

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/159/2009

ATAS/1086/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 31 août 2009

En la cause

Madame P _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître RUDERMANN Michael

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Teresa SOARES et Luis ARIAS,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame P _____, ressortissante kosovare née en 1959, est arrivée en Suisse en 1991. Elle y a exercé l'activité de fille de buffet dès juillet 2001.
2. En date du 29 septembre 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a réuni à ce titre diverses attestations médicales.
3. Dans un rapport du 2 mars 2005, le Dr A _____, médecin généraliste et médecin traitant, a diagnostiqué une arthrose articulaire post-étagée depuis 2003, un status post-opération hernie discale L5-S1, une arthrose C4-C5 et une hernie discale C6-C7 ainsi qu'un état dépressif et chronique chez une réfugiée politique depuis 1997. L'état de santé était stationnaire et l'incapacité de travail totale depuis le 23 janvier 2003. L'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et il convenait d'évaluer la capacité de travail par un stage. L'activité devrait prévoir une alternance des positions assis/debout/marche.
4. Dans un rapport du 21 novembre 2005, le Dr B _____, médecin au Centre de thérapie brève des Épinettes des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG), a indiqué que l'état de santé s'était amélioré. La patiente présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement moyen sans syndrome somatique. Le pronostic était bon vu la réponse favorable à un traitement antidépresseur simple. La prise en charge au Centre de thérapie brève avait duré du 18 mars au 4 mai 2005. À sa sortie, l'assurée présentait encore de discrets symptômes dépressifs qui représentaient une limitation fonctionnelle discrète. L'incapacité de travail avait été totale du 18 mars au 4 mai 2005 et la reprise de travail serait à discuter avec le médecin traitant.
5. L'assurée a été soumise à un examen rhumatologique auprès du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) en date du 24 avril 2006. La Dresse C _____, spécialiste en médecine physique et rééducation, a posé les diagnostics suivants : syndrome lombaire non déficitaire persistant dans le cadre d'un status post-cure de hernie discale L5-S1 droite en 2003, discrète scoliose à convexité droite, sacrum acutum et pincement intersomatique L5-S1, arthrose importante postérieure étagée avec élément de rétrécissement du canal rachidien et dysbalance musculaire. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : cervico-scapulalgie bilatérale non spécifique dans le cadre d'un discret trouble statique, discopathie et spondylarthrose C5-C6 modérée, avec minime hernie discale médiane sans contrainte radiculaire, amplification des symptômes, status post-épisode dépressif en 2005, obésité et tendance à l'hypotension artérielle. La capacité de travail dans l'activité habituelle s'élevait à 50 % et dans une activité adaptée évitant une position statique prolongée debout, une position en flexion/rotation/extension du rachis et en porte-à-faux, avec port de

charges limité à 10 kilos occasionnellement, la capacité de travail était totale. L'assurée devait également éviter de travailler à la chaîne ou sur une machine vibrante. Une position assise/debout alternée était à préférer, avec possibilité de changer de positions (cf. rapport du SMR du 6 octobre 2006).

6. Dans un avis sans examen clinique du 16 octobre 2006, la Dresse D_____ du SMR a constaté que la capacité de travail s'élevait à 50 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
7. Par projets de décision du 28 mars 2007, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures de reclassement au motif que le degré d'invalidité, issu de la comparaison des revenus sans invalidité de 38'400 fr. et avec invalidité de 36'438 fr., s'élevait à 5 %, taux insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
8. Par décision du 19 juin 2007, l'OCAI a confirmé ses projets de décision du 28 mars 2007.
9. Par courrier du 20 août 2007, l'assurée a recouru contre ces décisions auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, puis à l'octroi d'une rente d'invalidité.
10. Dans un avis sans examen clinique du 10 septembre 2007, la Dresse E_____ du SMR a proposé de soumettre la recourante à une expertise psychiatrique.
11. Par décision du 18 septembre 2007, l'OCAI a annulé ses précédentes décisions du 19 juin 2007.
12. Par arrêt du 1er octobre 2007, le Tribunal de céans a constaté que le recours était sans objet, rayé la cause du rôle et condamné l'OCAI à verser à la recourante une indemnité de 750 fr. à titre de dépens.
13. Dans un rapport du 27 mars 2008, le Dr A_____ a relevé que sur le plan somatique il n'y avait pas de changement. En revanche, sur le plan psychique, la patiente présentait un état de détresse. Le pronostic était médiocre et l'incapacité de travail totale.
14. En date du 2 juin 2008, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique conduite par le Dr F_____, psychiatre. L'expertisée a également été soumise à des tests psychométriques conduits par Madame Q_____, psychologue. Dans son rapport du 8 juillet 2008, l'expert a diagnostiqué un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychiatriques et à une affection médicale générale chronique, ainsi qu'un état dépressif majeur en 1995, actuellement subclinique. L'assurée présentait une symptomatologie dépressive somme toute modeste, de gravité tout au plus légère, qui ne valait pas pour une

atteinte invalidante à la santé. Elle ne semblait nullement affectée dans son fonctionnement hors professionnel, si ce n'était en raison de limites induites par ses problèmes lombaires. Les problèmes lombaires paraissaient surinvestis et l'hypothèse d'un trouble douloureux, associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique, pouvait être retenue. L'assurée était en outre bien entourée par sa famille. La capacité de travail était complète d'un point de vue psychiatrique (cf. rapport d'expertise du Dr F_____ du 8 juillet 2008).

