

GE_GERICHTE A/1218/2007 vom 11. April 2008

GE Cour de justice, 2008-04-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1218_2007

FR: GE_GERICHTE A/1218/2007 du 11 avril 2008

IT: GE_GERICHTE A/1218/2007 del 11 aprile 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 11.04.2008
A/1218/2007

A/1218/2007 ATAS/453/2008 du 11.04.2008 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1218/2007
ATAS/453/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 3 du 11 avril 2008 En la cause Madame R_____, domiciliée au
PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gérard
MONTAVON recourante contre OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT
Madame R_____, de nationalité portugaise, est arrivée en Suisse en 1994. Elle a
travaillé dans une blanchisserie appartenant à son frère puis comme magasinière pour
l'entreprise X_____ SA. En 2004, son salaire annuel s'est élevé à 42'360 fr. Le 23
novembre 2004, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de
l'assurance-invalidité (OCAI). Interrogé par l'OCAI, le Dr A_____, généraliste, a
indiqué dans un rapport daté du 30 novembre 2004 que l'assurée était dans l'incapacité
totale de travailler depuis le 16 février 2003. Il a posé les diagnostics de fibromyalgie et
dépression aigue depuis 2000 et préconisé une expertise médicale. Interrogé à son tour, le
Dr B_____, spécialiste FMH en électroencéphalographie, a indiqué ne pouvoir
donner d'indications détaillées car il n'avait suivi la patiente que brièvement, entre juin et
décembre 2003. En lieu et place, il a communiqué à l'OCAI une copie du courrier adressé
au Dr A_____ en date du 16 juin 2003 concernant la patiente. Il en ressort que cette
dernière se plaignait de douleurs diffuses, de céphalées, de fatigue chronique et d'un
sommeil perturbé. Une IRM cervicale a montré de discrètes discopathies étagées non
compressive. Une IRM lombaire a révélé un canal étroit et une discrète protrusion discale
L4-L5, le tout non compressif. L'examen neurologique s'est révélé normal. Le
Dr B_____ a conclu que les trouvailles aux IRM cervicale et lombaire n'expliquaient
pas l'importance des douleurs diffuses, d'autant qu'il n'y avait aucun signe de compression
ni à l'examen neurologique ni aux IRM. Il a conclu à une fibromyalgie et a instauré un
traitement antidépresseur avec antalgiques en réserve. " Le Dr C_____, spécialiste
FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé quant à lui le diagnostic de trouble
somatoforme et conclu à une incapacité totale de travail depuis février 2004 (cf. rapport du
3 mars 2005). Le médecin a indiqué que la patiente se plaignait de crises douloureuses
survenant à raison de 10 à 15 jours par mois et durant lesquelles elle est "en incapacité
totale". Le médecin a ajouté que, par ailleurs, elle allait bien et ne présentait pas de
pathologie psychiatrique. Dans le questionnaire réservé aux troubles psychiatriques, le Dr
C_____ a d'ailleurs répondu par la négative à la question de savoir si l'assurée
présentait un trouble psychique. Il a indiqué qu'aux dires de la patiente, celle-ci était dans
l'incapacité d'avoir une activité régulière. Il a jugé qu'on pouvait exiger de sa part qu'elle

