse. J_____, spécialiste FMH en psychiatrie, tous deux médecins pour le compte du SMR. Dans leur rapport du 4 octobre 2004, les Drs I_____ et J_____ ont posé les diagnostics de lombosciatalgies irritatives à droite sur hernie discale L5-S1 et dysbalance musculaire (M54.4), ainsi que de douleurs et légère raideur de l'épaule droite après tendinite calcifiante du tendon du sus-épineux (M75.3). L'assurée présentait aussi une obésité importante (BMI 33). Aucune plainte n'était formulée sur le plan psychiatrique et le status psychiatrique était dans les limites de la norme. Il s'agissait d'une femme soignée, souriante et collaborante, orientée aux trois modes. Aucun trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention n'avait été mis en évidence. Elle ne présentait pas de trouble anxieux, dépressif, ou de la personnalité, ni de symptômes de la lignée psychotique. La symptomatologie anxiodépressive réactionnelle à la séparation avec son mari avait suivi une évolution favorable, l'assurée ayant d'ailleurs arrêté le traitement antidépresseur qui lui avait été prescrit en 2001. Il n'y avait du reste pas de surconsommation médicale. Les médecins du SMR étaient d'avis que sur

le plan somatique, l'assurée présentait des limitations fonctionnelles. En tenant compte des lombosciatalgies irritatives, l'assurée ne devait pas porter de charges lourdes d'un poids supérieur à 10kg, et le travail devait être essentiellement assis, mais avec la possibilité de changer de position. S'agissant de l'épaule droite, depuis que la calcification du tendon du sus-épineux avait été réséquée, l'évolution était favorable, dès lors que l'assurée ne présentait pas de rupture de la coiffe des rotateurs. Elle devait toutefois éviter les travaux en hauteur, avec le bras plus que l'horizontale et aussi le port d'objets lourds. Aucune maladie psychiatrique n'était en revanche constatée. En substance, l'assurée possédait une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de laborantine, de même que dans une autre activité adaptée, qui tenait compte des limitations fonctionnelles somatiques.

9. En date du 23 novembre 2004, l'OCAI de Neuchâtel, à qui le dossier a été transmis pour la suite de l'instruction, s'est renseigné auprès de l'assurée au sujet d'une éventuelle modification de son état de santé. L'assurée a répondu que son état de santé s'était aggravé depuis l'examen par les médecins du SMR. En particulier, les douleurs à l'épaule étaient devenues insupportables.

10. Interpellé au sujet d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée, le Dr K_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a exposé dans son rapport du 25 janvier 2005, que sa patiente souffrait d'une tendinite calcifiante du sus-épineux droit depuis 2000. L'opération du 6 février 2004 avait permis d'améliorer nettement les symptômes. Toutefois, des douleurs très fortes étaient réapparues le 6 octobre 2004. Les investigations avaient mis en évidence une récidive de la tendinite calcifiante avec une très probable bursite sous acromiale. Une infiltration sous échographie avait été faite sans grande amélioration. De l'avis du Dr K_____, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé et il ne voyait pas quelles professions pouvaient être envisagées. Les douleurs à l'épaule droite empêchaient tout port de charge, tous mouvements d'élévation et de rotation de cette épaule. Par ailleurs, la patiente avait de la peine à écrire et à prendre des objets. S'agissant des capacités fonctionnelles, le Dr K_____ relevait que l'assurée pouvait rester en position assise, en position debout pendant quatre heures par jour, et dans la même position pendant une heure par jour. Elle ne pouvait en revanche pas tenir les positions à genou ou accroupie, ni se baisser, lever porter ou déplacer des charges, ou utiliser les deux bras de manière complète. Le rapport d'examen échographique de l'épaule droite, du 1er décembre 2004 (rapport du Dr L_____ du 2 décembre 2004), joint au rapport du Dr K_____, mettait en évidence une tendinopathie calcifiante du sus-épineux et quelques calcifications dans la bourse sous-acromiale pouvant traduire une perforation responsable de la symptomatologie aiguë.

11. Le 31 janvier 2005, l'OCAI de Neuchâtel a sollicité l'avis du SMR s'agissant de l'aggravation de l'état de santé alléguée par l'assurée et par son médecin traitant.

