

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2417/2008

ATAS/1334/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 2 novembre 2009

En la cause

Madame I _____, domiciliée à Châtelaine, représentée par
FORTUNA - Protection juridique

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS , Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame I _____, ressortissante du Kosovo née en 1967, est arrivée en Suisse en novembre 1994 et y a exercé les activités de femme de ménage et de nettoyeuse à 75%.
2. L'assurée a présenté une incapacité totale de travail dès mars 2005 pour cause de douleurs lombaires.
3. En date du 15 mars 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de douleurs lombaires. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a dès lors réuni diverses attestations médicales, notamment les documents rassemblés par l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assurée.
4. Dans le cadre de l'assurance perte de gain de l'employeur, l'assurée a été soumise à une expertise conduite par le Dr L _____, spécialiste en médecine interne, en date du 28 novembre 2005. Dans son rapport d'expertise du 30 novembre 2005, l'expert a diagnostiqué des lombo-sciatalgies gauches chroniques sur protrusion discale paramédiane gauche L5-S1, des troubles statiques avec hyperlordose lombaire et insuffisance musculaire, un canal lombaire de taille limite et un trouble somatoforme douloureux chronique débutant. L'expertisée présentait des lombalgies chroniques qui résistaient à toute thérapeutique depuis le début de l'année 2005. Il existait par ailleurs un facteur psychique important, puisque l'assurée refusait toute activité et qu'elle développait un état de régression et de dépendance complète vis-à-vis de sa famille. L'examen clinique était peu contributif car l'assurée collaborait peu et qu'il existait d'importants signes de non organicité des douleurs (liés à de l'anxiété plutôt qu'à une volonté de tromper). L'expert en déduisait que la patiente souffrait réellement de ses lombalgies mais que ses réactions pour éviter la douleur devenaient excessives et même néfastes. En effet, lorsqu'il existait des discopathies ou un canal lombaire étroit, il était important de se mobiliser et de rester en activité car le mouvement permettait une diminution des douleurs et une préservation des capacités fonctionnelles. Par ailleurs, la patiente déclarait qu'elle n'avait pas perdu le moral; elle avouait cependant une certaine anxiété à cause de ses douleurs mais déniait tout autre problème psychique. L'expertisée restait allongée toute la journée devant la télévision. En principe, l'assurance était en droit d'exiger une reprise professionnelle dans les limites de ce que permettait la maladie dans des conditions sociales idéales. En l'occurrence, il existait surtout un facteur psychologique responsable d'un état de régression massif, mais sans véritable maladie psychiatrique autre que le syndrome somatoforme. Cependant, l'expert n'imaginait pas l'assurée capable de travailler dans son état de régression actuel. Il existait donc une incapacité totale de travail depuis le 21 mars 2005 et il ne semblait pas productif à l'expert d'imposer à

l'assurée une reprise dans un court délai. À long terme, il était probable que l'on s'acheminât vers une incapacité complète durable, qui évoluerait vers une demande de rente d'invalidité.

5. Dans un rapport du 13 avril 2006 à l'assurance-invalidité, le Dr M_____, spécialiste en rhumatologie et médecin traitant, a diagnostiqué des lombosciatalgies gauches (mot illisible), une protrusion discale L5-S1 paramédiane gauche, des troubles statiques lombaires et un trouble somatoforme chronique douloureux. L'incapacité de travail était totale depuis le 21 mars 2005. Une reprise de travail n'était pas envisageable et un reclassement professionnel illusoire. L'assurée pouvait alterner les positions assis/debout/marche et utiliser ses deux bras de manière complète.