exerce une autre activité lucrative lui offrant une organisation de son temps souple à raison de 50% (sur ce point, le médecin ne s'est pas montré formel, faisant suivre son évaluation d'un point d'interrogation). Une expertise médicale bidisciplinaire a été mise sur pied auprès du Centre d'expertise médicale (CEMed). L'assurée a été examinée par les Drs D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ces médecins ont rendu leur rapport en date du 14 décembre 2006. Ils ont retenu les diagnostics suivants : ostéoporose trabéculaire vraisemblablement secondaire à une ménopause chirurgicale précoce traitée et spondylodiscarthrose cervico-dorso-lombaire sans atteinte médullaire ni radiculaire. Ils ont également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une fibromyalgie, une insuffisance mitrale discrète sans insuffisance cardiaque, des migraines avec aura et déficit neurologique, des céphalées dans un contexte de sinusites, des douleurs trapézo-métacarpiennes droites sans signe objectif actuel synovitique ni remodelé arthrosique, un status adhérentiel abdominal après multiples laparotomies pour ablations de kystes ovariens multiples et de myomes utérins après ovariectomie bilatérale, un status après fracture métatarsienne droite plus de dix ans auparavant et un status après possible enthésopathie d'insertion rotulienne gauche dans l'enfance, asymptomatique, ainsi qu'une dysthymie. Les experts ont estimé que, dans le cas de l'assurée, l'assimilation de la fibromyalgie à un trouble somatoforme douloureux était plausible dans la mesure où le tableau douloureux semble être influencé par des facteurs psychosociaux (veuvage, émigration en Suisse et départ de la maison du fils unique de l'intéressée). Les médecins ont admis l'existence d'une comorbidité psychiatrique chronique d'intensité modérée sous forme de dysthymie. Ils ont par ailleurs conclu à un retrait social certain (arrêt de l'activité professionnelle et sportive, diminution de la vie sociale, interruption d'une relation affective, relations limitées avec le milieu familial et les amis), bien que non absolu, l'assurée conservant de bons contacts avec son fils. Ils ont relevé que l'assurée n'avait pas jugé utile de poursuivre un traitement psychiatrique qu'elle considère comme ne lui apportant guère de bénéfices tout en remuant des émotions douloureuses. Il a été relevé que les traitements prodigués étaient restés sans effet notable sur le trouble somatoforme douloureux, comme c'est généralement le cas. Les experts ont relevé les limitations fonctionnelles suivantes : le port de charges excessives, supérieures à 5-10 kg, le travail sur échelle ou sur sol instable induisant un risque de chute. Selon eux, le métier de secrétaire est adapté. L'activité de blanchisseuse, en revanche, est limitée à hauteur de 20%. Quant à la profession de magasinière-gestionnaire de logistique, elle est également adaptée. L'assurée a indiqué qu'il lui arrivait de devoir parfois utiliser la force et porter des charges mais cela s'est révélé inférieur à 20% de son temps de travail. Les experts n'ont relevé aucune limitation durable sur le plan psychique. En définitive, ils ont conclu à une capacité de travail entière, tant sur le plan somatique que psychique. Le dossier de l'assurée a alors été soumis à la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI qui, dans un rapport daté du 15 janvier 2007, a conclu à un degré d'invalidité nul. Pour ce faire, le revenu que l'assurée aurait réalisé sans invalidité en 2004, soit 42'360 fr., a été comparé à celui qu'elle pourrait obtenir selon l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS) en exerçant une activité simple et répétitive tous secteurs confondus et application faite d'une déduction de 10% pour tenir compte de ses limitations, soit 43'726 fr. Par décision du 21 février 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations. S'il a admis que la capacité de travail de l'assurée était restreinte depuis février 2003, il a considéré que l'intéressée aurait néanmoins pu continuer à exercer à plein temps son ancienne profession avec un rendement

