REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/243/2007 **ATAS/824/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 18 juillet 2007

En la cause

Madame P_____, domiciliée , CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GABUS Pierre — recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE — intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Teresa SOARES et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame P_____, née le 1954, a travaillé en tant que serveuse de juin 1994 à septembre 2002 dans le restaurant "La Biguine" dont son mari était le gérant. Cet emploi a pris fin avec la remise du restaurant à un autre gérant. Le dernier salaire de l'intéressée était de 3'400 fr. en 2002.

2. A partir du 1er octobre 2002, l'intéressée a bénéficié des indemnités de chômage et depuis novembre 2002 elle est également aidée financièrement par l'Hospice général.

3. Dès le 3 février 2003, une incapacité de travail complète de l'intéressée est certifiée.

4. Par demande reçue le 9 janvier 2004, elle requiert des prestations d'assurance-invalidité, en vue de l'obtention d'une rente.

5. Dans son rapport du 19 février 2004, le Dr A_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, diagnostique un syndrome douloureux cervico-dorso-lombaire en forte décompensation sur troubles statiques et surtout dégénératifs très importants, une cervicarthrose avancée avec syndrome de l'artère vertébrale manifeste, une obésité marquée et un état de fatigue et d'épuisement manifeste. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, ce médecin mentionne un état dépressif progressivement installé à cause d'une augmentation des douleurs, de fatigue et de limitation globale. L'état va en s'aggravant. Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, le Dr A_____ indique que la répercussion des atteintes à la santé sur l'activité exercée jusqu'ici consiste en une très forte limitation progressive des mouvements et une forte augmentation de la douleur et de la fatigue, ainsi que de l'épuisement. L'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible, ni aucune autre activité.

6. Dans son rapport du 3 mai 2004, le Dr B_____ atteste un syndrome somatoforme douloureux, un syndrome cervico-facial gauche chronique, une coxarthrose et une dépression chronique. L'incapacité de travail est totale depuis le 22 août 2003. Ce médecin propose d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité entière.

7. Le 23 juin 2003, le Dr C_____, spécialiste en médecine interne, écrit au Dr A_____ qu'il a examiné l'intéressée à la demande de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), afin d'estimer sa capacité de travail. Son pronostic est sombre. Il relève qu'elle ne peut plus faire le travail de serveuse et que les douleurs invalidantes rendent difficile tout travail, même sans effort physique. De l'avis de ce médecin, celle-ci est en incapacité de travail totale et définitive.

8. Le 10 mai 2004, le Dr D_____ diagnostique un trouble somatoforme douloureux persistant et un épisode dépressif moyen. L'incapacité de travail est totale dès le 3 février 2003 et l'état est stationnaire. L'incapacité de travail ne peut pas être améliorée par des mesures médicales. Dans les plaintes subjectives, ce médecin mentionne des maux de dos et de tête, l'endormissement des mains, des douleurs à la jambe et au bras gauches, fatigue et irritabilité. La maladie a commencé début 2003. Dans les constatations objectives, le Dr D_____ note "Patiente triste, morose. Pas de projet d'avenir. Se sent dévalorisée et inutile. Troubles de l'attitude, de la concentration et de la mémoire. Ralentissement psychomoteur. Manque de réaction aux activités habituellement agréables de la vie quotidienne". Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, annexé à ce rapport, ce médecin répond par la négative à la question de savoir si les particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale, jouent un rôle dans l'affection actuelle. Les troubles psychiques ne sont pas non plus induits par un surmenage et ils ne disparaîtront pas, si les circonstances se modifient. Les troubles psychiques ne sont pas réactionnels à des événements de vie adverses et l'incapacité de travail est due à des affections physiques ou mentales et non pas à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles.

9. Le 23 août 2006, l'assurée est soumise à un examen rhumatologique et psychiatrique par le Service médical régional AI de la Suisse romande (ci-après : SMR). Dans le rapport du 10 octobre 2006, les Drs E_____, psychiatre, et F_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, de ce service, émettent les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : cervico-brachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques dégénératifs du rachis avec hernie discale C5-C6 droite et tendomyogélose en cascade des membres supérieurs, dorso-lombalgies dans le cadre de troubles statiques du rachis, périarthrite de la hanche gauche dans le cadre du coxarthrose bilatérale débutante. Ils diagnostiquent également une obésité et une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, diagnostics qui n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. Dans l'anamnèse familiale, il est mentionné que le mari de l'assurée bénéficie d'une demi-rente d'invalidité depuis 2002, en raison de maux de dos, et fait des démarches pour recevoir une rente entière. Il a remis le restaurant à cause de sa maladie. Concernant la vie quotidienne de l'assurée, il est mentionné que celle-ci assume elle-même le ménage, cuisine deux plats chauds par jour, nettoie le studio et fait le linge. Les courses sont effectuées en alternance par l'assurée et son mari. Tous les jours, elle fait une promenade d'environ une heure, sur conseil de ses médecins. Le couple ne part plus en vacances pour des raisons financières. L'assurée a gardé des contacts sociaux avec des amis et la parenté au Portugal. Par ailleurs, elle passe la majeure partie du temps devant la télévision. Dans le status psychiatrique est mentionné que l'affect prédominant est un très grand mécontentement de sa situation économique. La présentation des douleurs est démonstrative et n'arrive pas à susciter la compassion