6. L'assurée a été soumise à un examen clinique rhumato-psychiatrique conduit par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) en date du 23 novembre 2007 et effectué avec l'assistance d'un traducteur de langue albanaise. Les experts N_____ (psychiatre) et O_____ (médecine interne) ont diagnostiqué des lombopygialgies gauches sur troubles dégénératifs et statiques modérés du rachis lombaire, une périarthrite de la hanche gauche et un déconditionnement musculaire global avec dysbalance de la musculature posturale. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une obésité de classe I et un discours algique chronique diffus avec comportement caricatural. Les différents examens réalisés y compris l'examen clinique du SMR n'avaient pas mis en évidence d'atteinte à la santé pouvant expliquer la globalité de la symptomatologie mise en avant par l'assurée. De façon objective, l'assurée présentait des troubles dégénératifs et statiques modérés du rachis lombaire, susceptibles de provoquer des lombalgies aspécifiques sans trouble neurologique. La globalité de la symptomatologie et la chronicité de celle-ci s'inscrivaient dans un contexte de non organicité. Aussi bien le diagnostic formel de fibromyalgie que celui de syndrome douloureux somatoforme persistant ne pouvaient être retenus en l'absence des critères stricts de la CIM-10 pour ces deux diagnostics. L'ampleur des plaintes algiques mises en avant pouvait être expliquée par un comportement démonstratif de la part de l'assurée. Sur le plan psychique, l'assurée n'avait jamais présenté de pathologie psychiatrique et son état n'avait pas nécessité de prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière. L'examen clinique psychiatrique n'avait en effet pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de troubles de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, de perturbation de l'environnement psychosocial, qui était normal, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui faisait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, les experts n'avaient pas retenu ce diagnostic. Selon la CIM-10, ce diagnostic reposait en effet sur la présence d'une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non

expliqué entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. En l'occurrence, l'expertisée ne souffrait d'aucune comorbidité psychiatrique manifeste, ni de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni d'un état psychique cristallisé. Les experts n'avaient pas non plus retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, car l'assurée n'adoptait pas d'attitude histrionique et ne présentait pas non plus une insatisfaction relative aux résultats du traitement ou des investigations. En conclusion, sur la base d'un examen clinique psychiatrique, l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail était entière dans toute activité. Sur le plan somatique, l'expertisée présentait en revanche des limitations fonctionnelles ostéoarticulaires. Elle ne devait pas porter de charges supérieures à 7,5 kilos de façon répétitive, pas tenir de position statique assise au-delà de 40 minutes, sans possibilité de varier les positions, pas tenir de position statique debout au-delà de 10 à 15 minutes, pas tenir de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis à répétition et il y avait une diminution du périmètre de marche à 45 minutes. L'incapacité de travail s'élevait à 50 % dans l'activité habituelle de femme de ménage et de femme de chambre. Dans une activité adaptée, une capacité de travail totale était possible depuis juin 2005 (cf. rapport d'examen du SMR du 15 janvier 2008).

7. Dans leur avis sans examen clinique du 14 février 2008, les médecins du SMR ont confirmé les conclusions de l'examen du SMR, reconnaissant à l'assurée une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis juin 2005.
8. En date du 18 mars 2008, une enquête économique a eu lieu au domicile de l'assurée, afin de déterminer ses empêchements dans la tenue du ménage. L'infirmière chargée de l'enquête, Madame J_____, a indiqué que sans atteinte à la santé, l'assurée serait nettoyeuse à 75 % (30 heures par semaine) comme avant son incapacité de travail. Il ressortait de cette enquête que depuis son incapacité, l'assurée ne faisait plus rien du tout au foyer. Elle ne descendait même plus chercher le courrier, et n'allait que très occasionnellement acheter du pain ou quelques denrées légères avec sa fille s'il faisait beau. En outre, elle faisait beaucoup moins de broderie qu'auparavant, en raison de ses douleurs. Ainsi, les empêchements totaux dans la tenue du ménage s'élevaient à 41,5 %. Les travaux ménagers étaient effectués par ses enfants âgés de 18 et 19 ans, sa sœur et son époux. Les empêchements de l'assurée dans la sphère ménagère avaient été difficiles à évaluer. En effet, il y avait une inadéquation entre les dires de l'assurée et les limites fonctionnelles retenues. L'assurée s'était levée de son canapé avec peine et avait voulu se recoucher immédiatement en raison de douleurs intenses.
9. Par projet de décision du 4 avril 2008, l'OCAI a rejeté la demande de prestations au motif que de la comparaison des revenus avant invalidité de 30'493 fr. et après

invalidité de 32'052 fr. découlait un degré d'invalidité de 0%. Par ailleurs, il ressortait de l'enquête économique que dans le domaine des travaux habituels, l'empêchement subi s'élevait à 42 %. De ces deux activités, professionnelle et ménagère, découlait un degré d'invalidité total de 11 %, insuffisant pour donner droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Un délai au 5 mai 2008 était enfin octroyé à l'assurée pour faire part des observations relatives au projet de décision.

