

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/324/2009

ATAS/1521/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 26 novembre 2009

En la cause

Madame R_____, domiciliée à CHATELAINE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
WOODTLI Jean-Franklin

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame R_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1958, de nationalité portugaise, arrivée en Suisse en 1988, sans formation professionnelle, a exercé la profession de serveuse, puis de caissière.
2. Le 17 juin 2008, l'assurée a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) une demande de prestations en invoquant son dos et ses nerfs.
3. Dans un rapport établi le 15 juillet 2008, son médecin traitant, la Dresse A_____, a retenu le diagnostic de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques dégénératifs de la colonne lombaire et sur probable instabilité cervico-lombaire, avec glissement de C3 sur C4 et rétrolisthésis de L5 depuis le 31 août 1998. Le médecin a également mentionné une probable fibromyalgie, un état anxiodépressif aigu, un goitre, une dystrophie fibrokystique des seins, des bronchites aiguës à répétition, un emphysème pulmonaire et enfin, une tendinite à l'épaule gauche. La Dresse A_____ a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 26 septembre 2007.

Le médecin a précisé que sa patiente présentait d'importants troubles au niveau du rachis lombaire et devait en conséquence éviter le port de charges, ainsi que les travaux lourds. Le médecin traitant a émis l'avis que l'état de santé de sa patiente ne lui permettait plus de travailler.

Il a produit un certain nombre de documents médicaux, au nombre desquels un courrier que lui avait adressé le Dr B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, en date du 17 décembre 2002. Il en ressort que l'assurée souffre de blocages lombaires intermittents depuis 1997, que les crises se sont rapprochées et ont augmenté en intensité, de sorte qu'elle a dû être mise en arrêt de travail en 2002. Le Dr B_____ indique que l'examen clinique est caractérisé par une tendance à l'exagération. Il qualifie le syndrome vertébral de moyen à modéré. Les sacro-iliaques et coxo-fémorales sont normalement mobilisables. Le status neurologique est normal. L'examen de la force est sujet à réserve en raison d'une innervation sub-optimale. Les documents radiologiques montrent de discrets signes dégénératifs ainsi qu'une légère double scoliose.

Est également joint au rapport du médecin traitant un courrier que lui avait adressé le Dr C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, en date du 14 décembre 2006. Le Dr C_____ relève la présence de neuf points de fibromyalgie sur 18, observe que la mobilité de la colonne cervicale est complète avec une mobilisation indolore, que les radiographies de la colonne dorsale et lombaire montrent une légère scoliose dorsale et lombaire, avec de discrets troubles dégénératifs. Il en titre la conclusion que le tableau n'est pas typique d'un rhumatisme inflammatoire ou d'une atteinte spécifique, mais qu'il y a des éléments

évocateurs d'une diminution du seuil de la douleur, comme dans une fibromyalgie, sans que ce diagnostic puisse formellement être retenu.

4. L'assurée a été adressée au Service médical régional AI (SMR) pour un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, confié au Dr D _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et au Dr E _____, spécialiste FMH en psychiatrie. Ces derniers ont rendu leur rapport en date du 25 août 2008.

Les médecins ont admis que l'assurée était dans l'incapacité d'exercer la profession de serveuse ou de caissière à plus de 50%, mais ils ont estimé qu'en revanche, dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'alterner une fois toutes les heures la position assise et la position debout, d'éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids supérieur à 8 kilos, le port régulier de charges supérieures à 12 kilos, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, les genuflexions répétées, ou encore le franchissement régulier d'escabeaux, d'escaliers ou d'échelles, la capacité de travail de l'assurée était totalement préservée. Les médecins n'ont en particulier retenu aucune limitation fonctionnelle psychiatrique.

Les médecins ont retenu à titre de diagnostics des rachialgies communes et un syndrome rotulien à droite. Ils ont également mentionné, mais en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile de type borderline.

Il a été relevé dans l'anamnèse que l'assurée avait exercé une activité professionnelle lourde et qu'en 1997, des douleurs musculo-squelettiques étaient apparues, d'abord surtout au niveau du membre supérieur gauche, particulièrement sollicité, puis au niveau du rachis cervical, de la colonne lombaire et des genoux, surtout à droite. Il a été noté qu'au niveau rachidien, les constatations radiologiques étaient des plus discrètes et que s'il existait certes une ébauche de glissement de C3-C4, cela ne permettait aucunement, en l'absence de toute symptomatologie clinique correspondante, de conclure à une instabilité rachidienne. Au niveau lombaire, les troubles statiques et dégénératifs ont également été qualifiés de mineurs.