de l'examinateur. Elle n'a pas non plus transmis, pendant l'examen psychiatrique, de signe d'un vécu douloureux par sa mimique ou par ses gestes. Les médecins du SMR notent la présence de signes de non organicité selon Waddell sous forme d'une discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils et une importante démonstrativité. En l'absence d'une détresse psychique issue directement des douleurs, les médecins n'ont pas retenu le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux. Il n'y a pas de souffrance psychogène inhabituellement intensive ni de névrose profondément ancrée. Quant aux limitations fonctionnelles, l'assurée doit pouvoir alterner au moins deux fois par heure la position assise et position debout, éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kilos et le port régulier de charges d'un poids excédant 12 kilos, ainsi que le travail en porte-à-faux statique du tronc. Du point de vue psychiatrique, il n'y a aucune limitation de la capacité de travail. Elle est de 50 % dans l'activité habituelle, qui comprend, selon les médecins, de nombreuses activités tout à fait compatibles avec la pathologie et qui tiennent compte des limitations fonctionnelles requises. Elle est de 100 % dans une activité adaptée.

10. Le 2 novembre 2006, l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OCAI) détermine la perte de gain de l'assurée à 10,9 %, en prenant en considération une réduction des salaires statistiques dans une activité adaptée de 10 %, à cause des handicaps.

11. Après avoir donné l'occasion à l'assurée de s'exprimer sur son projet de refus de rente, l'OCAI lui notifie le 8 décembre 2006 une décision rejetant sa demande de prestation d'invalidité. Outre la rente, il lui refuse également les mesures de réadaptation professionnelle, estimant que son degré d'invalidité est insuffisant.

12. Par acte du 24 janvier 2007, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, recourt contre cette décision, en concluant, à titre préalable, à ce qu'une expertise médicale pluridisciplinaire soit ordonnée et, principalement, à l'annulation de cette décision et l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de dépens. Subsidiairement, la recourante conclut à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. Elle fait valoir qu'elle présente d'importantes affections invalidantes provoquant une totale incapacité de travail, selon tous ses médecins traitants. Ceux-ci constatent unanimement qu'aucune autre activité n'est envisageable. Elle s'étonne d'ailleurs que le SMR ait considéré qu'elle pouvait encore exercer le métier de serveuse à raison de 50 %, alors même que cette activité exige des gestes et comportements qui ne respectent pas les limitations fonctionnelles relevées. Elle en conclut que l'appréciation de sa capacité de travail par le SMR ne saurait être suivie. S'agissant de la comparaison des gains, la recourante relève qu'il y a lieu de procéder à une pondération de 25 % du salaire statistique retenu pour déterminer son revenu hypothétique d'invalide, dans l'hypothèse où une capacité de travail résiduelle est retenue, ce qu'elle conteste. Ainsi, elle estime qu'elle présente un taux d'invalidité de plus de 20 %, ce qui ouvre le droit aux mesures de réadaptation professionnelle.

13. Dans sa détermination du 8 février 2007, l'intimé conclut au rejet du recours, tout en considérant qu'il y a lieu d'accorder une pleine valeur probante à l'examen du SMR. L'intimé estime dès lors qu'une nouvelle expertise ne se justifie pas. S'agissant de l'évaluation de l'invalidité, l'intimé allègue qu'une réduction de plus de 10 % du revenu hypothétique d'invalide ne peut être accordée, s'agissant d'une personne titulaire d'un permis d'établissement C, qui est bien intégrée en Suisse et apte à travailler à 100 %.

14. Par courrier du 20 mars 2007, la recourante annonce qu'elle est hospitalisée pour le traitement d'un cancer avancé et persiste dans ses conclusions.

15. Le 1er mai 2007, elle fait savoir au Tribunal de céans qu'elle a été opérée et se trouve en convalescence. Elle relève que son cancer était déjà déclaré au moment de l'examen par le SMR et qu'il apparaît aujourd'hui que les importantes douleurs dont elle se plaignait étaient manifestement liées à la dégradation de son état de santé. Dès lors que l'importance de ce diagnostic a échappé aux médecins du SMR, le rapport de celui-ci est dénué de toute force probante, de l'avis de la recourante. Elle annexe à son courrier copie de la lettre du 26 avril 2007 du Dr B_____, aux termes duquel elle a été opérée d'un adénocarcinome du colon droit infiltrant, qu'elle est maintenant en convalescence et qu'un bilan post-opératoire sera fait d'ici un à deux mois.

16. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante présente une invalidité lui ouvrant le droit à une rente ou à des mesures de réadaptation professionnelles.

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés

invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels, en vertu de l'art. 28 al. 2bis LAI. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

5. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts et 70 % au moins rente entière.

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 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 298 consid. 4c in fine).

7. 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 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être

tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, 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 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

9. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

   S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

10. En l'espèce, la recourante a relevé, en cours de procédure, une dégradation de son état de santé. Toutefois, dès lors que ces faits sont manifestement postérieurs à la décision du 8 décembre 2006 de l'intimé, il ne peut en être tenu compte dans la

présente procédure de recours. En effet, contrairement à ce que fait valoir la recourante, on ne voit pas quelles douleurs pourraient être en rapport avec le cancer du colon diagnostiqué en 2007, étant précisé que la recourante se plaint essentiellement d'être handicapée par des douleurs cervicales, lombaires et de la face externe des deux hanches (p. 2 du rapport du SMR du 10 octobre 2006).

Il est cependant loisible à la recourante de déposer une demande de révision, si l'aggravation de son état de santé devait avoir provoqué une incapacité de travail durable qui n'a pas pu être prise en compte par le Tribunal de céans pour la raison susmentionnée.

11. Les diagnostics posés par les médecins traitants et le SMR sont concordants, s'agissant des diagnostics somatiques. Leurs diagnostics divergent uniquement en ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux et l'épisode dépressif moyen. S'agissant de ce dernier diagnostic, le SMR a certes constaté une humeur sub-dépressive et un léger ralentissement de la pensée. Néanmoins, il a estimé que ce trouble n'atteignait pas l'intensité d'un épisode dépressif proprement dit.

En premier lieu, il convient de relever que la recourante ne prend pas un traitement antidépresseur, ce qui laisse douter de la gravité d'un éventuel état dépressif. Il ne semble par ailleurs pas que le trouble de l'humeur ait provoqué un retrait social ou qu'il empêche la recourante de vaquer à ses occupations quotidiennes. Cela étant, de l'avis du Tribunal de céans, la conclusion du SMR, selon laquelle la recourante ne souffre pas d'un épisode dépressif, paraît convaincante. En tout état de cause, même si ce diagnostic devait être retenu, il est peu vraisemblable qu'il provoque par son intensité in casu une incapacité de travail dans une activité simple et répétitive qui seule entre en ligne de compte pour une personne sans formation professionnelle comme la recourante. A cet égard, il est également à relever que le Dr A_____ a indiqué dans son rapport du 19 février 2004 que l'état dépressif n'avait pas une répercussion sur la capacité de travail.

En ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux retenu par les médecins traitants, il appert que, même en admettant ce diagnostic, les critères jurisprudentiels ne sont pas remplis pour admettre que ce trouble puisse provoquer une incapacité de travail. En effet, une comorbidité psychiatrique grave doit être niée. Seul pourrait tout au plus être pris en considération à ce titre un épisode dépressif. Toutefois, comme relevé ci-dessus, les états dépressifs qui accompagnent des douleurs chroniques et qui sont réactionnels à celles-ci ne sauraient être considérés comme une comorbidité indépendante. Pour ce qui est des autres critères jurisprudentiels, il convient certes d'admettre que la recourante présente des atteintes à la santé chroniques et durables et que les traitements conformes à l'art ont échoué. Un retrait social dans toutes les manifestations de la vie n'est cependant manifestement pas donné et il n'y a aucun indice dans le dossier pour un état psychique cristallisé, lequel a été expressément exclu par le SMR. Cela étant, un

caractère invalidant ne pourrait en tout état de cause pas être reconnu en l'occurrence à un éventuel trouble somatoforme douloureux.

Quant aux autres atteintes à la santé qui ont pu être objectivées à l'examen clinique et radiologique, elles sont insuffisantes pour limiter la capacité de travail dans une activité adaptée. Par ailleurs, les médecins traitants de la recourante n'ont pas certifié une incapacité de travail en raison des seules atteintes somatiques objectivables, mais également à cause des douleurs multiples et diffuses déclarées par la recourante. Par conséquent, leurs rapports ne sont pas vraiment en contradiction avec l'appréciation du SMR.