supérieur à 80% et qu'elle aurait pu par ailleurs exercer à plein temps et plein rendement une activité adaptée - c'est-à-dire évitant le port de charges supérieures à 5 kilos, l'usage d'échelles, d'escabeaux et les déplacements sur sols irréguliers ou glissants. Partant du principe qu'en exerçant une activité lucrative adaptée, l'assurée pourrait raisonnablement espérer un salaire annuel de plus de 43'726 fr., l'OCAI en a tiré la conclusion que son degré d'invalidité était nul. L'OCAI s'est référé au rapport du Centre d'expertise médical de Nyon (CEMed), lequel a retenu comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail un syndrome dépressif modéré correspondant au diagnostic de dysthymie, laquelle est une forme de dépression chronique d'intensité modérée, insuffisante pour justifier une incapacité de travail durable. Par ailleurs, l'OCAI a estimé que l'environnement psychosocial de l'assurée n'avait pas été gravement perturbé dans la mesure où elle avait gardé des activités telle que la piscine thermale et voyait son fils environ une fois par semaine. Quant à son état psychique, il a jugé qu'il ne pouvait être considéré comme cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique dès lors que le traitement psychiatrique a été stoppé unilatéralement. Pour la même raison, l'OCAI a exclu que le critère relatif à l'échec des traitements conformes aux règles de l'art soit rempli. L'OCAI a néanmoins précisé que, sur demande écrite et dûment motivée de l'assurée, la possibilité de lui accorder une aide au placement serait examinée. Par courrier du 26 mars 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut principalement à l'annulation de la décision de l'OCAI, subsidiairement à ce que soit ordonnée une nouvelle expertise. La recourante allègue être atteinte depuis 2002 de fibromyalgie et de dépression aiguë ayant entraîné une incapacité de travail depuis le 7 février 2003. Elle se plaint de souffrir, dix à quinze jours par mois, de douleurs généralisées, dans les muscles et dans les articulations. Durant ces épisodes douloureux, elle est dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité. La recourante soutient que son retrait social ne fait aucun doute car elle a cessé son activité professionnelle, toute activité sportive, diminué sa vie sociale, interrompu une relation affective et limité ses relations à sa famille et ses amis. Elle conteste l'affirmation contenue dans le rapport d'expertise selon laquelle elle verrait son fils une fois par semaine. Elle ajoute qu'elle n'entretient plus aucune relation familiale si ce n'est avec son fils, alors même que sa famille est domiciliée à Genève. Enfin, la recourante reproche aux experts de n'avoir pas expliqué les raisons pour lesquelles ils ont conclu à une capacité de travail entière. Par courrier du 28 juin 2007, l'assurée a produit un rapport établi par son psychiatre traitant, le Dr F_____, en date du 12 juin 2007. Le médecin y indique qu'il la suit depuis le 1er mai 2007 et qu'après avoir consulté son dossier médical et les documents et rapports de ses confrères, il conteste le diagnostic de dysthymie qu'il trouve trop léger. Il émet l'opinion qu'il s'agit plutôt d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère et que ce diagnostic est à l'origine d'une incapacité de travail de 75%. Se basant sur ce rapport, la recourante a sollicité une nouvelle expertise. Invitée à se prononcer, l'intimé, dans sa réponse du 30 août 2007, a conclu au rejet du recours. L'intimé fait remarquer que le fait que le Dr F_____ se contente de mentionner qu'il ne partage pas le diagnostic retenu dans le cadre de l'expertise médicale réalisée ne saurait suffire à écarter cette dernière. Par courrier du 26 septembre 2007, la recourante a répliqué que le Dr F_____ avait motivé sa position en indiquant qu'il était en désaccord avec le diagnostic de dysthymie. Elle a demandé son audition par le Tribunal de céans. Une audience d'enquêtes et de comparution personnelle s'est tenue en date du 25 octobre 2007. Entendu à titre de témoin, le Dr F_____ a expliqué avoir suivi l'assurée depuis le 1er mai 2007, d'abord à raison d'une fois par semaine puis d'une fois toutes les deux à trois

