REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4416/2006 **ATAS/1371/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 29 novembre 2007

En la cause

Madame E_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yves NIDEGGER — recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Violaine LANDRY ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Le 24 janvier 2002, Madame E_____, née en 1948, a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant un affaiblissement musculaire des bras et du dos ayant nécessité l'arrêt de son activité de femme de chambre à compter du 6 février 2001 (pce 1 OCAI).

2. Interrogé par l'OCAI, l'hôtel X_____, dernier employeur de l'assurée, a précisé que cette dernière avait travaillé pour lui à raison de 6 heures par jour, 5 jours par semaine, depuis 1999, qu'elle avait été en arrêt maladie depuis le 6 février 2001 et que le contrat de travail avait été résilié avec effet au 13 mai 2001 (pce 11 OCAI).

3. Dans un rapport du 15 avril 2002, le docteur A_____, médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic de fibromyalgie. Il a estimé que le travail de femme de chambre / nettoyeuse ne pouvait plus être effectué par sa patiente, qui conservait néanmoins une capacité de travail de 2 heures par jour dans une activité adaptée (classement, bureau; pce 13 OCAI). Il a ajouté que sa patiente était sous traitement antidépresseur et antalgique, qu'elle suivait des séances de physiothérapie "Aqua FM" et que le pronostic restait réservé (pce 18 OCAI).

4. Dans un rapport du 29 juin 2001, le docteur B_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a relaté que l'assurée présentait un tableau très évocateur d'une fibromyalgie, symptomatologie évoluant à bas bruit depuis plusieurs années, mais s'étant révélée beaucoup plus aiguë après l'opération de neurolyse du nerf médian de la main gauche effectuée en février 2001. Il a proposé l'introduction d'une physiothérapie adaptée à la fibromyalgie (pce 21-2 OCAI).

5. Le diagnostic de fibromyalgie a également été évoqué dans un rapport du 23 avril 2001 du docteur C_____, de la Clinique de rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG; pce 21-4 OCAI).

6. Examinant l'assurée à la demande de son assurance perte de gain, le docteur D_____, spécialiste en médecine interne, a estimé qu'elle présentait, dans les suites d'une neurolyse pour un tunnel carpien du poignet gauche, un syndrome douloureux diffus touchant les insertions musculaires des membres. Au vu de l'absence de limitation fonctionnelle majeure à l'examen et de maladie rhumatologique, il a préconisé une reprise du travail auprès de l'entreprise Y_____ pour une durée de 2 heures par jour le soir, 5 jours par semaine, dès le 14 mai 2001 (rapport du 5 juin 2001; pce 21-11 OCAI).

7. Interrogée par l'OCAI, Y_____ SA a indiqué avoir licencié l'assurée, membre de son personnel d'entretien, le 14 mai 2001; elle avait travaillé à raison de

8 heures par jour (en réalité 2 heures par jour), 5 jours par semaine, depuis le 2 janvier 2001 (pce 24 OCAI).

8. Le docteur F_____, spécialiste en chirurgie, a examiné l'assurée à la demande de SWICA, assurance perte de gain. Dans son rapport du 16 octobre 2001 (pce 25 OCAI), ce médecin a indiqué que le tableau clinique correspondait à celui d'une fibromyalgie ou d'un syndrome douloureux somatoforme chronique. Il a estimé que le traitement était adéquat mais a émis un pronostic extrêmement réservé. Il a ajouté que des facteurs psychosociaux et culturels jouaient un rôle important et que si le diagnostic posé n'entraînait pas ipso facto une incapacité de travail totale, dans le cas présent, le status ne révélait aucune limitation fonctionnelle qui empêcherait l'accomplissement d'une tâche légère. Toutefois, dans le contexte actuel, il était selon lui absolument certain que la remise au travail de cette assurée ayant travaillé pour deux employeurs depuis 1999 serait impossible et que l'on s'acheminait vers une invalidité probablement définitive.