Dans une note du 10 février 2005, la Doctoresse M_____ du SMR a répondu que la pathologie évoquée par le Dr K_____ avait déjà été mentionnée dans les rapports précédents. De plus, il n'y avait pas de raison qu'en prenant des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou du paracétamol, à raison de 500 mg huit fois par jour, l'assurée ne puisse pas travailler comme laborantine.

12. Par décision du 1er mars 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations, au motif que les atteintes à la santé dont souffrait l'assurée n'empêchaient pas l'exercice à temps complet d'une activité lucrative, simple et répétitive, et n'étaient pas invalidantes au sens de l'assurance-invalidité. Par ailleurs, l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé psychique.

13. L'assurée a présenté oralement son opposition en date du 30 mars 2005. Selon sa compréhension de la décision, elle n'était plus en mesure d'exercer sa profession habituelle de laborantine pour des raisons de santé, mais elle pouvait se consacrer à une activité simple et répétitive à plein temps. Des mesures d'ordre professionnel devaient lui être octroyées afin de lui permettre d'exercer une activité professionnelle adaptée à sa formation et à son état de santé.

14. Par décision du 23 janvier 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée. Il a d'une part relevé que la demande de prestations du 17 juin 2002 tendait à l'octroi d'une rente et non à des mesures d'ordre professionnel. Par ailleurs, l'instruction médicale du dossier avait mis en évidence que l'assurée présentait une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de laborantine ainsi que dans toute activité simple et répétitive. Partant, aucune mesure professionnelle n'était nécessaire.

15. L'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en date du 23 février 2006. Elle conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, au motif que les affections physiques dont elle souffre l'empêchent d'exercer tant son ancienne profession de laborantine que toute autre activité lucrative. Subsidiairement, elle sollicite la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire de type COMAI, en faisant valoir que son état de santé s'est aggravé depuis l'examen par les médecins mandatés par le SMR. Elle produit à cet effet toute une série de documents médicaux, dont notamment un rapport d'IRM lombaire du 28 septembre 1999 signalant une hernie discale postéro-latérale droite modérée et luxée vers le haut, au niveau L5-S1, et un rapport d'une arthro-IRM de l'épaule droite effectuée le 18 juillet 2005, montrant une tendinopathie calcifiante du tendon du sus-épineux avec présence d'une fissuration de la face articulaire et s'étendant dans le plan horizontal. Elle joint également un rapport du Dr N_____, neurochirurgien, du 21 décembre 2001, décrivant des discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1 relativement discrètes, et deux rapports du Dr O_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique des "établissement hospitalier", datés des 26 juillet et 21

novembre 2005. Le Dr B_____ signale dans son premier rapport qu'il revoit la patiente une année et demi après l'ablation de la calcification. L'assurée avait dans un premier temps remarqué une nette amélioration au niveau des douleurs, mais depuis le mois d'avril 2005 elle se plaignait à nouveau de douleurs diurnes et nocturnes avec diminution de la mobilité. L'IRM n'avait pas signalé de rupture de la coiffe des rotateurs, mais montrait la présence de quelques calcifications résiduelles et des signes de tendinopathie. Dans le second rapport, ce médecin déclare que le traitement conservateur n'a pas été efficace et que la prise régulière de Temgésic ne soulageait que partiellement la douleur, l'assurée étant passablement handicapée dans la vie quotidienne. Une nouvelle intervention chirurgicale était d'ailleurs programmée, en vue de procéder à la réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule à droite associée éventuellement à une tenodèse du tendon du muscle biceps.

16. Dans sa réponse du 30 mai 2006, l'OCAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision de refus des prestations. Aucune des pièces produites par la recourante ne démontre une aggravation de son état de santé. Pour l'essentiel, les rapports médicaux joints au recours sont antérieurs à l'examen clinique bidisciplinaire effectué par le SMR, ce dernier ayant pleine valeur probante. Quant aux deux rapports du Dr B_____ de 2005, ils ne mettent pas en évidence une aggravation de l'état de santé, puisqu'il est fait état de quelques calcifications résiduelles, sans rupture de la coiffe des rotateurs, et des signes de tendinopathie du tendon du muscle du sus-épineux de l'épaule droite, soit des affections bien connues et qui avaient déjà été prises en compte lors de l'examen du SMR.

17. Par lettre du 2 juin 2006, le Tribunal de céans a transmis à la recourante une copie de la réponse de l'OCAI.

18. Par courrier du 4 octobre 2006, le Tribunal de céans a convoqué les parties à une audience de comparution personnelle et d'enquêtes, au cours de laquelle les Drs K_____ et I_____ seraient entendus.

