REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/178/2013 **ATAS/461/2013**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 mai 2013

2ème Chambre

En la cause

Madame S_____, domiciliée à THONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GIROD Philippe — recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE — intimé

Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame S_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), est née au Portugal en 1972 et elle y a suivi l'école primaire jusqu'à la 4ème année. Elle est officiellement domiciliée en Suisse depuis août 2005, mais elle y a rejoint son frère en 1988 déjà et a travaillé comme jeune fille au pair.

2. Il ressort de son compte individuel AVS que l'assurée a travaillé chez un particulier, de septembre 1997 à septembre 2004, pour un salaire annuel moyen de 17'000 fr.

3. D'octobre 2005 à juillet 2007 inclus, elle a travaillé au sein du personnel d'entretien de X_____ SA à temps partiel à raison de 10h/semaine environ, pour un salaire qui serait de 18 fr. 10/heure en 2008. Depuis juillet 2007, elle travaille auprès de Y_____ SA, comme employée d'entretien, à raison de 2 heures par jour, pour un salaire en 2008 de 19 fr. 61/heure, indemnités pour vacances incluses. Elle effectue le nettoyage de bureaux, sans travaux lourds, ni port de charge, ni aspirateur (poussière, vider les poubelles et nettoyer les toilettes).

4. L'assurée, mariée en 2004 avec celui dont elle partageait la vie depuis 1994, a divorcé en octobre 2007.

5. Elle a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE le 29 février 2008, en raison de "problèmes nerveux chroniques très handicapants et de douleurs lombaires récurrentes" depuis 2003 et a renvoyé la demande, dûment signée, le 10 mars 2008.

6. Il ressort du procès-verbal de l'entretien du 18 mars 2008 que l'assurée est arrivée en Suisse en 1988 et a travaillé comme jeune fille au pair chez des particuliers jusqu'à ce qu'elle soit engagée dans une entreprise de nettoyage en 2005. Elle avait deux employeurs jusqu'en août 2007 et depuis lors a conservé son emploi auprès de Y_____ SA. Elle est séparée de son mari, sans enfant, et vit chez sa sœur et son beau-frère. Elle est dépressive depuis le mois de mars 2007, perçoit un salaire d'environ 737 fr. par mois, complété par l'aide de l'Hospice général selon les besoins. Elle estime être incapable d'apprendre quoi que ce soit et de travailler plus que deux heures par semaine. Sur cette base, l'assurée est informée, le 31 mars 2008, que des mesures de réadaptation ne sont pas possibles en raison de son état de santé.

7. Y_____ SA indique en avril 2008 que l'assurée n'a jamais été absente et est capable de faire son travail.

8. Le Dr A_____, psychiatre, mentionne un trouble affectif récurrent, actuellement en rémission, un trouble du comportement et de l'humeur en rapport

avec un conflit de couple, les facteurs sociaux et professionnels ayant des répercussions sur le pronostic. L'assurée souffre de fatigue et de manque d'énergie et est capable de travailler à 50 % depuis mars 2007. Elle a séjourné au centre de thérapie brève de l'unité psychiatrique des HUG du 30 mai au 27 juin 2007, dans le contexte d'un comportement histrionique qui a épuisé son entourage (rapport du 7 avril 2008). Il précise que sa patiente souffre de symptômes parfois dépressifs et anxieux, avec peu de tolérance au stress, ces troubles étant également la conséquence d'un trouble de la personnalité à traits histrioniques et dépendants. Associés à ces troubles, la patiente a une intelligence limitée et aucune formation professionnelle. Elle peut toutefois, avec du soutien, effectuer un travail simple et répétitif et risque sans cela de rester à l'assistance sociale (rapport du 22 mai 2008). Le Dr M_____, médecin traitant, mentionne une dépression moyenne chronique et un trouble du développement depuis plus de dix ans, ainsi que des lombalgies chroniques. Sa patiente dispose d'une capacité de travail de 50 % depuis juillet 2007 (rapport du 15 avril 2008). Sur la base des rapports du Dr A_____, le SMR détermine une totale capacité dans une activité simple, sans responsabilités et sans stress, de sorte que l'activité habituelle est adaptée (avis du 26 mai 2008).