9. L'assurée a été examinée par les docteurs G_____ et H_____, du Service médical régional AI (ci-après : SMR), le 13 juillet 2004. Dans leur rapport, ces médecins ont posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique et troubles statiques et dégénératifs discrets du rachis cervical, dont ils ont estimé qu'ils étaient tous deux sans répercussion sur la capacité de travail. L'examen clinique a mis en évidence des limitations discrètes du rachis cervical et modérées du rachis dorsolombaire, le tout dans un contexte d'autolimitation antalgique, les manipulations passives permettant d'obtenir des amplitudes quasi-complètes au prix de manifestations de type algique exagérées. Quatre des cinq signes de non-organicité étaient également présents, allant dans le sens d'une somatisation douloureuse. Les experts ont émis l'opinion que le diagnostic de fibromyalgie ne pouvait être retenu, eu égard aux constatations objectives qui allaient bien au-delà de son tableau classique. Les médecins du SMR ont estimé que la symptomatologie décrite par leurs confrères (doctoresse I_____ : ordonnance du 2 juillet 2004 apportée aux experts par l'assurée; docteurs J_____ et K_____ de la Clinique Genevoise de Montana : rapport de sortie du 21 juin 2004) n'avait pas la sévérité requise pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen, ni même de cyclothymie ou de dysthymie. Par ailleurs, le qualificatif "récurrent" serait abusif pour une assurée sans antécédent psychiatrique et après seulement quelques mois de prise en charge spécialisée. L'examen psychiatrique au SMR n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant (en l'absence d'un véritable sentiment de détresse), de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique, raison pour laquelle les experts n'ont pas retenu d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique. Ils ont encore précisé que les traits dépressifs présents lorsque l'assurée était confrontée à son bilan existentiel actuel étaient discrets et ne permettaient pas de retenir un trouble

spécifique de ce registre. Enfin, du point de vue rhumatologique, en se basant sur les constatations anatomopathologiques et biomécaniques avérées, concernant le rachis et la ceinture scapulaire, ils ont conclu qu'il n'existait pas de limitation fonctionnelle.

10. Considérant que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante, l'OCAI lui a adressé une décision de refus de prestations le 16 août 2004.

11. Par courrier du 2 septembre 2004, Madame E_____ a formé opposition à cette décision en concluant à ce qu'un degré d'invalidité de 100 % lui soit reconnu au vu de son état dépressif qui devait selon elle être qualifié de sévère et de ses douleurs rhumatologiques à l'origine de nombreuses limitations.

12. L'assurée n'ayant pas donné suite au délai de 15 jours qui lui avait été imparti pour motiver son opposition, l'OCAI a déclaré son opposition irrecevable par décision du 26 novembre 2004. Cette décision a été annulée par jugement du 23 mars 2005 du Tribunal de céans et la cause renvoyée à l'administration pour qu'elle statue sur le fond de l'opposition.

13. Invité à se prononcer sur le dossier de l'assurée, le docteur L_____, médecin auprès du SMR, a conclu que de plus amples investigations médicales étaient nécessaires (pce 57 OCAI) vu les éléments apportés par le docteur M_____, nouveau médecin traitant de l'assurée, dans son rapport du 20 décembre 2004 (pce 46-7 OCAI). Ce spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales faisait en effet état d'une spondylolyse L4 bilatérale avec rétrécissement foraminal bilatéral et découvrement du disque L4-L5, lequel venait au contact des gaines radiculaires L4 des deux côtés. Cette pathologie, considérée comme ayant des répercussions sur la capacité de travail tant par le médecin traitant que par son confrère du SMR, avait été mise en évidence par un CT scanner du 1er octobre 2004 (cf. rapport du Département de radiologie des HUG du même jour; pce 46-10 OCAI). Pour le surplus, le docteur M_____ faisait savoir qu'il était d'accord avec les conclusions des experts du SMR relatives à l'absence de trouble somatoforme douloureux, respectivement de fibromyalgie, mais qu'il s'étonnait de la négation du trouble dépressif. Il concluait à l'existence d'un syndrome somatique surajouté associé à des troubles psychiques, précisant ne pas avoir eu le temps de se prononcer sur les autres affections somatiques présentées par l'intéressée et dont l'importance justifiait aussi leur réexamen.

14. Dans leur lettre de sortie du 26 avril 2005, les docteurs J_____ et N_____, de la Clinique Genevoise de Montana (pce 72-11 OCAI), ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec somatisation (F33.11), trouble somatoforme douloureux (F45.4), tabagisme chronique, syndrome métabolique avec surcharge pondérale, dyslipidémie et HTA, status post opération du tunnel carpien ddc et status post-hystérectomie partielle.

L'assurée, qui leur a été adressée par sa psychiatre en vue de soutien psychologique et prise en charge des douleurs, a séjourné dans leur clinique du 31 mars 2005 au 16 avril 2005. Les séances de relaxation et de physiothérapie prodiguées avaient permis d'améliorer sensiblement sa thymie, qui était considérée triste à l'entrée et accompagnée d'une anhédonie, mais sans présence d'idées noires ou d'éléments de la lignée psychotique.