semaines. Le Dr F_____ a contesté le diagnostic de dysthymie. Il a relevé à ce propos que l'expert s'est référé au rapport du médecin traitant en indiquant que celui-ci n'avait pas retenu de trouble psychiatrique alors que, dans son rapport du 3 mars 2005, le Dr C_____ en a expressément parlé. Ce à quoi la représentante de l'intimé a fait remarquer que le Dr C_____ a expressément indiqué dans ce rapport, en parlant de sa patiente : "...par ailleurs elle va bien, elle ne présente pas de pathologie psychiatrique". Le Dr F_____ a maintenu qu'à son avis, le diagnostic d'état dépressif récurrent épisode moyen à sévère convient mieux car il a pu observer chez sa patiente de la tristesse, du découragement, une absence d'élan vital, un abattement et un ralentissement psychomoteur. Selon lui, ces symptômes constituent une comorbidité sévère dans la mesure où ils entraînent des conséquences dans la vie quotidienne et les relations de sa patiente. Le Dr F_____ a par ailleurs estimé que l'on ne peut pas parler d'état psychique cristallisé, bien que l'état de la patiente évolue depuis longtemps. Selon lui, cet état dépressif est évidemment réactionnel aux douleurs éprouvées par la patiente. S'agissant de savoir si tous les traitements ont été tentés, le témoin a opéré une distinction entre les troubles de l'humeur et la fibromyalgie. S'agissant de cette dernière, il a fait remarquer qu'elle est encore méconnue et donc mal soignée; il n'y a pas d'antidouleurs véritablement efficaces. Quant à l'état dépressif, le médecin a indiqué que sa patiente est sous antidépresseurs et fait tout ce qu'il y a à faire. La recourante a expliqué que si elle a mis fin au traitement antidépresseur précédemment mis sur pied, c'est parce que le Dr C_____ lui avait affirmé qu'il ne servait à rien. Selon le Dr F_____, la vie sociale de la recourante est très perturbée par ses douleurs et son incertitude du lendemain. A cet égard, le médecin a expliqué que la fibromyalgie est une maladie qui a forcément des répercussions sociales. Il a ajouté que la vie de sa patiente aujourd'hui n'est bien évidemment absolument pas la même que celle qu'elle menait avant ses douleurs. Quant à la capacité de travail de la recourante, il a estimé qu'elle est nulle. Le témoin s'est étonné que l'OCAI persiste à lui en reconnaître une malgré les rapports des médecins. Le Dr F_____ a reconnu n'avoir évoqué, dans son rapport du 12 juin 2007, qu'une incapacité de travail de 75%. Il a expliqué que s'il conclut désormais à une incapacité totale, c'est qu'il y a eu aggravation de l'état de la patiente.

EN DROIT 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) 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne 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 introduites après le 1er janvier 2003 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA. Le litige consiste

à déterminer si les atteintes à la santé que présente la recourante entraînent une incapacité de travail pouvant ouvrir droit, le cas échéant, à une rente de l'assurance-invalidité. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Il convient de rappeler que la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge pas l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). S'agissant plus particulièrement des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence admet qu'ils peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt I 683/03, du 12 mars 2004, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.2) et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATFA I 457/02 du 18 mai 2004, consid. 6.3). La fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme

persistant (ATFA I 123/04 du 6 juillet 2004 consid. 4.2.1 et I 721/02 du 10 mars 2003; cf. P. A. BUCHARD, «Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie?», in: Revue médicale de la Suisse romande 2001, p. 443ss, spéc. p. 446; cf. aussi MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : Schaffhauser/Schlauri [éd.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St-Gall 2003, p. 64 n. 93). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques distinctes ou d'un autre processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss). Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATFA I 683/03 précité consid. 2.2.5). En l'espèce, l'intimé a considéré que les critères permettant d'admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie dont souffre l'assurée n'étaient pas remplis et que l'intéressée pourrait, malgré ses autres atteintes à la santé, exercer à plein temps une activité adaptée à son état. A cet égard, l'intimé s'est basé sur l'examen bidisciplinaire pratiqué le 14 décembre 2006 par le CEMed. La recourante conteste le rapport établi par les Drs D_____ et E_____, du CEMed, alléguant que ces derniers n'ont pas expliqué pourquoi ils lui ont finalement reconnu une capacité de travail entière. Il apparaît au contraire que les examens auxquels a procédé le SMR ont été établis sur la base d'une anamnèse détaillée, que les constatations cliniques et les plaintes de la recourante ont été largement documentées et que les conclusions auxquelles les médecins arrivent sont claires et motivées, de sorte qu'il convient de s'y référer. En particulier, les médecins ont détaillé les limitations fonctionnelles que