9. Par projet du 27 mai 2008, confirmé par décision du 7 juillet 2008, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée, au motif qu'elle est capable de travailler à 100% dans son activité habituelle, qui est simple, sans responsabilités et n'implique pas de stress.

10. L'assurée a déposé une deuxième demande de prestations d'invalidité le 21 avril 2010, en raison d'une dépression chronique, et d'une hernie discale. Elle sollicite des mesures d'ordre professionnel.

11. Invitée le 26 avril 2010 à rendre plausible que son état de santé s'était aggravé, elle a produit:

    a) le rapport du 10 juin 2010 du Dr A_____, psychiatre, qui diagnostique un épisode dépressif léger avec douleurs somatoformes depuis juin 2009, la patiente se plaignant de douleurs lombaires, fatigue, faiblesse, étant sans force et sans énergie et estimant être totalement incapable de travailler;

    b) le rapport du 19 mai 2010 du Dr B_____, neurologue, qui relève des céphalées quotidiennes de tension, dues à un état poly-algique lié à un état dépressif chronique, l'examen clinique neurologique étant parfaitement normal;

    c) le rapport du 20 mai 2010 du Dr G_____, généraliste de la patiente depuis novembre 2009, qui mentionne une aggravation de l'état de santé par rapport à 2007, en raison d'un état dépressif majeur récidivant et invalidant, d'une intervention chirurgicale de discectomie L4-L5 avec mise en place d'un

dispositif inter-épineux en octobre 2009, aucune reprise du travail n'ayant pu être envisagée depuis le début de l'année 2010;

d) le résumé de l'observation du 22 octobre 2009 du service de neurochirurgie des HUG (Dr H_____) qui décrit l'intervention chirurgicale effectuée le 15 octobre 2009.

12. Y_____ Services SA atteste que l'assurée a travaillé à raison de 2 heures par semaine jusqu'au 6 janvier 2010 et a été licenciée pour le 31 mai 2010. Elle a été incapable de travailler à 100% du 23 mai au 31 décembre 2009 et à nouveau depuis le 7 janvier 2010.

13. L'OAI a entrepris l'instruction du dossier et a réuni les rapports médicaux suivants :

a) le rapport du Dr G_____ du 14 juin 2010, qui mentionne une discopathie L4-L5 et un trouble thymique depuis des années, une hospitalisation à Belle-Idée du 29 avril au 7 mai 2010, avec une évolution favorable, un pronostic réservé, l'assurée étant totalement incapable de travailler depuis le 14 octobre 2009;

b) le résumé du séjour de l'assurée au département de psychiatrie du 29 avril au 7 mai 2010, qui retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de trouble de la personnalité dépendante, puis rappelle qu'il s'agit d'une troisième hospitalisation, en raison d'une symptomatologie anxio-dépressive, dans le contexte d'un conflit de couple, avec une évolution favorable.

14. Selon le SMR, il convient encore d'obtenir des renseignements complémentaires des Drs A_____, psychiatre, et H_____, médecin adjoint auprès du service de neurochirurgie, ayant pratiqué l'intervention chirurgicale, afin de préciser le status, les limitations fonctionnelles et l'incidence sur une capacité de travail d'une nettoyeuse à quart-temps, ainsi que dans une activité adaptée.

15. En sus du rapport d'intervention du Dr H_____ du 22 octobre 2009 déjà cité, le département de neurochirurgie adresse à l'OAI celui du 26 janvier 2010. A trois mois de distance de l'intervention, il retient une nette amélioration de la symptomatologie avec disparition quasi complète des sciatiques, persistance d'une légère douleur dorsale, la surcharge pondérale et la dépression ayant un impact sur les douleurs résiduelles. La radiographie montre un dispositif bien en place.

Quant au Dr A_____, psychiatre, il indique, début mars 2011, qu'il n'a pas revu la patiente depuis octobre 2010. Le SMR (Dr I_____) estime alors qu'il faut interroger encore les Drs G_____ et H_____. Le premier confirme, en juin 2011, que l'état est stationnaire, la patiente présente une absence totale d'élan vital, sa capacité de travail est nulle et elle a interrompu le traitement antidépresseur, jugé inefficace par elle-même. Quant au service de neurochirurgie,

il renvoie encore une fois les mêmes rapports du Dr H_____, de sorte que le Dr I_____ décide finalement, en septembre 2011, d'ordonner un examen clinique SMR de médecine physique/réadaptation et psychiatrique.