15. L'assurée a été soumise à un examen rhumatologique au SMR en date du 6 décembre 2005. Dans son rapport du 3 mars 2006 (pce 72-2 OCAI), le docteur O_____, médecin examinateur spécialisé en rhumatologie et médecine physique et rééducation, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discarthrose L4-L5 et spondylolisthésis de grade II. Le médecin a considéré que les autres diagnostics - syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique, sacralisation de L5, protrusions discales C4-C5 et C5-C6, status post opération bilatérale de tunnel carpien et hypertension artérielle - n'exerçaient pas d'influence sur la capacité de travail. Selon lui, l'atteinte organique - spondylolisthésis entraînant une discarthrose modérée - justifiait une partie des lombalgies, mais ne permettait pas d'expliquer l'importance du syndrome douloureux évoluant depuis 2001. Les douleurs décrites ne concernaient pas le territoire radiculaire d'une éventuelle irritation de la racine L4. En plus des lombalgies, l'assurée relatait avoir mal partout dans les os, ainsi qu'au niveau des épaules et de la nuque. Une telle description des douleurs s'apparentait, selon l'expert, au syndrome douloureux de type fibromyalgique et non à une compression radiculaire pour laquelle il n'y avait pas de signe clinique. Par ailleurs, le score de Waddell positif apportait un argument supplémentaire pour une composante de non-organicité des symptômes. Quant aux troubles thymiques, le médecin a estimé que la lettre de la doctoresse I_____ présentée lors de l'examen par l'assurée (pce 72-23 OCAI) ne démontrait pas d'aggravation par rapport à 2004. L'appréciation effectuée à l'époque par le psychiatre du SMR restait donc d'actualité. Se prononçant sur la capacité de travail, il l'a estimée à 50 % dans les activités habituelles de femme de chambre et nettoyeuse et à 100 % dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge supérieur à 7 kg, de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, de position statique au-delà d'une heure, ni d'attitude en porte-à-faux du tronc. L'incapacité de travail était reconnue à partir d'octobre 2004, avec la mise en évidence de la discarthrose lombaire L4-L5. C'est en réalité le syndrome douloureux de type fibromyalgique qui prédominait, mais en l'absence d'atteinte organique des articulations ou des muscles concernés, ou d'atteinte fonctionnelle des membres, la fibromyalgie ne pouvait être retenue comme une atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail prolongée. Enfin, le déconditionnement de l'assurée développé depuis 2001 était potentiellement réversible et n'était pas reconnu lui non plus comme une atteinte invalidante.

16. Le 16 mai 2006, l'OCAI a annulé sa décision de refus de prestations du 16 août 2004. Il a fait savoir à l'assurée qu'une nouvelle décision sujette à opposition serait rendue, au vu des nouveaux éléments ressortant de l'instruction médicale (pce 73 OCAI).

17. Le dossier de l'assurée a été soumis au service de la réadaptation de l'OCAI qui a reçu l'intéressée le 27 juillet 2006 (pce 76 OCAI). Eu égard au seul diagnostic retenu sur le plan médical, au fait que l'assurée s'estimait totalement incapable d'exercer une quelconque activité et au résultat de la comparaison des revenus effectuée, soit un taux d'invalidité de 9 % (pce 77-8 OCAI), la réadaptatrice a conclu à l'absence de droit à des prestations de l'AI sous la forme de mesures professionnelles ou de rente, d'une part, et, d'autre part, au fait qu'il n'y avait pas lieu de prévoir des mesures d'orientation ou de placement (pce 77 OCAI). Elle s'est fondée, pour établir le gain sans invalidité, sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), et a pris en considération le revenu réalisé par une femme sans qualification dans le domaine de l'hôtellerie-restauration, économie domestique (TA7 domaine 37) en 2005. Quant au revenu avec invalidité, chiffré à 41'752 fr., elle l'a établi sur la base du TA1 de l'ESS et d'un abattement supplémentaire de 15 %.

18. L'OCAI a alors transmis à l'assurée un projet de refus de rente d'invalidité en date du 16 août 2006.

19. Par décision du 29 septembre 2006, l'OCAI a rejeté la requête de l'assurée visant à la mise en œuvre d'un complément d'expertise et confirmé son projet de rejet de la demande de prestations (pce 82 OCAI).