10. Par courrier du 16 avril 2008, l'assurée, représentée par la Compagnie d'Assurance de Protection juridique FORTUNA, a sollicité le dossier de l'assurance-invalidité afin de préparer les objections qu'elle entendait formuler contre le projet de décision.
11. Par courrier du 24 avril 2008, l'assurée a réitéré sa demande concernant la transmission du dossier et sollicité un délai supplémentaire afin de contester le projet de décision.
12. Par courrier du 24 avril 2008, l'OCAI a fait parvenir, sous pli recommandé, le dossier de l'assurée comprenant 51 pièces.
13. Par courrier du 28 avril 2008, n'ayant pas reçu le dossier, ni de réponse de l'assurance-invalidité, l'assurée s'est opposée de manière formelle au projet de décision, sollicitant une prolongation du délai pour motiver son opposition.
14. Par courrier du 5 mai 2008, l'OCAI a pris note que l'assurée entendait contester intégralement le projet de décision, relevant qu'aucun motif pertinent de prolongation du délai n'avait été donné, puisque l'accès à l'intégralité du dossier, intervenu tardivement pour des raisons non imputables à l'Office, n'était pas déterminant pour faire valoir ses observations.
15. Par décision du 4 juin 2008, l'OCAI a rejeté la demande de rente d'invalidité et refusé des mesures professionnelles car le taux d'invalidité global dans les deux domaines d'activité de l'assurée s'élevait à 11 % et était donc insuffisant pour ouvrir droit à des prestations. L'OCAI a enfin formulé la remarque suivante : "En l'absence de contestation de votre part dans le délai fixé, notre Office part de l'idée que vous êtes d'accord avec le contenu de notre projet de décision du 4 avril 2008, raison pour laquelle celui-ci est repris intégralement dans la présente décision".
16. Par courrier du 3 juillet 2008, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant préalablement à la constatation que son droit d'être entendue avait été violé et principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de dépens. Subsidiairement, elle a sollicité l'ordonnance d'une expertise psychiatrique et médicale en présence d'un interprète de langue albanaise. Elle a tout d'abord fait valoir que son droit d'être entendu avait été violé. En effet, elle avait demandé à plusieurs reprises qu'un délai complémentaire lui soit accordé car le délai initial fixé au 5 mai 2008 était insuffisant puisqu'elle n'avait reçu le dossier

de l'assurance-invalidité que le 30 avril 2008; or la prolongation du délai lui avait été refusée, ce qui violait son droit d'être entendue. Ainsi, la décision litigieuse devait être annulée conformément à la jurisprudence fédérale. S'agissant de l'incapacité de travail, elle a fait valoir qu'elle souffrait d'un trouble somatoforme douloureux et qu'elle remplissait les critères lui donnant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Enfin, elle a relevé que ses limitations fonctionnelles étaient conséquentes, qu'aucun traitement ne pourrait avoir d'effet positif sur son état de santé et qu'elle présentait une totale incapacité de travail selon son médecin traitant, avis confirmé par l'expert L_____.