16. Selon le rapport du 23 janvier 2012 de l'examen rhumatologique et psychiatrique au SMR du 14 novembre 2011, effectué par les Drs J_____, rhumatologue. et K_____, psychiatre, l'assurée présente des lombalgies basses chroniques, non déficitaires, dans un contexte de status post-cure de hernie discale L4-L5 avec fixation inter-épineuse, des protrusions discales et troubles dégénératifs postérieurs étagés (M54.5) et aucun diagnostic psychiatrique avec une répercussion sur la capacité de travail. Sans répercussion sur cette capacité, elle a les pieds plats, une fibromyalgie, une pré-obésité, une dysthymie et une personnalité dépendante. Le rapport contient un résumé du dossier, une anamnèse, mentionne les plaintes de l'assurée, en particulier des douleurs du dos, des crises d'angoisse, dans le cadre du conflit avec son compagnon, et de la fatigue. Elle consulte une femme psychiatre depuis deux à trois mois. La vie quotidienne de l'assurée, qui vit seule, est décrite. Les constatations objectives, du point de vue neurologique, ostéo-articulaire et psychiatrique sont indiquées, puis le dossier radiologique est commenté. S'agissant de l'appréciation du cas, les experts estiment que l'assurée a un ressenti douloureux marqué à l'examen clinique et ils relèvent quatorze points douloureux sur dix-huit, en faveur d'une fibromyalgie, sans signe en faveur d'un rhumatisme inflammatoire. L'appréciation du cas est difficile, en raison de l'association de douleurs lombaires en relation avec des troubles dégénératifs étagés de la fibromyalgie de fond. La disparition de la sciatalgie droite après l'opération chirurgicale est rassurante, mais un facteur négatif est relevé par la présence de troubles dégénératifs étagés disco-articulaires postérieurs, ainsi que la persistance de douleurs lombaires de type mécanique. "En faisant la part des choses", les experts retiennent une exigibilité de 80% dans une activité adaptée physiquement légère respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis et une incapacité totale dans l'activité de nettoyeuse. Du point de vue psychiatrique, l'assurée a présenté des troubles dépressifs et anxieux en 2007, lors de la séparation d'avec son mari. Elle a été hospitalisée à trois reprises en clinique psychiatrique pour prendre de la distance par rapport à la situation, puis a interrompu tout suivi psychiatrique en 2010. Depuis novembre 2011, elle vit une recrudescence des crises d'angoisse et de fatigue, dans le cadre d'une relation conflictuelle avec son ami qui ne veut pas quitter le domicile et elle est à nouveau suivie depuis lors. Le trouble de la personnalité dépendante existant depuis l'adolescence se caractérise par le fait qu'elle a besoin de sa fratrie pour prendre les décisions importantes de sa vie à sa place, par la subordination de ses propres besoins à ceux de son mari, avec lequel elle a vécu pendant onze ans et par des difficultés à mettre son ami à la porte, à être seule, ce qui implique qu'elle vit dans la dépendance quotidienne de sa sœur aînée. L'épisode dépressif d'intensité moyenne d'avril 2010 est devenu léger en juin 2010 déjà. Les plaintes algiques de l'assurée ne sont pas accompagnées d'une comorbidité

psychiatrique manifeste incapacitante, une simple dysthymie ne remplissant pas les conditions de la jurisprudence pour être une comorbidité invalidante. L'incapacité de travail totale dans l'activité de nettoyeuse remonte au 1er septembre 2009. La capacité de travail, à 80 %, dans une activité adaptée (pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc ou en rotation, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de position statique debout au-delà de vingt minutes, assise au-delà d'une heure, pas de ports de charges répétés au-delà de cinq kilos) est acquise dès le mois de mars 2010, le Dr H_____, lors de sa consultation du 25 janvier 2010, préconisant encore un mois pour intensifier la rééducation.

17. Le SMR reprend à son compte l'avis des experts le 14 mars 2012 et estime qu'il est concordant avec l'avis des médecins traitants spécialistes qui ont suivi l'assurée.