20. L'assurée a adressé une demande de reconsidération à l'administration le 2 novembre 2006 sur laquelle l'OCAI n'est pas entré en matière.

21. Par acte du même jour, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 29 septembre 2006 en concluant à son annulation. Elle fait tout d'abord valoir une violation de son droit d'être entendue, l'OCAI ne lui ayant imparti qu'un délai de 30 jours pour présenter ses remarques suite à son projet de décision rendu en période de vacances et de féries judiciaires. Ensuite, elle estime que la décision a été rendue sur la base d'un état de fait manifestement incomplet, faisant totalement abstraction de ses problèmes de santé psychique, pourtant attestés par de nombreuses pièces au dossier. Elle produit à l'appui de ses allégations un rapport du docteur M_____, du 31 octobre 2006, selon lequel le trouble dépressif récurrent de gravité moyenne à sévère, diagnostiqué lors de trois séjours à la Clinique Genevoise de Montana, ne peut pas être considéré comme étant sans influence sur sa capacité de travail. Par ailleurs, ce médecin estime que le trouble somatoforme douloureux sévère dont est atteinte sa patiente ne permet pas la mise en valeur d'une capacité de travail résiduelle éventuelle et conclut à ce qu'une nouvelle

expertise multidisciplinaire soit mise en œuvre ensuite de la production du rapport d'expertise fonctionnelle demandée par le docteur P_____ de la Clinique de rééducation de Beau-Séjour.

22. Dans sa réponse au recours, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il se défend d'avoir violé les droits procéduraux de la recourante et fait remarquer que le délai de trente jours imparti à l'assurée pour présenter ses remarques suite au projet de décision est un délai légal, non susceptible de prolongation. En second lieu, l'intimé se réfère aux deux rapports d'examen du SMR pour démontrer que c'est à juste titre que seul le diagnostic de lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discarthrose L4-L5 et spondylolisthésis de grade II, a été retenu, les pathologies psychiatriques (trouble dépressif récurrent et trouble somatoforme douloureux) ayant été écartées de façon convaincante.

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).

   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. Le recours ayant été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

3. 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'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, du 29 septembre 2006, 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 LAI 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).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI 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).

4. a) 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 trente jours pour faire valoir ses observations suite au projet de décision du 16 août 2006.

b) 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 influer 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).

Le 1er juillet 2006 est entrée en vigueur la novelle relative aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptée le 16 décembre 2005. Celle-ci a eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. Message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). Le règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) a fixé à 30 jours le délai dans lequel les parties à la procédure peuvent faire valoir leurs observations dans le cadre de la procédure de préavis (art. 73ter al. 1 RAI).

c) En l'espèce, la recourante a requis une prolongation du délai de 30 jours pour faire valoir ses observations; cette demande a été rejetée par l'office intimé. Elle a également transmis des observations, demandant notamment la mise en œuvre

d'une expertise multidisciplinaire. Elle estimait en effet que les données à la base du projet de décision n'étaient pas actuelles et que, dans un tel contexte, une nouvelle expertise se justifiait. Devant l'autorité de céans, elle se plaint également de n'avoir pu produire, faute de temps, les résultats d'examens médicaux au titre d'une actualisation de sa situation médicale. Elle ajoute encore que compte tenu du fait qu'elle ne parle pratiquement pas le français et que le projet de décision a été rendu en pleine période de vacances et de féries judiciaires, la non-prolongation du délai imparti constituait de toute manière une violation de son droit d'être entendue.

La question de savoir si, comme le prétend l'intimé, le délai de 30 jours fixé à l'art. 73ter al. 1 RAI n'est pas prolongeable peut rester ouverte. En effet, les faits démontrent de toute manière que la violation du droit d'être entendu alléguée par la recourante n'est pas réalisée en l'espèce.

Tout d'abord, il convient de relever que, contrairement à ce qu'elle allègue, la recourante s'est vu octroyer un délai de 30 jours pour faire valoir ses observations, à l'issue des féries judiciaires; le projet de décision est en effet daté du 16 août. Par ailleurs, ce projet a été notifié à son mandataire, de sorte que l'argument relatif aux difficultés linguistiques de la recourante tombe à faux. En outre, il sied de constater que l'assurée ne s'est pas contentée de requérir une prolongation du délai, mais s'est prononcée sur les éléments du projet de décision, demandant notamment à ce qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre. Partant, on doit considérer qu'elle a pu s'exprimer sur le projet de décision et se déterminer sur les pièces du dossier. S'agissant de l'argument relatif à l'impossibilité de produire des preuves, la juridiction de céans estime que le droit d'être entendu ne consacre pas le droit, pour l'administré, de se voir accorder le temps de procéder lui-même à une nouvelle instruction de la cause, qui plus est en l'absence d'allégation d'une aggravation/modification de l'état de santé. Quoi qu'il en soit, l'intimé s'est prononcé sur la demande de mise en œuvre d'une instruction complémentaire; il a estimé que celle-ci ne se justifiait pas. Or, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; cf. notamment ATF 122 II 469 consid. 4a, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b).