17. Dans sa réponse du 27 août 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il a relevé que la recourante invoquait une violation de son droit d'être entendu. Or, l'intimé avait pris en compte le fait que la recourante s'était opposée au projet de décision du 4 avril 2008, par courrier du 28 avril 2008, mais que les arguments avancés ne permettaient pas de modifier la teneur dudit projet. Ainsi, le grief de violation du droit d'être entendu était mal fondé. S'agissant du fond, l'intimé a relevé que tous les intervenants avaient mis en évidence de nombreux signes de non organicité et fait état de discordances entre les constatations cliniques et les limitations alléguées. Enfin, le rapport du SMR avait pleine valeur probante au sens de la jurisprudence et aucun diagnostic psychiatrique n'avait été retenu, de sorte qu'une nouvelle expertise psychiatrique ne se justifiait pas.
18. Par courriers du 11 novembre 2008, le Tribunal de céans a informé les parties qu'une expertise psychiatrique serait confiée au Dr P_____, psychiatre, et leur a soumis la mission d'expertise.
19. Par courrier du 25 novembre 2008, la recourante a demandé au Tribunal de céans que certaines questions soient posées à l'expert, questions, qui ont été intégrées dans la mesure de leur pertinence à la mission d'expertise.
20. Par courrier du 26 novembre 2008, l'OCAI a indiqué qu'il n'avait ni motif de récusation quant au choix de l'expert ni questions complémentaires à lui poser.
21. Par ordonnance du 1er décembre 2008 (ATAS/1425/2008), le Tribunal de céans à confier l'expertise de la recourante au Dr P_____.
22. En date du 30 juin 2009, l'expert P_____ a rendu son rapport d'expertise. Il avait reçu en consultation la recourante les 28 avril et 11 mai 2009. L'expertisée se plaignait de douleurs dans les jambes et dans la hanche gauche, apparues il y a environ cinq ans; sévères, permanentes, elles perturbaient profondément sa vie quotidienne. Elle ne pouvait rester longtemps assise et passait l'essentiel de son temps allongée sur le canapé, seule position qui la soulageait. Elle s'efforçait de faire quelques pas, mais la marche exacerbait la douleur. Elle ne pouvait guère parcourir plus de quelques centaines de mètres. Certains jours, elle était incapable de sortir de chez elle tant la douleur était vive. Elle n'avait pas d'autres plaintes

concernant son état de santé tant physique que psychique. Sur le plan familial, il régnait une bonne harmonie. Il n'y avait pas de conflit, pas de tension, pas de problèmes conjugaux, pas de sujets d'inquiétude. Ses enfants réussissaient bien à l'école et son mari travaillait régulièrement ; tous la soutenaient autant qu'ils le pouvaient. L'assurée avait perdu l'espoir que son état ne s'améliore et craignait surtout de devenir impotente, condamnée au fauteuil roulant. L'humeur n'était pas vraiment altérée : elle ne se sentait pas triste, elle n'avait pas d'idées noires et n'avait jamais pensé au suicide. Elle était toutefois devenue plus sensible, plus fragile; elle s'énervait facilement, parfois elle pleurait. Elle n'avait pas tendance à se faire des reproches, elle n'éprouvait pas de culpabilité de son état et de son incapacité à tenir son rôle. "C'était le destin" concluait-elle. Elle ne signalait ni phobies ni idées obsessionnelles ou intrusives ni d'autres peurs que celle de devenir impotente. Elle avait conservé une vie sociale, elle voyait des proches et d'anciennes collègues de travail. Lors de l'entretien, elle avait adopté sur son siège une position antalgique qu'elle avait conservée sans presque bouger, sans se lever, sans montrer des signes d'inconfort ou de douleur. Il n'y avait rien d'histrionique ou de démonstratif dans son attitude. Elle était restée attentive et concentrée pendant toute la durée des entretiens. Elle s'exprimait avec vivacité dans sa langue, le débit de parole était fluide et rapide, il n'y avait aucun ralentissement psychique et, selon l'interprète, pas de troubles du cours ou du contenu de la pensée. Le fonctionnement psychique était de type opératoire, concret, les capacités d'insight étaient réduites. Il n'y avait pas de signe de la lignée psychotique. L'expert a conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique. Au sens technique du terme, la recourante ne présentait pas un déni de troubles psychiques. Elle s'efforçait cependant de garder à tout prix le contrôle de ses affects et de ses réactions émotionnelles. L'expertisée était très certainement dans un état de souffrance psychique, qu'elle s'efforçait de masquer. Cet état n'avait cependant pas valeur de maladie psychiatrique. L'expertisée souffrait de douleurs chroniques qui ne répondaient pas aux caractéristiques d'un trouble douloureux somatoforme persistant. En effet, ses douleurs n'étaient pas apparues dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psychosociaux et bien qu'elles l'affectaient moralement et limitaient considérablement sa capacité à accomplir les tâches domestiques, à ce jour, elles n'avaient pas provoqué un état de détresse psychique ni entraîné des répercussions délétères sur l'équilibre familial ou l'insertion sociale. Ainsi, l'assurée ne souffrait d'aucun trouble psychiatrique. Il n'y avait pas de processus maladif de nature psychiatrique. La recourante ne subissait aucune perte d'intégration sociale. Elle était entourée, aidée et soutenue moralement par sa famille et avait conservé des liens amicaux et sociaux. Elle ne présentait pas un état psychique cristallisé au sens général donné à cette expression dans le contexte d'une expertise judiciaire. Cependant, malgré l'absence de troubles psychiatriques, son état pouvait être qualifié de cristallisé, si l'on entendait signifier qu'elle n'avait pas les ressources psychiques et cognitives nécessaires pour faire face de manière adéquate à la douleur chronique et n'était pas capable d'adopter un comportement et des stratégies de "coping" susceptibles d'en réduire le handicap