En définitive, les médecins ont constaté qu'ils étaient confrontés principalement à un tableau douloureux chronique persistant centré sur l'appareil locomoteur, alors que l'examen clinique et paraclinique était dans les limites de la norme, même si de discrets troubles statiques et de très discrets troubles dégénératifs pouvaient être constatés au niveau rachidien.

Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse a fait ressortir un premier épisode dépressif, suite à une tentative de suicide en 1997 ou 1998, suivi d'une prise en charge psychiatrique de six mois, sans répercussion de longue durée sur la capacité de travail. Les plaintes de l'assurée consistaient désormais principalement en une irritabilité secondaire aux douleurs et à l'origine d'un certain isolement social.

L'examen n'a pas permis de mettre en évidence de symptomatologie psychotique anxieuse ou dépressive. En revanche, une personnalité émotionnellement labile décompensée vers 2003 et 2004, sans répercussion sur la capacité de travail de longue durée, a été mise en évidence.

En raison de l'absence d'un processus physiopathologique pouvant expliquer les douleurs exprimées par l'assurée, un syndrome somatoforme douloureux persistant a été retenu. Cependant, les médecins ont constaté qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique suffisante pour lui reconnaître un caractère invalidant. Ils ont ajouté que s'il y avait certes un isolement social progressif de l'assurée, le cercle familial proche était intact.

5. Le 9 décembre 2008, un projet de décision a été adressé à l'assurée, dont il ressortait que l'OCAI se proposait de rejeter sa demande de prestations.
6. Par décision du 23 janvier 2009, l'OCAI a nié le droit de l'assurée à des prestations. Se basant sur le rapport d'expertise du SMR, l'OCAI a considéré que si l'assurée était certes dans l'incapacité d'exercer à plus de 50% son activité précédente, elle pourrait en revanche exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et à son état de santé. A cet égard, l'OCAI s'est référé aux salaires statistiques que l'assurée pourrait réaliser dans une activité simple et répétitive, dont il a considéré qu'elle était représentative d'une grande variété d'emplois et d'un nombre significatif ne nécessitant pas de qualifications professionnelles particulières. Eu égard à la longue période d'inactivité de l'assurée, ainsi qu'à la difficulté d'établir de manière concrète le revenu qui aurait été le sien sans atteinte à la santé, l'OCAI s'est également basé sur les revenus statistiques pour déterminer le revenu sans invalidité. Il en a tiré la conclusion qu'il n'y avait pas de perte de gain.
7. Par écriture du 28 janvier 2008, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, en affirmant qu'elle est inapte au travail et que même une activité à 50% serait impossible, dans la mesure où elle est atteinte tant physiquement que psychiquement. Elle allègue que son médecin traitant conteste également l'appréciation de l'AI.

A l'appui de son recours, l'assuré a produit un courrier rédigé par son médecin traitant en date du 24 mai 2009. Son médecin y confirme les diagnostics déjà posés dans son rapport précédemment destiné à l'OCAI et ajoute que sa patiente a bénéficié de nombreux traitements médicamenteux et de physiothérapie et qu'elle se plaint de façon continue d'importantes douleurs au niveau de tout le rachis lombaire, s'accompagnant de blocages au niveau cervico-lombaire et de douleurs au niveau de toutes les articulations, avec une prédominance aux épaules et au genou droit, qu'elle souffre également de troubles statiques et dégénératifs au niveau du rachis lombaire, ainsi que d'une probable instabilité cervico-lombaire expliquant les récurrences de crises aiguës de rachialgies, ainsi que les décompensations fréquentes.

Sur le plan psychique, le médecin décrit sa patiente comme très angoissée et déprimée, se plaignant constamment de maux de tête, de vertiges, d'asthénie, d'angoisse, d'hallucinations auditives, d'un manque de plaisir, de concentration, de troubles de la mémoire et de troubles du sommeil. Le médecin traitant en tire la conclusion que l'état de santé de sa patiente ne lui permet pas d'exercer le moindre travail que ce soit, tant qu'il n'y aura pas une compensation adéquate, tant sur le plan physique que psychique.

8. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 mars 2009, a conclu au rejet du recours. Il se réfère au rapport d'expertise bidisciplinaire du 25 août 2008, dont il soutient qu'il doit se voir reconnaître pleine valeur probante.
9. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 30 avril 2009 à l'occasion de laquelle la recourante a expliqué que si elle a certes exercé par le passé l'activité de femme de ménage, c'était seulement à titre accessoire, en plus de son activité principale, qui a d'abord été celle de responsable de restaurant – avant qu'elle n'ait son propre restaurant, auquel elle a dû renoncer en raison de ses douleurs – puis de caissière auprès de la mairie de Carouge, entre 2000 et 2005. Lorsque les douleurs se sont amplifiées, elle a réduit son taux d'activité à la mairie à 6 h./jour, quatre à cinq jours par semaine, et renoncé à son activité accessoire.

La recourante a indiqué que désormais, ses problèmes se situent non seulement au niveau de la colonne, mais également du bassin et des bras. Elle est ainsi incapable de conserver une position statique plus de trente minutes.

La recourante a fait remarquer qu'elle a énormément travaillé et ce, depuis l'âge de 17 ans, qu'elle n'a par ailleurs jamais demandé l'aide de l'Etat pour assumer la charge de ses deux enfants, mais qu'elle est désormais incapable d'exercer la moindre activité, même à 50 %. La recourante a souligné que ce n'est pas qu'elle rechigne à exercer une activité légère, mais qu'elle ne voit pas en quoi celle-ci pourrait consister, étant rappelé qu'elle ne dispose d'aucune formation. Elle ignore si elle serait capable, dans son état, d'assumer correctement un poste et ne se voit pas accepter un travail et « faire semblant ».

10. Suite à cette audience, la recourante a déposé une réplique en date du 29 mai 2009. Elle y explique que, pour faire face à ses obligations familiales, elle a par le passé dû cumuler deux emplois, à savoir celui de serveuse à plein temps et une activité accessoire de femme de ménage et de serveuse extra. En 1997, elle a commencé à ressentir des douleurs articulaires persistantes, notamment au niveau du dos et des épaules. Depuis lors, son état de santé n'a fait que se détériorer. La recourante allègue qu'elle n'est désormais plus capable de marcher plus d'une trentaine de minutes, ni de rester assise plus d'une heure. Elle ajoute que son sommeil en est gravement perturbé et que son état psychologique s'est également dégradé. En 2004, elle a dû renoncer à son emploi de caissière à la piscine de Carouge, mais

compte tenu de son manque de formation professionnelle, n'a pu retrouver une activité appropriée. Qui plus est, depuis lors, son état de santé s'est encore détérioré. En définitive, son médecin traitant l'a mise en arrêt partiel de travail dès 2006, puis en arrêt complet à compter du 26 septembre 2007. La recourante relève qu'elle n'exerce plus d'activité lucrative depuis 2004, date à laquelle elle a dû se résoudre à quitter son emploi de caissière. Elle conclut principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à l'octroi d'une mesure de reclassement.

11. Dans sa duplique du 7 juillet 2009, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il relève que les diagnostics établis par la Dresse A_____ sont exactement les mêmes que ceux qui ont été retenus dans le cadre de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique par le SMR. Or, ce dernier a estimé que si les limitations fonctionnelles décrites devaient certes imposer une autre activité, la capacité de travail dans cette dernière serait entière.
12. Par courrier du 16 juillet 2009, l'assurée a persisté dans sa position.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors 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).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la santé que présente la recourante entraînent une incapacité de travail pouvant lui ouvrir droit, le cas échéant, à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. En substance, la recourante estime ne pas être en mesure de travailler, même à 50%. Elle reproche à l'intimé d'avoir considéré qu'elle ne présente pas d'affection invalidante. Cela étant, elle ne remet pas en cause, dans leur principe, les diagnostics posés par les médecins du SMR.
6. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Il 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

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 352 ss consid. 3).

8. a) 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.

Parmi les atteintes à la santé psychique pouvant provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies, étant précisé que l'on ne considère pas

comme des conséquences d'un état psychique malade, 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

S'agissant plus particulièrement des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence admet qu'ils peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant 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.

b) Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que de tels troubles sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt I 683/03, du 12 mars 2004, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.2) et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATFA I 457/02 du 18 mai 2004, consid. 6.3).

c) Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est donc une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René SCHAUFFHAUSER / Franz SCHLAURI (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 64 s., et note 93).