18. La Dresse L_____, psychiatre, atteste, le 20 avril 2012, que sa patiente depuis fin septembre 2011, présente un retard mental léger (F70.0), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et des troubles mixtes de la personnalité (F61). Elle a été hospitalisée dix jours en mars 2007, dix jours fin avril 2010 et un mois et demi entre novembre et décembre 2011 à Belle-Idée. La patiente est ralentie sur le plan psychomoteur, son humeur est fluctuante, elle présente une fatigue importante, des ruminations invalidantes, des troubles de la concentration, de la mémoire, du sommeil. Elle est incapable de travailler à 100 % depuis 2007.

19. Bien que l'assurée ait déclaré que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à plein temps, une enquête à domicile a été effectuée le 18 juin 2012. Le rapport précise que, selon le psychiatre, l'assurée est atteinte d'un retard mental léger, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, diagnostics qui n'ont pas été pris en compte lors de l'expertise médicale du SMR. L'assurée vit seule depuis trois à quatre ans, elle est divorcée depuis avril 2012, n'a pas d'enfant, a des contacts réguliers avec sa sœur qu'elle rencontre une à deux fois par semaine, mais peu d'activités sociales. Elle reste au lit, se lève en fin de matinée et mange un repas tout fait, puis attend le téléphone de sa sœur pour lui rendre visite, mais parfois ne répond pas et reste au lit. Le soir, elle se prépare un repas vite fait, comme des pâtes. Elle regarde la télévision et se couche vers 22h30. L'enquêtrice pondère les champs d'activité, puis retient un empêchement de 30 % dans la conduite du ménage, car l'assurée a de la peine à planifier les tâches à l'avance, de 30 % dans l'alimentation, car elle s'achète des repas pré-cuisinés ou des plats à l'emporter et ne fait plus que des pâtes ou des plats froids, de 50 % dans l'entretien du logement, car elle n'a pas l'énergie de faire le ménage, se contente de la poussière et d'un coup de balai, l'enquêtrice ayant effectivement constaté que les sols n'étaient pas régulièrement nettoyés, de 10 % dans les emplettes et les courses diverses, de 30 % dans la lessive, l'assurée ne se rendant plus qu'une fois par mois à la buanderie de l'immeuble et lavant ses chaussettes et ses sous-vêtements à la main dans le lavabo. Au total, l'invalidité ménagère est retenue à hauteur de 32 %, en tenant compte des diagnostics posés par la psychiatre. L'assurée indique que ses douleurs lombaires ne

l'empêchent pas vraiment d'assurer les tâches ménagères, mais qu'elle est invalidée par son manque d'énergie et sa perte d'intérêt pour les activités quotidiennes. Si l'atteinte psychiatrique n'était pas retenue et que seules les limitations fonctionnelles liées aux lombalgies basses étaient effectivement prises en compte, l'invalidité ménagère serait alors réduite à 8 %. Cela étant, l'assurée ayant affirmé qu'elle travaillerait toute la journée sans atteinte à la santé, la question du statut se pose. L'assurée a été victime d'esclavage moderne durant plus d'une année, en travaillant à plus de 100 % sans permis de travail et en étant exploitée par son employeur. Elle a ensuite enchaîné les emplois en tant que jeune fille au pair, puis a été engagée par une famille pour y accomplir l'ensemble des tâches ménagères, d'abord à plein temps, puis à mi-temps. Dès octobre 2005, elle a travaillé à temps partiel comme nettoyeuse. L'assurée est divorcée et sans enfant, de sorte qu'en bonne santé, elle serait dans l'obligation de subvenir à ses besoins. Son parcours professionnel a été difficile en raison de son manque de qualifications professionnelles et les emplois à temps partiel n'étaient pas un choix personnel, mais une situation subie en lien avec la réalité du marché du travail, de sorte qu'il paraît vraisemblable de retenir un statut professionnel à 100 %.

20. Le taux d'invalidité de l'assurée a été déterminé le 9 août 2012 à 16% pour un statut professionnel à 100%. Le revenu avec invalidité est fixé selon ESS 2010, TA 1, femme, total, niveau 4, pour 41,6 heures de travail, à 52'728 fr. A 80 %, avec une réduction supplémentaire de 10 %, en raison des limitations fonctionnelles, le revenu est de 37'964 fr. Le revenu sans invalidité est fixé à 45'112 fr., sur la base du questionnaire de l'employeur (18 fr. 20 x 44 heures x 52 semaines ./. 12 x 13 mois en 2010).