fonctionnel. Il n'existait pas de troubles psychiatriques de nature à réduire la capacité à mettre en œuvre la volonté. Il n'y avait pas d'empêchement ou de limitation de nature psychiatrique. Il n'y avait pas d'incapacité pour cause psychique.

23. Par courrier du 23 juillet 2009, la recourante a noté que l'expert avait relevé qu'elle avait donné l'impression de mobiliser ses ressources psychiques pour lutter contre l'effondrement dépressif, qu'elle était certainement dans un état de souffrance psychique qu'elle s'efforçait de masquer et qu'elle présentait un état de régression. Ainsi, l'expert P_____ faisait comprendre que la recourante souffrait de douleurs chroniques et invalidantes mais qu'elle ne souffrait pas encore d'une dépression au sens médical du terme. Toutefois, l'expert faisait constater que la limite n'était pas loin d'être atteinte. Dès lors, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours puisqu'elle présentait une attitude caractérisée par un apragmatisme majeur et un sentiment de résignation fataliste devant la douleur. Enfin, elle a conclu à ce qu'une instruction complémentaire soit ordonnée sur le plan physique puisque le dernier examen médical du SMR datait de novembre 2007.
24. Par courrier du 4 août 2009, l'OCAI s'est référé à l'expertise du Dr P_____ qui rejoignait les conclusions de l'examen du 23 novembre 2007 réalisé par le SMR.
25. 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 sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les délai et formes prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 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 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), il convient de relever que 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 4 juin 2008 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LAI pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3).

5. La recourante reproche tout d'abord à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendue en ne lui accordant qu'un délai de quelques jours ouvrables dès la réception du dossier de l'assurance-invalidité pour faire valoir ses observations suite au projet de décision, soit en refusant de prolonger le délai de trente jours accordé initialement par l'OCAI.

a) Ce grief de nature formelle, qui pourrait amener le Tribunal de céans à annuler la décision entreprise et à renvoyer la cause à l'autorité administrative sans examen du litige sur le fond, doit être examiné en premier lieu (cf. ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 124 V 92 consid. 2 notamment).

La jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst., qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a). Toutefois, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 consid. 2b et les références).

b) En l'occurrence, la question de la violation du droit d'être entendu de la recourante peut rester ouverte. En effet, l'éventuelle violation de ce vice a pu être réparée dans la présente procédure, dès lors que la recourante a pu y faire valoir tous ses griefs et que le Tribunal de céans dispose d'un plein pouvoir de cognition,

de sorte que ce vice n'entraîne pas l'annulation de la décision litigieuse ni le renvoi du dossier à l'intimé (cf. notamment ATAS/558/2007 et ATAS/663/2008).

6. La question de fond litigieuse est celle de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, soit quel est son degré d'invalidité.

a) 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. D'autre part, dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49).

Au nombre des critères dégagés par la jurisprudence, qui permettent de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan 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 traitements), 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.

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 sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées).

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* et les références citées).

Dans ce contexte, 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).

b) 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).

c) 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).

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).