Au vu de ce qui précède, la conclusion du SMR, selon laquelle la recourante ne présente pas d'atteinte à la santé entravant sa capacité de travail dans une activité adaptée, abstraction faite des plaintes subjectives et d'un éventuel trouble somatoforme douloureux, est convaincante. Toutefois, de l'avis du Tribunal de céans, son incapacité de travail en tant que serveuse est totale. En effet, ce métier paraît totalement incompatible avec les limitations fonctionnelles constatées, s'agissant d'une activité s'exerçant toujours debout et comportant le port de charges. Par ailleurs, même si cette profession devait comprendre quelques tâches compatibles avec les limitations relevées, un employé ne peut généralement pas choisir d'effectuer seulement certaines tâches et non pas les autres qu'impliquent son métier.

Certes, les conclusions des médecins du SMR ne sont pas partagées par les médecins traitant. Cela s'explique cependant par le fait que ceux-ci ont pris en considération les plaintes subjectives de la recourante et un trouble somatoforme douloureux, affections auxquelles un caractère invalidant ne peut cependant être reconnu d'un point de juridique, comme relevé ci-dessus.

Quant à la valeur probante de l'examen bidisciplinaire du SMR, le Tribunal de céans constate que celui-ci repose sur une anamnèse complète, qu'il prend en considération les plaintes de la recourante, que l'exposé du contexte médical est clair et les conclusions convaincantes, comme exposé ci-dessus. Le seul fait que ce rapport conclut également à une capacité de 50% dans l'activité habituelle de serveuse ne saurait lui ôter toute valeur probante, comme le fait valoir la recourante. Le Tribunal de céans n'estime donc pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale.

Ainsi, aucune incapacité de travail ne sera admise dans une activité adaptée, telle que caissière par exemple.

12. Reste à déterminer la perte de gain de la recourante en se fondant sur une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

a) La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). 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 222 et 128 V 174).

Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est née le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). Il convient de se fonder sur le gain que l'assuré réaliserait effectivement s'il était en bonne santé (ATF 125 V 157 consid. 5 c/bb, ATFA non publié du 14 octobre 2002, cause I 777/01, p. 2, consid. 2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75. consid. 3b/bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. (ATF 124 V 321). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79-80 consid. 5b/aa-cc).

b) En application de l'art. 29 al. 1 LAI, il convient de se placer en 2004 pour la comparaison des revenus.

En l'occurrence, l'intimé a pris en considération, à titre de revenu avec invalidité, la médiane des salaires statistiques pour les femmes exerçant une activité simple et répétitive en 2004 pour une durée hebdomadaire de travail de 41,6 heures. Le salaire déterminé ainsi à 48'585 fr. a été établi conformément à la jurisprudence en la matière, ce que la recourante ne conteste pas. Cependant, elle estime qu'il convient de procéder à une réduction de 25 % sur ce salaire, alors que l'intimé n'a admis qu'une réduction de 10 %.

De l'avis du Tribunal de céans, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction supérieure, compte tenu d'un taux de capacité de travail complet, du fait qu'il s'agit d'une personne avec permis C et bien intégrée en Suisse. Il y a dès lors lieu de se fonder sur un revenu d'invalide de 43'726 fr.

Quant au revenu sans invalidité, l'intimé l'a établi à 49'052 fr. par an, ce qu'admet la recourante. Il convient toutefois de relever que celui-ci est vraisemblablement nettement moins élevé, eu égard au salaire minimal dans la restauration et dans l'hôtellerie qui était en 2004 de 3'120 fr. pour un collaborateur sans apprentissage et de 3'525 fr. pour un collaborateur avec apprentissage ou formation équivalente, avec un 13ème salaire complet à partir de la troisième année de service, selon la convention collective de travail dans cette branche. Les salaires annuels étaient donc en 2004 pour ces catégories d'employés de 40'560 fr. et de 46'345 fr. par an, y compris le 13ème salaire. Dans la mesure où la recourante ne pouvait plus travailler pour son mari à la suite de la remise du restaurant, il convient d'admettre qu'elle aurait dû accepter un emploi dans un autre établissement, avec les salaires minima de la convention collective de travail de l'hôtellerie et de la restauration.

Cela étant, il convient d'admettre que la perte de gain s'élève au maximum à 10,9 %, selon le calcul de l'intimé, mais qu'elle est vraisemblablement encore inférieure. Ce pourcentage n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

13. Concernant les mesures de réadaptation professionnelle, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir le droit aux mesures de reclassement, en application de l'art. 17 LAI, est une diminution de la capacité de gain de 20 % (ATF 124 V 110 consid. 2 b). Partant, il sied de constater que la recourante ne remplit pas non plus les conditions pour bénéficier de cette prestation.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

15. Dans la mesure où la recourante est à l'assistance publique, le Tribunal de céans renonce à mettre à sa charge l'émolument de justice prévu à l'art. 69 al. 1 bis LAI.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

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