21. Par projet du 20 août 2012, l'OAI envisage de refuser toute prestation, le degré d'invalidité étant de 16 % dès l'amélioration de l'état de santé, en mars 2010.

22. L'assurée s'y oppose le 4 septembre 2012, faisant valoir que son état psychique la laisse prostrée durant des jours où elle reste cloîtrée à la maison, sans être capable de prendre les transports publics, de se préparer à manger, présentant une importante fatigue et une lassitude permanente.

23. Sur ce, l'OAI s'est procuré les rapports d'hospitalisation au département de psychiatrie concernant l'assurée:

    a) Lors du séjour du 18 au 26 mars 2007, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans symptôme psychotique (F 33.10) est retenu. L'hospitalisation a lieu dans le cadre d'un conflit de couple et de rupture de suivi psychiatrique. L'assurée avait consulté en 2002 déjà le Dr A_____, qui lui avait prescrit des antidépresseurs et l'a suivie jusqu'en 2006, puis l'assurée interrompt le traitement médicamenteux. A l'entrée, elle présente de l'anxiété, ce qui a épuisé sa sœur, à laquelle elle avait fait appel. Le

traitement est adapté et la patiente présente une amélioration au niveau de ses angoisses. Vu l'amélioration clinique, la patiente est autorisée à sortir avec un suivi au CTB.

b) Lors de l'hospitalisation du 11 au 29 mai 2007, les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F 32.1) et de trouble de la personnalité dépendante (F 60.7) sont posés. Depuis la séparation d'avec son mari, l'assurée vit chez sa sœur et l'importante tension interne qu'elle présente la nuit est due à un dosage trop important de Deroxat®. Après réduction du dosage, la tension cède et l'assurée ne présentant pas d'aggravation de l'état dépressif malgré la réduction du dosage, elle est autorisée à sortir.

c) Lors du séjour du 29 avril au 7 mai 2010, les diagnostics posés en mai 2007 sont confirmés. L'hospitalisation est due à une symptomatologie anxio-dépressive, dans le contexte d'un conflit de couple. Séparée de son premier mari depuis trois ans, elle vit en couple depuis une année, son compagnon étant très jaloux, la situation de couple, conflictuelle, est épuisante, et l'assurée envisage une séparation, tout en craignant de rester seule. Lors du séjour, les activités proposées ont un effet bénéfique sur le tableau clinique dépressif et l'assurée est soutenue par ses frères, dans l'hypothèse où elle prenait la décision de quitter son compagnon.

d) Lors du suivi au CTB du 31 octobre au 27 décembre 2011, les diagnostics psychiatriques sont confirmés. Après un conflit avec son frère, qui lui sous-loue son logement, elle emménage chez sa sœur, qui ne le supporte pas et l'accompagne aux urgences pour demander une prise en charge spécialisée. Ne supportant pas la solitude, l'assurée demande à être hospitalisée, mais il lui est expliqué que son état ne le nécessite pas et qu'un suivi ambulatoire est suffisant. L'insistance d'une demande de soutien relève du trouble de la personnalité dépendante. Toutefois, après amélioration de la thymie, la patiente retrouve une certaine autonomie.

24. Le SMR estime, le 28 novembre 2012, que l'avis de la Dresse L_____ ne permet pas de justifier une aggravation de l'état de santé psychique depuis l'examen du SMR du 14 novembre 2012 (recte 2011), la lettre de sortie du CTB mentionnant que l'évolution est favorable.

25. Par décision du 5 décembre 2012, l'OAI confirme son projet et refuse toute prestation à l'assurée.

26. L'assurée forme recours le 21 janvier 2013, représentée par un avocat, Elle estime que son état dépressif n'a pas été suffisamment pris en compte et que sa demande de prestations a été rejetée sur la base d'une appréciation de son cas par le SMR, sans aucune investigation, ni expertise, et sollicite le réexamen de son cas par la Cour.

27. L'OAI conclut, le 18 février 2013, au rejet du recours. La décision querellée se fonde sur une appréciation consciencieuse du dossier médical de l'assurée et la pathologie psychiatrique a été prise en considération, seule une dysthymie étant retenue, mais sans répercussion sur la capacité de travail. L'avis de l'ensemble des médecins traitants a été recueilli et la recourante n'indique pas en quoi la décision serait erronée, en droit et en fait.