7. En l'occurrence se trouvent au dossier des attestations des médecins traitants, notamment du Dr M_____, une expertise somatique du Dr L_____ de novembre 2005, un examen bidisciplinaire du SMR de novembre 2005 et une expertise psychiatrique du Dr P_____ de juin 2009.

Le Dr L_____ conclut sur le plan physique à une totale capacité de travail mais estime la capacité nulle en raison des facteurs psychologiques responsables de l'état de régression. Selon cet expert, l'examen clinique était peu contributif car l'assurée collaborait peu et qu'il existait d'importants signes de non organicité des douleurs (liés à de l'angoisse plutôt qu'à une volonté de tromper). L'expert en déduisait que la patiente souffrait réellement de ses lombalgies mais que ses réactions pour éviter la douleur devenaient excessives et même néfastes. En effet, lorsqu'il existait des discopathies ou un canal lombaire étroit, il était important de se mobiliser et de rester en activité car le mouvement permettait une diminution des douleurs et une préservation des capacités fonctionnelles. En principe, l'assurance était en droit d'exiger une reprise professionnelle dans les limites de ce que permettait la maladie dans des conditions sociales idéales. En l'occurrence, il existait surtout un facteur psychologique responsable d'un état de régression massif, mais sans véritable maladie psychiatrique autre que le syndrome somatoforme.

L'examen du SMR retient sur le plan physique des lombopyralgies gauches sur troubles dégénératifs et statiques modérés du rachis lombaire, une périarthrite de la hanche gauche et un déconditionnement musculaire global avec dysbalance de la musculature posturale. De façon objective, l'assurée présentait des troubles dégénératifs et statiques modérés du rachis lombaire, susceptibles de provoquer des lombalgies aspécifiques sans trouble neurologique. La globalité de la symptomatologie et la chronicité de celle-ci s'inscrivaient dans un contexte de non organicité. Aussi bien le diagnostic formel de fibromyalgie que celui de syndrome douloureux somatoforme persistant ne pouvaient être retenus en l'absence des critères stricts de la CIM-10 pour ces deux diagnostics. Ainsi, sur le plan somatique, l'expertisée présentait des limitations fonctionnelles ostéoarticulaires. Elle ne devait pas porter de charges supérieures à 7,5 kilos de façon répétitive, pas tenir de position statique assise au-delà de 40 minutes, sans possibilité de varier les positions, pas tenir de position statique debout au-delà de 10 à 15 minutes, pas tenir de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis à répétition et il y avait une diminution du périmètre de marche à 45 minutes. L'incapacité de travail s'élevait à 50 % dans l'activité habituelle de femme de ménage et de femme de chambre. Dans une activité adaptée, une capacité de travail totale était possible depuis juin 2005.

Ainsi, sur le plan somatique, il convient de relever que les deux expertises ont valeur probante selon la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière et il sera

retenu que la recourante présente une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dès lors la demande de la recourante de nouvelle expertise somatique, non motivée par un quelconque certificat médical, sera écartée.

Quant à l'expertise psychiatrique du Dr P_____, il convient de déterminer si elle a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. En l'occurrence, l'expert a reçu deux fois la recourante en entretien, accompagnée d'un interprète. Il a procédé à des anamnèse détaillées, a recueilli les données subjectives de l'expertisée, a procédé à des constatations objectives (status psychiatrique), a posé des diagnostics clairs et répondu de façon précise et circonstanciée aux questions qui lui étaient posées. Ses conclusions sont motivées et convaincantes et ne comportent pas de contradiction. Partant, cette expertise a pleine valeur probante, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par les parties et ses conclusions seront donc suivies par le Tribunal de céans. Ainsi, il convient de retenir que la recourante ne présente aucune pathologie psychiatrique invalidante, soit ni trouble dépressif ni troubles somatoforme douloureux qui pourraient affecter sa capacité à surmonter ses douleurs. Elle présente donc sur le plan psychiatrique une pleine capacité de travail. Les remarques que la recourante a relevées dans ses observations après expertise qui ont d'ailleurs été discutées par l'expert ne contredisent pas les conclusions de ce dernier, qui, après discussion, explique de manière claire pourquoi il conclut à une absence de diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail, malgré l'état de régression de la recourante.