En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, *op. cit.*, p. 76 ss, spéc. p. 81 s.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, *op. cit.* p. 83, spéc. 87 s.) - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et les références; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques distinctes ou d'un autre processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, *op. cit.* p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et

le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATFA I 683/03 précité consid. 2.2.5).

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

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

1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 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 (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

9. a) En l'espèce, la décision querellée est fondée, d'un point de vue médical, sur l'examen bidisciplinaire pratiqué par les Drs D_____ et E_____. Leur rapport est le fruit d'une réflexion globale, tenant compte tant des plaintes de l'intéressée que des constatations cliniques et de l'ensemble du dossier médical à disposition. Leurs conclusions sont claires et motivées et sont d'ailleurs corroborées par les observations des Drs B_____ et C_____ qui, tous deux, ont qualifié les signes dégénératifs observés chez l'assurée de « discrets ». Tout comme le SMR, le Dr C_____ a fini par conclure à l'absence d'atteinte spécifique et par ne retenir que des éléments évocateurs d'une diminution du seuil de la douleur, ce qui rejoint le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par les médecins du SMR. Ces derniers, tout comme le médecin traitant, d'ailleurs, ont préconisé d'éviter les travaux lourds et les positions sollicitant le rachis. Le Tribunal de céans ne voit dès lors pas de raisons de s'écarter du rapport du SMR, qui remplit à l'évidence les critères jurisprudentiels rappelés ci-dessus pour que puisse lui être conférée une pleine valeur probante.

Les médecins du SMR ont posé les diagnostics de rachialgies communes, de syndrome rotulien, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de personnalité émotionnellement labile. S'ils ont admis que les deux premiers entraînaient un certain nombre de limitations, ils ont considéré que les suivants étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Ils ont en particulier nié l'existence d'un trouble dépressif. Aussi doit-on considérer en l'espèce que l'existence d'une comorbidité psychiatrique au trouble douloureux, au sens voulu par la jurisprudence constante, n'est pas avérée.

Quand bien même le Tribunal aurait suivi l'avis du médecin traitant, selon lequel la recourante souffrirait d'un état anxio-dépressif, cela se serait révélé sans incidence sur l'issue de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux dont est atteinte l'assurée. En effet, la jurisprudence du Tribunal fédéral citée ci-dessus, fondée sur la doctrine médicale, a clairement posé le principe selon lequel les troubles d'ordre dépressif, tel que celui dont la recourante se prévaut sur la base des avis de son médecin traitant, ne constituent pas une comorbidité psychiatrique

grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dès lors qu'ils sont une manifestation réactive de ce dernier. Les éléments au dossier ne permettent en effet pas de considérer que les problématiques psychiques seraient intervenues avant la symptomatologie douloureuse.

b) Ainsi que cela a été dit plus haut, la reconnaissance du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux peut reposer sur la réalisation d'autres critères qui doivent revêtir une intensité et une constance certaines.

En premier lieu, on trouve les affections corporelles chroniques. Il doit s'agir d'affections fondées sur un substrat organique et non de douleurs (subjectivement ressenties par la personne atteinte dans sa santé). Or, dans le cas d'espèce, il ne fait nul doute que de telles affections font défaut. Seules sont présentes les douleurs relatées par l'intéressée mais dont les spécialistes ont indiqué qu'elles ne pouvaient s'expliquer par les discrets signes dégénératifs mis en évidence par les radiographies.

Le second facteur à examiner est celui d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Il est patent, dans le présent cas, que la recourante souffre de façon inchangée depuis plusieurs années. La symptomatologie a effectivement entraîné un premier arrêt de travail en 2002 déjà. Cela étant, ce critère n'est pas suffisant à lui seul pour admettre une invalidité (au sens de la LAI).

Quant à la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas non plus réalisée. Il a certes été établi que l'état de santé de la recourante a eu des conséquences sur sa vie sociale, mais pas dans la mesure exigée par la jurisprudence. La recourante a pu maintenir, et c'est tant mieux, un cercle familial intact.

L'état psychique de l'assurée n'est manifestement pas cristallisé puisqu'aucune pathologie psychiatrique importante n'a été mise en évidence.