28. Par observations du 25 mars 2013, la recourante procède à un rappel chronologique des éléments de son dossier, rappelle qu'elle a été hospitalisée trois fois à Belle-Idée et que l'expertise du SMR estime que l'appréciation du cas est difficile, mais que "en faisant la part des choses", elle dispose d'une capacité de travail de 80 %. Aucune précision n'est donnée quant à la nature de l'activité adaptée, qui est préconisée et le psychiatre traitant retient un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, ainsi qu'un retard mental léger et un trouble mixte de la personnalité, ces diagnostics n'ayant pas été pris en compte lors de l'examen du SMR. Compte tenu des divergences entre les troubles psychiatriques retenus par le SMR et ceux mentionnés par les médecins traitants, la recourante persiste dans ses conclusions, soit l'octroi de l'AI depuis le 21 avril 2010, et à ce qu'une expertise psychiatrique complémentaire soit effectuée.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2005 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Au vu des faits pertinents du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné à la lumière des 5ème et 6ème révisions (révision 6a) de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 40 al. LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Est litigieuse dans le cas d'espèce la question de savoir si la recourante présente une invalidité lui ouvrant un droit aux prestations de l'assurance-invalidité suite à sa nouvelle demande du 21 avril 2010.

6. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

   Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

   b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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.

   Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

   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 273 consid. 4a). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

   c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il convient alors d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

d) 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). 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 (ATF 131 V 49, consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

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 (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1).

A l'inverse, 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 (ATF 131 V 49, consid. 1.2).

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], 4ème 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 (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1).

e) Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. 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.

7. a) 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, à ce motif, 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 256, consid. 4 et les références).

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 (ATF 125 V 351, consid. 3).

b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

c) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351, consid. cc).

d) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

e) Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353, consid. 5b, ATF 125 V 193, consid. 2). 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 319, consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464, consid. 4a, ATF 122 III 219, consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90, consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

8. En l'espèce, l'intimé fonde sa décision sur le rapport d'examen rhumato-psychiatrique du 14 novembre 2011 du SMR pour refuser toute prestation à l'assurée, qui ne présente qu'un taux d'invalidité de 16% pour une capacité de travail

de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. L'assurée estime quant à elle, en se fondant sur les avis de ses médecins traitants, que sa capacité de travail est plus largement entravée, sans indiquer toutefois si elle est totalement ou partiellement incapable de travailler. Elle conclut à être mise au bénéfice de l'AI, sans précision, et à ce que la Cour réexamine le cas et ordonne un complément d'expertise.

Le rapport d'examen du SMR est fondé sur le dossier de l'assurée, en particulier les rapports médicaux de son généraliste et de son psychiatre, celui des HUG de mai 2010, ainsi que sur l'examen de l'assurée. Il comporte une anamnèse brève mais précise, mentionne les plaintes de l'assurée et décrit les constatations objectives. Ses conclusions sont claires et bien motivées, de sorte qu'il convient de reconnaître à ce rapport une pleine valeur probante.

Du point de vue somatique, les conclusions du SMR ne sont pas remises en cause par les avis des médecins traitants de l'assurée. Suite à l'intervention chirurgicale effectuée le 15 octobre 2009, le Dr H_____ a attesté d'une nette amélioration de la symptomatologie, avec disparition quasi complète des sciatalgies, en précisant que la surcharge pondérale et la dépression avaient un impact sur les douleurs résiduelles. Le Dr G_____ met en avant les diagnostics psychiatriques pour justifier de la capacité de travail limitée de sa patiente et le Dr B_____ confirme que l'examen clinique neurologique est normal. Le diagnostic de fibromyalgie retenu par les médecins du SMR est confirmé par l'avis du Dr A_____, qui retient des douleurs somatoformes depuis juin 2009, et par le Dr B_____, qui confirme que les céphalées sont dues à un état poly-algique lié à un état dépressif chronique. On comprend dès lors que l'appréciation du cas soit difficile, comme le relèvent les médecins du SMR, en raison de l'association de douleurs lombaires et de la fibromyalgie de fond. De façon nuancée donc, "en faisant la part des choses", le rhumatologue du SMR retient que la présence des troubles dégénératifs étagés et la persistance de douleurs lombaires empêchent l'activité de nettoyeuse, mais ne limitent que peu l'activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Sur ce point donc, le rapport du SMR n'est pas critiquable, ni sérieusement remis en cause par les autres médecins.