Il y a dès lors de procéder à la comparaison des revenus avant et après invalidité pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante et de pondérer les taux d'invalidité, puisque la recourante travaillait à 75 % en qualité de nettoyeuse et s'occupait à 25 % de son ménage.

8. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles

d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

b) Selon l'art. 28 al. 2 bis LAI, l'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels.

La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001, p. 158, consid. 3c; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1; du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2; du 28 février 2003, I 685/02, consid. 3.2).

c) Aux termes de l'art. 28 al. 2 ter LAI, lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel ou apportent une collaboration non rémunérée à

l'entreprise de leur conjoint, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 16 LPGa. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, au sens de l'art. 8 al. 3 LPGa, l'invalidité est fixée selon l'alinéa 2 bis pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative ou de la collaboration apportée à l'entreprise du conjoint et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 du règlement de l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et les références, 104 V 136 consid. 2a).

9. Avant l'invalidité, la recourante travaillait en tant que nettoyeuse à raison de 30 heures par semaines chez deux employeurs. Selon l'attestation de l'employeur Centre John Knox du 17 août 2006, la recourante travaillait 20 heures par semaine. Elle avait gagné en 2004 20'083 fr. Selon l'attestation de l'employeur de l'entreprise de nettoyage X_____ du 21 août 2006, elle avait gagné en 2004 9'030 fr. pour deux heures par jour pendant 5 jours par semaine. Ainsi, l'année précédent ses incapacités de travail, soit en 2004, l'assurée avait totalisé un revenu de 29'113 fr. Ce revenu doit être indexé à l'année 2006, année déterminante pour la comparaison des revenus car il correspond à l'année de naissance de l'éventuelle rente d'invalidité compte tenu du début de l'incapacité de travail. Cette réévaluation porte le revenu à 29'816 fr. 15 (cf. La Vie économique, tableau B10.3).

L'assurée s'occupait le reste du temps de la tenue de son ménage et doit donc être considérée comme une assurée exerçant une activité lucrative à temps partiel.

Selon l'enquête économique à domicile de mars 2008, qui n'est au demeurant pas contestée par les parties, les empêchements totaux dans la tenue du ménage s'élèvent à 41,5 %.

Pour le salaire d'invalidé, il convient de se référer aux salaires auxquels peuvent prétendre en 2006 les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'019 fr. par mois ou 48'228 fr. par an (cf. Office fédéral de la statistique, Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1, niveau de qualification 4). En effet, la recourante serait à même d'effectuer nombre d'activités non qualifiées, respectant ses limitations. En outre, comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures, soit d'une durée

hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 ; cf. La Vie économique, tableau B9.2), ce montant doit être porté à 50'277 fr. 70. La recourante travaillait à 75%, ce qui correspond donc à un salaire de 37'708 fr. 30. Un abattement supplémentaire de 15% se justifie compte tenu des limitations fonctionnelles et de la nationalité, ce qui porte le revenu avec invalidité à 32'052 fr. 05. La comparaison des revenus déterminants avant et après invalidité conduit ainsi à retenir un taux d'invalidité de 0% ($[29'816 \text{ fr. } 15 - 32'052 \text{ fr. } 05] \times 100 : 29'816 \text{ fr. } 15 = - 7,49\%$).

Il s'agit dès lors de procéder à l'évaluation du taux d'invalidité global au moyen de la méthode mixte d'évaluation ; ce taux se détermine à l'aide de la formule suivante :

$$\frac{E \times IE + ([EZ - E] \times H)}{EZ}$$

E = travail fourni par les assurés en tant que personnes non invalides exerçant une activité lucrative en heures par semaine
IE = handicap rencontré en tant que personne exerçant une activité lucrative en pour cent
EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée, en heures par semaine
H = handicap rencontré dans le ménage en pour cent.

Le calcul à effectuer est donc le suivant : $[30 \times 0 + ([40 - 30] \times 41,5)] : 40 = 10,37 \%$, taux insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

10. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. La recourante qui succombe sera condamnée à des dépens, fixés à 200 fr.

**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 ; 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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