19. En date du 9 octobre 2006, le SMR a répondu que l'audition du Dr I_____ nécessitait l'autorisation préalable de l'OFAS, qui devait le délier de son secret professionnel.

20. Par courrier du 23 octobre 2006, le Tribunal de céans a informé les parties que l'audience était maintenue s'agissant de l'audition du Dr K_____. Il a annulé celle du Dr I_____ en l'état, sous réserve de la suite de la procédure, ayant préalablement rappelé au SMR qu'il lui appartiendrait, le cas échéant, de solliciter directement et en temps utile l'autorisation ad hoc de l'OFAS.

21. Lors de l'audience du 31 octobre 2006, le Dr K_____ a exposé que l'épaule droite avait connu une amélioration passagère après l'arthroscopie du mois de février 2004. Il avait constaté une aggravation lors de la consultation du 6 octobre 2004, alors que lors de la consultation précédente, au mois d'août, la recourante ne s'était pas plainte de douleurs particulières. Ce changement n'était pas surprenant, l'arthrose d'une épaule évoluant en dents de scie. Il était donc tout à fait possible que le Dr I_____ ait constaté une épaule calme lors de son examen le 27 septembre 2004, l'état pouvant changer du jour au lendemain. Une infiltration en décembre 2004 avait d'ailleurs permis de soulager à nouveau la douleur, une aggravation étant à nouveau survenue dès le mois de mai 2005. Le médecin a ajouté que la fissuration de la face articulaire du tendon révélée à l'arthro-IRM du 18 juillet 2005 avait été confirmée lors de l'opération chirurgicale du mois de février 2006, au cours de laquelle la fissure a été suturée. Il s'agissait d'une fissuration mais pas d'une rupture complète de la coiffe des rotateurs. A son avis, l'aggravation de la situation devait être mise en relation avec la fissuration du tendon. Le Dr K_____ a confirmé que certains jours la recourante n'était pas en mesure d'exercer son activité habituelle de laborantine, tout geste fin lui étant interdit. Il avait d'ailleurs dû prescrire un traitement médicamenteux lourd (morphine). Une amélioration a été observée à partir du mois de mai 2006, après l'opération de février 2006. Les douleurs à l'épaule ont duré en substance pendant trois ans, ce qui était un délai classique. Les limitations fonctionnelles décrites par le Dr I_____ dans son rapport bi-disciplinaire étaient fondées. Le Dr K_____ a affirmé que la recourante a présenté une incapacité à 100% dans le métier de laborantine, ainsi que dans toute autre activité, entre octobre 2004 et mai 2006, et ce en relation avec les douleurs à l'épaule droite. Il y a eu quelques périodes d'amélioration, celles-ci n'ayant pas dépassé un à deux mois.

    A l'issue de l'audience, la recourante a produit un nouveau bordereau de pièces et a persisté dans son recours.

    L'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. En effet, même si l'aggravation avait eu lieu, le délai de carence d'une année, débutant au mois d'octobre 2004, avait été entrecoupé par des périodes d'amélioration passagère, conduisant à l'interruption du délai de carence d'une année.

    Renonçant finalement à l'audition du Dr I_____, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges,

dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56T LOJ).

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

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

b) La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

c) En l'espèce, la décision sur opposition litigieuse, du 23 janvier 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (la demande d'invalidité ayant été déposée le 17 juin 2002), et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Il convient d'ajouter que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, d'invalidité et de la méthode de comparaison des revenus contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA et qu'il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu; de la sorte, la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 348 consid. 3.4;

ATFA non publié I 179/05, du 1er décembre 2005, consid. 1.2; arrêt P. du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2; arrêt M. du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

d) En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

e) Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi, par devant le Tribunal compétent, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

3. Le litige porte sur la question 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.

4. a) 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'assurée 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 mesure de réadaptation exigible. 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).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 janvier 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis aLAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Depuis le 1er janvier 2004, il a droit à un quart de rente pour un taux d'invalidité de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, à trois-quarts de rente pour un taux de 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

5. a) 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. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une

importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

b) Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 352 consid. 3a). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. Par ailleurs, il 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 (ATF 125 V consid. 3b/bb et cc).

c) 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).