15. Dans un avis sans examen clinique du 30 juillet 2008, la Dresse E_____ a constaté que l'avis du SMR du 10 septembre 2007 était toujours valable.
16. Par projet de décision du 6 août 2008, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 23 janvier au 31 août 2004.
17. Par courrier du 8 août 2008, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, faisant valoir que l'expertise n'était pas complète, puisque l'expert ne s'était pas prononcé sur les critères dégagés par la jurisprudence qui déterminaient si un trouble somatoforme était invalidant ou non.
18. Par décision du 3 décembre 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision.
19. Par courrier du 19 janvier 2009, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps. Elle a également sollicité l'audition de son médecin traitant ainsi que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Elle a fait valoir que le dossier de l'OCAI était incomplet et que l'expert psychiatre n'avait émis que des hypothèses. L'expertise était donc intégralement contestée et ne correspondait pas du tout à sa situation clinique. Elle s'était d'ailleurs déroulée en un seul et unique entretien. La recourante a précisé être suivie par son médecin traitant une fois toutes les deux semaines, lequel avait constaté qu'elle présentait un état de détresse important.
20. Dans sa réponse du 26 mars 2009, l'OCAI, concluant au rejet du recours, s'est référé à l'expertise psychiatrique qui avait pleine valeur probante et dont les conclusions devaient être suivies. Les réponses que le Dr A_____ avait données en septembre 2008 à l'avocat de la recourante étaient succinctes et ne permettaient pas de revenir sur les conclusions de l'expertise (cf. également l'avis du SMR du 9 mars 2009, sur lequel s'est basé l'OCAI pour sa réponse au recours).
21. Dans sa réplique du 24 avril 2009, la recourante relevé que selon son médecin traitant elle présentait des idées paranoïdes et qu'elle avait parfois des idées suicidaires, ce qui n'avait pas été relevé par l'expert. Les situations de détresse psychique qu'elle présentait la mettaient à la limite de l'hospitalisation en hôpital psychiatrique. Par ailleurs, les tests psychométriques effectués dans le cadre de

l'expertise psychiatrique n'avaient pas valeur probante. Dès lors, il convenait d'ordonner l'audition du Dr A_____ ainsi que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

22. Dans sa duplique du 13 mai 2009, l'OCAI a relevé que la mise sur pied d'une nouvelle expertise ne paraissait pas justifiée.
23. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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 du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les délai et formes prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss et LPGA).
4. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment 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).

S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 3 décembre 2008 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure.

5. a) Il convient en l'occurrence de déterminer le droit aux prestations de la recourante, singulièrement à une rente d'invalidité.

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

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). 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 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par 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 (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la

présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in : *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F]*, 4^e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* ; MEYER/BLASER, *op. cit.* p. 81, note 135).

Enfin, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-

rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Selon l'art. 29 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, 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.

Aux termes de l'art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à prestations et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance.

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

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 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

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

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

6. En l'occurrence se trouvent au dossier des rapports des médecins traitants, notamment du Dr A_____, généraliste, un examen rhumatologique du SMR d'avril 2006, des avis du SMR et une expertise psychiatrique du Dr F_____ de juillet 2008. Il convient dès lors de déterminer la valeur probante de l'expertise de juillet 2008.

L'expert a posé des anamnèses détaillées; il a pris en compte les plaintes de l'expertisée, s'est livré à une discussion et a répondu de manière claire et circonstanciée aux questions qui lui étaient posées, notamment s'agissant des diagnostics et de la capacité de travail. Enfin, ses conclusions sont motivées et dépourvues de contradiction. Partant, cette expertise répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer pleine valeur probante. A cet égard, les remarques du médecin traitant, le Dr A_____, qui n'est pas spécialiste en psychiatrie, ne permettent pas de remettre en question les conclusions motivées et convaincantes de l'expertise. Il convient en outre de relever que la recourante n'a plus de suivi psychiatrique depuis 2005 et que le psychiatre des HUG qui avait brièvement suivi la recourante en 2005 avait alors attesté d'une amélioration de l'état de santé ne montrant plus que la présence de discrets symptômes dépressifs à la fin de la prise en charge. Au vu de ce qui précède, l'audition du Dr A_____ de même qu'une nouvelle expertise psychiatrique ne se justifient pas.