Du point de vue psychiatrique, le rapport du SMR retient une dysthymie et une personnalité dépendante. En juin 2010, le Dr A_____ retenait un épisode dépressif léger. D'ailleurs, l'assurée a cessé tout suivi psychiatrique d'octobre 2010 à septembre 2011. S'il est exact que lors des admissions en psychiatrie de fin avril 2010 et fin octobre 2011, les HUG ont retenu le diagnostic de trouble dépressif, épisode actuel moyen, les rapports mentionnent à chaque fois une amélioration de la thymie, après adaptation du traitement. D'ailleurs, les rapports des HUG révèlent que, tant en 2010 qu'en 2011, l'assurée est amenée à l'unité de psychiatrie par sa sœur aînée, qui se sent envahie par la présence de l'assurée, étant précisé que fin octobre 2011, l'assurée n'a pas été hospitalisée en unité psychiatrique, mais

seulement suivie avec quelques nuits au CTB, qui lui a clairement indiqué que son état ne nécessitait pas d'hospitalisation. Il ressort ainsi clairement des divers rapports des HUG, mais également de ceux des psychiatres traitants, que l'assurée a connu plusieurs périodes d'exacerbation de son état dépressif et anxieux, depuis 2007, à l'occasion de séparations ou de conflits familiaux, les hospitalisations ayant surtout permis de prendre de la distance par rapport à la situation. Dans l'hypothèse même où l'appréciation des médecins du SMR avait sous-évalué l'intensité du trouble dépressif, qui oscillerait entre un trouble léger et un trouble moyen, au lieu d'une dysthymie, cela ne permet pas pour autant de remettre en cause les conclusions. Avec un suivi psychiatrique régulier et une médication adéquate, ce trouble dépressif, qui est traité depuis 2002 par le Dr A_____, est sans effet sur la capacité de travail de l'assurée, qui ne présente que de brefs épisodes nécessitant une prise en charge accrue. Au demeurant, associé à une fibromyalgie, un trouble dépressif même de gravité moyenne, ne représente pas une comorbidité suffisamment intense pour être considérée comme étant invalidante.

Pour le surplus, la Dresse L_____ n'expose pas pourquoi, malgré un traitement adéquat, les troubles retenus seraient totalement invalidants. Finalement, contrairement aux griefs de l'assurée, le psychiatre du SMR a tenu compte du diagnostic de personnalité dépendante. Au surplus, le léger retard mental est sans conséquence sur une activité simple, répétitive, ne nécessitant aucune formation. Ainsi, aucun élément mis en avant par ce médecin traitant ne justifie de s'écarter de l'avis du SMR et d'ordonner une expertise judiciaire.

En conclusion donc, l'assurée ne fait pas valoir d'argument probant qui permettrait de s'écarter des conclusions du SMR, s'agissant d'une capacité de travail de 80 %, dans une activité adaptée aux limitations non contestées de l'assurée (port de charge limité, alternance des positions et pas de position en porte à faux, ni en flexion extension du tronc ou en rotation).

A ce sujet, le Tribunal fédéral a maintes fois confirmé que la référence au salaire statistique de l'ESS, TA1, général, était admissible en présence de limitations fonctionnelles de ce type, dès lors qu'une grande partie des métiers non qualifiés représentant le salaire statistique retenu était accessible, sans formation particulière, aux assurés concernés, sans que l'OAI doive nécessairement faire une liste des métiers en questions. Après l'intervention d'octobre 2009, l'assurée dispose à nouveau d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée dès mars 2010, de sorte qu'elle ne peut pas prétendre à une rente. Au vu du taux d'invalidité et du fait que les activités adaptées sont accessibles sans formation, des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être.

9. Le recours, mal fondé sera rejeté. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), mais que la recourante plaide au

bénéfice de l'assistance judiciaire, aucun émolument ne sera mis à sa charge, malgré l'issue du recours.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Renonce à la perception d'un émolument.

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; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Irène PONCET	Sabina MASCOTTO

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