6. a) En l'espèce, en se fondant sur les conclusions de l'expertise du SMR du 4 octobre 2004, l'OCAI a considéré que la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles observées, y compris dans l'ancienne activité de laborantine.

   b) La recourante reproche à l'OCAI cette appréciation médicale ainsi que le fait que l'office intimé n'ait pas tenu compte de l'aggravation de son état de santé, entre l'expertise du SMR, effectuée à fin septembre 2004, et la décision sur opposition litigieuse, rendue environ 16 mois plus tard, le 23 janvier 2006.

7. a) S'agissant des douleurs lombaires, les rapports radiologiques de septembre 1999 (IRM et RX de la colonne lombaire) mettent en évidence une discopathie L4-L5 et une hernie discale postéro-latérale droite modérée luxée vers le haut, au niveau L5-S1. Les examens radiologiques de 2002, auxquels se réfère le rapport bidsiciplinaire du SMR, n'ont pas mis en évidence d'évolution de la discopathie L4-L5.

   b) Le Dr N_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, indiquait à cet égard, dans un rapport du 21 décembre 2001, que les discopathies étaient relativement discrètes. Il constatait à l'examen clinique une bonne flexion antérieure du tronc mais un redressement difficile et une bascule postérieure encore plus difficile. Les inflexions latérales et les mouvements de torsion n'étaient pas très douloureux. Il n'y avait pas de signe de compression radiculaire et l'examen neurologique était normal. Ce médecin concluait à des lombalgies mécaniques avec pseudosciatalgie droite chez une patiente dans un contexte psychosocial extrêmement difficile. Un traitement physiothérapeutique était suggéré.

   c) Les médecins examinateurs du SMR ont quant à eux constaté qu'à l'examen ostéoarticulaire les inclinaisons gauche-droite étaient complètes mais douloureuses et que les rotations gauche-droite étaient complètes, mais accompagnées d'une douleur paravertébrale à droite. Les rotations et les inclinaisons au niveau de la colonne cervicale étaient dans la limite de la norme. Ils ont posé les diagnostics de lombosciatalgies irritatives à droite sur hernie discale L5-S1 et dysbalance musculaire. La symptomatologie douloureuse n'était pas destinée à s'améliorer vu l'absence de traitement, ainsi qu'un déconditionnement musculaire manifeste et une obésité importante. Les Drs J_____ et I_____ en ont conclu que, en raison des lombosciatalgies, la recourante devait exercer un travail sédentaire ou semi-sédentaire, ne comportant pas le port d'objets lourds d'un poids supérieur à

10 kg, soit un travail essentiellement assis, avec possibilité de changer de position. Il convenait aussi d'éviter de se pencher en avant.

8. a) S'agissant des douleurs à l'épaule droite, il ressort du dossier médical que l'assurée présente une tendinite calcifiante du tendon du sus-épineux constatée radiologiquement (cf. certificat médical du Dr P_____du 12 juin 2001; rapport radiologique des "établissement hospitalier" du 26 novembre 2002; rapport du Dr G_____ du 17 septembre 2003, rapport du Dr B_____ du 11 février 2004). Le rapport bidisciplinaire des Drs J_____ et I_____ signale à cet égard qu'une arthro-IRM de cette épaule du 3 juillet 2003 (Institut d'Imagerie Diagnostic du Dr Q_____) met en évidence une tendinopathie calcifiante du sus-épineux et une bursite sous-acromiale, mais pas de rupture des tendons de la coiffe des rotateurs. Une radiographie du 3 septembre 2003 révèle une microcalcification au niveau de l'insertion du sus-épineux.

   b) Selon les médecins du SMR, la calcification du tendon du sus-épineux ayant été enlevée par arthroscopie au mois de février 2004, l'évolution de la pathologie était favorable, l'assurée ne présentant aucune autre lésion de la coiffe des rotateurs. L'assurée devait néanmoins éviter les travaux en hauteur, avec le bras plus que l'horizontale, et de porter des objets lourds. Le Dr K_____, chirurgien orthopédiste et médecin traitant de l'assurée, a confirmé en audience que lors d'un contrôle en son cabinet le 25 août 2004, la recourante ne se plaignait d'aucune douleur en particulier.