peut rencontrer la recourante et expliqué que la question de la capacité de travail exigible en matière de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux relève de critères juridiques, qu'ils ont expliqués, tout comme ils ont indiqué dans quelle mesure ces critères étaient ou non remplis. Les experts du CEMed ont expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles ils n'ont finalement retenu au plan psychique qu'un diagnostic de dysthymie. A cet égard, le seul fait que le Dr F_____ mette en doute ce diagnostic ne suffit pas à s'écarter des conclusions de l'expertise. C'est le lieu de rappeler que 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Au demeurant, même si l'on retenait le diagnostic proposé par le Dr F_____, à savoir un trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, cela ne suffirait pas à considérer que le critère de la comorbidité est rempli. En effet, selon la jurisprudence, lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci - ce qui est le cas en l'espèce, ainsi que l'a admis le Dr F_____ -, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence à Meyer-Blaser, op. cit., p. 81 et la note 135). Quoi qu'il en soit, il faut donc conclure en l'espèce, à l'inexistence d'une telle comorbidité. Reste à examiner si la recourante remplit les autres critères permettant de reconnaître le trouble somatoforme douloureux comme une maladie psychiatrique invalidante au sens de l'assurance-invalidité. La recourante n'apparaît pas atteinte d'affections corporelles chroniques. Au surplus, s'il y a eu un retrait social certain, la description de la vie quotidienne de l'assurée, qui conserve des contacts, bien que fortement réduits, ne permet pas de le qualifier de "perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie". Quant à l'état psychique, au vu des différentes opinions médicales au dossier, il apparaît qu'il n'est pas cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, ce dont le Dr F_____ a d'ailleurs convenu en audience. En conséquence, la fibromyalgie (ou le trouble somatoforme douloureux) dont souffre la recourante ne saurait se voir reconnaître un caractère invalidant. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, les médecins du CEMed l'ont considérée comme entière dans une activité adaptée respectant un certain nombre de limitations énumérées plus haut. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Reste à examiner le calcul du degré d'invalidité auquel il s'est livré. a) 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. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). 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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Le nouveau droit n'a pas modifié l'échelonnement des rentes (art. 28 al. 1 LAI) en tant qu'il se rapporte au quart et à la demi-rente, mais il

permet d'octroyer trois-quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60 %, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 à 70 %. b) En l'absence d'atteinte à la santé, la recourante aurait selon toute vraisemblance continué à travailler pour son ancien employeur, de sorte que le revenu sans invalidité doit en principe être déduit des salaires réalisés en dernier lieu par l'intéressée (cf. Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], p. 205). En l'occurrence, c'est donc à bon droit que l'intimé a retenu le revenu que l'assurée aurait réalisé sans invalidité en 2002, soit 37'877 fr. (37'134.- en 2001 = 37'877.- en 2002 compte tenu d'une augmentation de 2%). S'agissant du revenu avec invalidité, il y a lieu de rappeler qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de l'évaluer en se fondant sur les données statistiques (cf. ATF 126 V 76), en se référant à la statistique des salaires bruts standardisés – médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). En l'espèce, entre en considération une activité de substitution à 100 % permettant d'éviter le port de charges supérieures à 5-10 kg et le travail sur échelle ou sur sol instable induisant un risque de chute. Eu égard à ces considérations, le calcul auquel a procédé l'OCAI qui a pris pour salaire d'invalidé celui que la recourante aurait pu obtenir selon les statistiques en effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans les domaines de la production ou des services du secteur privé et en appliquant une réduction supplémentaire de 10% pour tenir compte de ses limitations n'apparaît pas critiquable. Dans la mesure où le montant retenu représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, on peut admettre, que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations éprouvées par la recourante, conformes aux aptitudes de celle-ci. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et adaptées au handicap de l'assuré. Le salaire statistique qui a été pris en considération est donc représentatif de ce que pourrait gagner la recourante, compte tenu d'un marché équilibré du travail (au sens de l'art. 28 al. 2 aLAI ou 16 LPGa), en mettant à profit sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est à raison que l'intimé a nié à l'assurée le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Partant, le recours, mal fondé, sera rejeté et l'émolument, fixé en l'espèce à 200 fr., sera mis à la charge de la recourante qui succombe. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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 Brigitte LUSCHER La présidente 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