La recourante expose cependant que les facteurs permettant de déterminer si son trouble somatoforme persistant est invalidant ou non n'ont pas été examinés.

A défaut de comorbidité psychiatrique grave, quatre critères doivent être examinés. En l'occurrence, on peut tenir pour établi que la recourante présente des affections corporelles chroniques. L'état psychique n'est cependant pas cristallisé puisqu'il s'est amélioré sous traitement antidépresseur notamment et que l'assurée ne présente plus actuellement de pathologie psychiatrique. Il n'existe dès lors pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Il n'y a pas eu échec des traitements. La recourante ne subit en outre pas de perte d'intégration sociale puisqu'elle est très bien entourée par sa famille. Un seul des critères est ainsi rempli, ce qui ne suffit pas à déclarer le trouble somatoforme invalidant.

Par ailleurs, il convient également de relever la valeur probante de l'examen rhumatologique effectué en avril 2006 au SMR, examen qui n'a d'ailleurs pas été

contesté par la recourante et qui est complet, motivé et convaincant. Il comporte en effet des anamnèses détaillées, plusieurs statuts sur examen clinique, pose des diagnostics précis, détermine de manière claire la capacité résiduelle de l'assurée et est dépourvu de contradictions. Partant ses conclusions seront suivies s'agissant du plan somatique.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques. Il y a dès lors lieu de procéder à la comparaison des revenus avant et après invalidité pour déterminer son degré d'invalidité.

7. a) Au vu de ce qui précède, il y a maintenant lieu de déterminer le taux d'invalidité de la recourante pour établir si elle a droit à des prestations d'invalidité en comparant les revenus sans et avec invalidité.

b) Selon la jurisprudence, ce sont les circonstances qui prévalaient au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente qui sont déterminantes pour procéder à la comparaison des revenus; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés au même moment; les modifications de 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 222). Le revenu sans invalidité doit en principe être déterminé en fonction du gain que l'assuré réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, soit généralement du dernier salaire réalisé par l'assuré avant la survenance de son invalidité (RAMA 1993 n° U 168 p. 101, consid. 3b et les références). Or, la révision au sens de l'art. 41 LAI ne saurait fonder une nouvelle évaluation inconditionnelle du droit à la rente (ATF 112 V 372 consid. 2b et 376 consid. 4; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), p. 253 sv, ad 41 LAI), soit sans que n'existe une modification de la situation ayant concrètement des effets sur la capacité de gain de l'assuré.

c) Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle, 1998, n° 77). Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tables statistiques publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) S'agissant des statistiques, on se référera aux salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321).

d) 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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

8. En l'espèce, est déterminante pour le calcul du degré d'invalidité par la méthode de comparaison des revenus l'année 2004 (1 an de délai de carence de l'art. 29 LAI dès le début de l'incapacité de travail de janvier 2003 attestée par le médecin traitant).

Pour le salaire sans invalidité, il convient de prendre en compte les revenus tels qu'établis par l'employeur dans son attestation du 18 juillet 2001. Cette année, la recourante gagnait un revenu mensuel brut de 3'200 fr., conforme à la convention collective de la branche. Il convient dès lors de réévaluer ce montant à l'année 2004 et de tenir compte d'un treizième salaire (3200 fr. x 13 = 41'600 fr.). Réévalué à l'indice des salaires nominaux et réels (La Vie économique, tableau B10.3), ce montant doit être porté à 43'730 fr. 90 pour l'année 2004.

Pour calculer le revenu après invalidité, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes de la recourante. Compte tenu de l'activité légère de substitution, on se réfèrera au salaire statistique auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples en 2004, à savoir 3'893 fr. par mois ou 46'716 fr. par an (ESS 2004, tableau TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6), ce montant doit être porté à 48'584 fr. 65 (La Vie économique, Tableau B9.2).

L'abattement de 25% retenu par l'intimé en raison des limitations que présente la recourante et de sa nationalité ne se justifie pas selon la jurisprudence fédérale, mais sera cependant repris. Compte tenu de cette réduction, le salaire après invalidité s'élève à 36'438 fr. 50.

La comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité ($[(43'730 \text{ fr. } 90 - 36'438 \text{ fr. } 50) \times 100 / 43'730 \text{ fr. } 90]$) conduit à un degré d'invalidité de 16,67 %, n'ouvrant pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la décision de l'intimé est justifiée.

9. Ainsi, le recours mal fondé sera rejeté. La recourante qui succombe n'aura pas droit à des dépens. Elle sera condamnée à un émolument fixé à 200 fr. selon l'art. 69 al. 1^{bis} LAI.

**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

Le président suppléant

Nancy BISIN

Georges ZUFFEREY

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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