9. a) Le Tribunal de céans constate, à la lumière de ce qui précède, que, de manière générale, les médecins consultés concordent sur les diagnostics, tant en ce qui concerne les douleurs lombaires que les douleurs à l'épaule droite.

   b) S'agissant des répercussions de ces affections sur la capacité de travail de la recourante, le Dr A_____, médecin traitant, avait exposé dans son rapport médical initial du 30 juillet 2002 que l'activité de laborantine n'était plus exigible, la recourante pouvant en revanche exercer à plein temps une activité de bureau, de téléphoniste, de réceptionniste. Il a ensuite émis un pronostic négatif s'agissant d'une reprise de travail par la recourante, dans son rapport du 8 octobre 2003, cette allégation n'étant accompagnée d'aucune explication, ce qui ne saurait emporter la conviction du Tribunal de céans, ce d'autant plus que l'état de santé de la recourante était selon lui toujours stationnaire.

   c) Les Drs J_____ et I_____, du SMR, ont estimé quant à eux que nonobstant les limitations fonctionnelles constatées au plan somatique, la recourante était en mesure d'exercer à plein temps aussi bien l'activité de laborantine qu'une activité adaptée, et ce dans la mesure notamment où les troubles à l'épaule droite avaient évolué de manière favorable, depuis l'arthroscopie effectuée au mois de février 2004. A cet égard, les conclusions des Drs

J_____ et I_____ sont complètes et convaincantes, et, à la date de leur examen, l'on ne saurait admettre - comme l'a fait le médecin traitant - que la recourante ne pouvait plus du tout exercer le métier de laborantine, alors qu'une autre activité adaptée pouvait être exercée à plein temps. Bien au contraire, comme l'a expliqué le Dr K_____, l'activité de laborantine est en soi "idéale" car elle peut être exercée assise, elle ne comporte pas de port de charges et elle permet d'alterner les positions.

d) Le Tribunal de céans constate ainsi qu'à la date de l'expertise effectuée par les médecins du SMR, le 27 septembre 2004, la recourante présentait une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de laborantine.

10. Il reste à examiner si l'état de l'épaule droite s'est péjoré entre l'expertise et la décision sur opposition litigieuse du 23 janvier 2006, comme l'affirme la recourante. L'aggravation des lombalgies depuis le mois de septembre 2006, annoncée par le Dr K_____ en audience, ne sera en revanche pas prise en compte dans l'examen de la légalité de la décision sur opposition du 23 janvier 2006, étant donné qu'il s'agit de faits postérieurs à celle-ci (cf. ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

11. a) Dans son rapport du 25 janvier 2005, le Dr K_____ a signalé une péjoration de la symptomatologie de l'épaule droite, et ce depuis le 6 octobre 2004, l'opération du 6 février n'ayant permis qu'une amélioration transitoire. Une infiltration sous échographie avait été faite sans grande amélioration. Le Dr K_____ ne voyait pas quelle activité aurait pu exercer la recourante, qui avait de la peine à écrire et à prendre des objets.

    b) Le SMR a considéré pour sa part que la péjoration alléguée par le médecin traitant n'était pas de nature à modifier les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire. En effet, il s'agissait toujours de la même affection à l'épaule, les douleurs pouvant être soulagées avec des anti-inflammatoires ou du paracétamol à raison de 8 fois 500 mg/jour.

12. a) Le Tribunal de céans constate que l'aggravation de l'état de santé de la recourante alléguée par le médecin traitant, a été objectivée par une échographie en décembre 2004, qui a montré une récidive de la tendinopathie calcifiante avec une très probable bursite sous acromiale. Surtout, une arthro-IRM pratiquée en juillet 2005, a signalé d'importantes anomalies de signal du tendon du sus-épineux dans sa portion toute distale avec mise en évidence d'un clivage dans le plan horizontal et d'une micro-fissuration sur sa face articulaire sans évidence de rupture transfixiante. C'est la raison pour laquelle le Dr B_____ des "établissement hospitalier" a fini par poser, au mois de novembre 2005 soit avant la décision sur opposition querellée, une indication chirurgicale, l'opération devant conduire à la réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite associée éventuellement à une ténodèse du

tendon du muscle biceps. En effet, même en l'absence d'une rupture franche de la coiffe, les fissurations tendineuses de celle-ci devaient être suturées.

b) Selon les explications fournies par le Dr K_____ en audience, c'est cette fissuration qui a été à l'origine de l'aggravation de la symptomatologie douloureuse à partir d'octobre 2004. Lors de l'intervention chirurgicale du 17 février 2006, la présence de fissurations au niveau de la coiffe des rotateurs, sans rupture complète de celle-ci, a d'ailleurs été confirmée. Depuis, l'évolution de l'épaule a été favorable.