En définitive, le Tribunal de céans se doit de confirmer l'appréciation faite par les organes de l'assurance-invalidité, à savoir l'absence de pathologie (somatique ou psychiatrique) invalidante. Il y a lieu de suivre ici les conclusions du SMR et de considérer que la recourante est capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à son état, c'est-à-dire **permettant d'alterner une fois toutes les heures la position assise et la position debout, d'éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids supérieur à 8 kilos, le port régulier de charges supérieures à 12 kilos, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, les genuflexions répétées, ou encore le franchissement régulier d'escabeaux, d'escaliers ou d'échelles**, la **capacité de travail de l'assurée était totalement préservée**. Reste à examiner s'il en découle une perte de gain pour la recourante.

10. a) Selon l'art. 28 al. 1 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. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

b) En l'espèce, s'agissant du revenu avant invalidité, force est de constater qu'il ne peut être déduit des salaires réalisés en dernier lieu par l'intéressée. En effet, il ressort du rassemblement des comptes individuels AVS de l'intéressée qu'en 1999, elle a travaillé de mai à décembre pour la Ville de Carouge pour un revenu de 24'790 fr. et qu'en 2000, elle a également travaillé de mai à septembre pour la Ville de Carouge pour 18'482 fr., qu'elle a ensuite été au chômage et que la dernière année durant laquelle elle ait véritablement travaillé sans interruption, de janvier à décembre, remonte à 1996, année durant laquelle elle a été employée par la Ville de Carouge; elle a réalisé alors un revenu de 11'849 fr.

Il apparaît ainsi qu'il se justifiait effectivement, dans le cas d'espèce, de se baser sur les statistiques pour déterminer le revenu avant invalidité. En effet, il n'est pas admissible de se baser sur le dernier salaire lorsque celui-ci ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser, au degré de la vraisemblance prépondérante, s'il n'était pas devenu invalide, compte tenu de sa situation personnelle et de ses aptitudes professionnelles; par exemple lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, il a rencontré des difficultés professionnelles en raison d'une aggravation progressive de son état de santé (ATFA non publié du 4 septembre 2002 en la cause I 774/01, consid. 3b ; RCC 1985 p. 662ss), ce qui semble être le cas de l'assurée, qui, au surplus, a subi une période de chômage relativement longue.

Il y a donc 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 (ESS) et de retenir que, sans atteinte à la santé, la recourante aurait réalisé en 2006 - date à laquelle son médecin traitant l'a mise en arrêt partiel de travail -, dans l'exercice d'une activité simple et répétitive, un revenu de 50'278 (4'019 fr./mois pour 40h./sem. = 4'190 fr. par mois pour 41,7h./sem.).

S'agissant du revenu avec invalidité, il convient de rappeler qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de l'évaluer en se fondant sur les données statistiques (cf. ATF 126 V 76), en se référant à la statistique des salaires bruts standardisés – médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb).

En l'espèce, entre en considération une activité de substitution à 100 % permettant d'alterner les positions assise et debout, évitant le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant huit kilogrammes, le port régulier de charges excédant douze kilogrammes, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, le travail à genoux, le déplacement régulier en terrain inégal ou encore le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers. Eu égard à ces considérations, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre des femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans les domaines de la production ou des services du secteur privé, soit, en 2006, 50'278 fr. (cf. ESS 2006, TA1).

Dans la mesure où le montant retenu représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, on peut admettre, que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations éprouvées par la recurante, conformes aux aptitudes de celle-ci. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et adaptées au handicap de l'assuré. Le salaire statistique qui a été pris en considération est donc représentatif de ce que pourrait gagner la recurante, compte tenu d'un marché équilibré du travail (au sens de l'art. 28 al. 2 aLAI ou 16 LPGa), en mettant à profit sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée

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 s. consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). En l'espèce, même en admettant une réduction supplémentaire de 10% pour tenir compte des limitations de l'assurée et de son âge, on obtiendrait un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est à raison que l'intimé a nié à l'assurée le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

11. Partant, le recours, mal fondé, sera rejeté. La recourante plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, il sera renoncé à la perception d'un émolument pour les frais de justice (art. 6 let. a du règlement sur l'assistance juridique du 13 mars 1996 ; art. 69 al. 1bis 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. 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

Yaël BENZ

Karine STECK

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