c) Dans ces circonstances, l'on ne saurait retenir, comme l'a fait le SMR, que la péjoration révélée par le Dr K_____ concernait une affection déjà mentionnée dans le rapport bi-disciplinaire, raison pour laquelle il n'était pas possible de retenir une aggravation de l'état de santé. En effet, d'une part, la présence de fissurations tendineuses n'avait pas été mentionnée dans le rapport bi-disciplinaire. D'autre part, le soulagement apporté par l'ablation des calcifications par arthroscopie au mois de février 2004 n'a été que transitoire.

d) S'agissant des répercussions de cette aggravation sur la capacité de travail de la recourante, le Dr K_____ a retenu une incapacité de travail entière dès le mois d'octobre 2004, des traitements très lourds (morphine) ayant été administrés à la recourante pour soulager la douleur. Par ailleurs, les infiltrations pratiquées sous contrôle échographique n'ont conduit qu'à une amélioration passagère de la situation.

13. En résumé, au vu de l'aggravation de l'état de santé de la recourante, confirmée par le Dr K_____ et par le Dr O_____, ainsi que par les examens radiologiques, force est de constater que la recourante a présenté une incapacité de travail entière à partir du mois d'octobre 2004. Cette constatation n'est pas en contradiction avec les conclusions de l'expertise du SMR, dans la mesure où l'aggravation observée est postérieure à celle-ci; il n'est du reste pas contesté que la première arthroscopie de février 2004 a participé d'une amélioration - passagère - de la situation. Les représentants de l'OCAI ont d'ailleurs admis ce point, après avoir entendu les explications du Dr K_____ en audience.

14. Aux termes de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable. La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2, première phrase, LAI). Selon l'article 29ter du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (ci-après: RAI), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail (voll arbeitsfähig) pendant trente jours consécutifs au moins. Si une nouvelle incapacité de travail survient après cette interruption, un nouveau délai d'attente

d'une année commence à courir, sans qu'il y ait lieu de prendre en considération les périodes antérieures d'incapacité de travail (ATFA non publié du 24 août 2006, I 392/05 et I 420/05, consid. 4.2 et les références citées).

15. En l'espèce, le délai d'attente d'une année pour l'ouverture du droit à la rente a commencé à courir le 6 octobre 2004. Selon les explications fournies par le Dr K_____, la recourante a bénéficié de quelques périodes d'amélioration de la symptomatologie douloureuse, pouvant excéder 30 jours. Encore faut-il, pour participer d'une interruption notable de l'incapacité de travail, que l'assuré ait été entièrement capable de travailler pendant 30 jours consécutifs. Or, le Dr K_____ a clairement indiqué que la recourante a présenté une incapacité de travail à 100% d'octobre 2004 à mai 2006, les intervalles d'amélioration évoquées ne pouvant pas être compris comme étant des périodes pendant lesquelles la recourante a recouvré une capacité de travail entière. Le délai d'une année n'ayant pas été interrompu au sens de l'art. 29ter RAI, le droit à la rente a pris naissance au plus tôt une année après le 6 octobre 2004, soit le 1er octobre 2005 (dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance selon l'art. 29 al. 2 première phrase LAI).

16. La recourante ayant présenté une incapacité de travail entière, aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, entre octobre 2004 et mai 2006, elle doit être mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 1er octobre 2005. Dans la mesure où le Dr K_____ a fait état d'une amélioration de l'état de santé de la recourante dès le mois de mai 2006, soit postérieurement à la décision sur opposition du 23 janvier 2006, ce fait ne peut pas être pris en compte dans la présente décision; il appartiendra par conséquent à l'OCAI de procéder le cas échéant à une révision d'office de la rente.

17. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis. Le Tribunal de céans constate que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er octobre 2005 et renvoie la cause à l'autorité intimée à charge pour cette dernière de procéder au calcul du montant de cette rente.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Annule la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité le 23 janvier 2006.

4. Dit que Madame Carine E_____ a droit à une rente d'invalidité entière à partir du 1er octobre 2005.

5. Renvoie la cause à l'autorité intimée à charge pour cette dernière de calculer le montant de la rente.

6. Condamne l'intimée à verser à la recourante la somme de 1'000 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière — La présidente

Marie-Louise QUELOZ — Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Verena PEDRAZZINI RIZZI

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