En conséquence, ce premier grief doit être rejeté.

5. Déterminé par la décision du 29 septembre 2006 et les conclusions des parties, l'objet du litige concerne le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le taux d'invalidité qu'elle présente.

6. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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).

   b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) 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 consid. 4 et les références).

   c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

   d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

e) 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).

7. 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).

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, 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. Dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), la IIe Cour de droit social du Tribunal fédéral a considéré qu'un rapport médical, élaboré dans le cadre d'un diagnostic de troubles somatoformes douloureux, signé par la doctoresse G_____ avec l'indication "psychiatre FMH" ne pouvait se voir attribuer une pleine valeur probante, en raison d'une irrégularité d'ordre formel liée à l'utilisation d'un titre auquel le médecin ne pouvait prétendre. Notre Haute Cour a retenu qu'il n'était en conséquence pas possible de tirer d'un tel rapport des conclusions définitives sur l'état de santé d'un assuré, ni de fonder son appréciation uniquement sur cette pièce médicale.

   Dans le cas présent, on ne se trouve pas dans une situation identique à celle décrite. L'intimé s'est certes principalement référé au rapport d'examen clinique établi le 14 juillet 2004 par le SMR, ainsi que sur le rapport d'expertise rhumatologique du SMR du 3 mars 2006. Bien que le premier de ces deux rapports soit signé par la doctoresse G_____ et comporte la mention "psychiatre FMH", il a été préparé en collaboration avec le docteur H_____, spécialiste en médecine physique et rééducation FMH, qui l'a co-signé, suite à un examen et une discussion auxquels a également participé la doctoresse Q_____. Ce rapport est le résultat d'un examen clinique bi-disciplinaire conjoint et a fait l'objet d'une appréciation consensuelle entre trois médecins. L'appréciation de l'administration ne se fonde donc pas uniquement sur l'avis de la doctoresse G_____, de sorte qu'il ne se justifie pas d'annuler l'acte attaqué pour mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique.

   Pour le surplus, le Tribunal de céans constate que les deux examens auxquels a procédé le SMR ont été établis sur la base d'une anamnèse détaillée, que les constatations cliniques et les plaintes de la recourante sont documentées, que les conclusions auxquelles les médecins arrivent sont claires et motivées, de sorte qu'il convient de s'y référer.

9. a) Les médecins du SMR ont posé les diagnostics principaux de lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discarthrose L4-L5 et spondylolisthésis de grade II et syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique. Ils ont nié l'existence d'un trouble dépressif sur la base de leurs constatations cliniques. A ce propos, ils ont écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par certains de leurs confrères de façon convaincante : ils ont expliqué pour quels motifs le qualificatif "récurrent" ne pouvait être utilisé dans le cas de la recourante et ont estimé que les constatations de leurs confrères étaient insuffisantes pour retenir un trouble dépressif.

Aussi doit-on considérer en l'espèce que l'existence d'une comorbidité psychiatrique au trouble douloureux n'est pas avérée.

Quand bien même le Tribunal de céans serait arrivé à la conclusion opposée, cela se révélerait sans incidence sur l'issue de l'examen du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. 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 ses médecins, 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.

b) Reste à examiner si la recourante remplit les autres critères permettant de reconnaître le trouble somatoforme douloureux comme une maladie psychiatrique invalidante au sens de la LAI.

S'il ne fait pas de doute que la recourante est atteinte d'affections corporelles chroniques (en particulier de lombalgies) et que le processus maladif s'étant à ce jour sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), force est de constater que l'intéressée ne souffre pas d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Elle continue à mener le style de vie qui était le sien avant l'apparition des symptômes maladifs et s'il existe certes une forme d'isolement social, celui-ci est dû en grande partie à des facteurs psychosociaux et socioculturels (linguistiques entre autres) – déjà mentionnés par le docteur F_____ en 2001 - dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a). Quant à l'état psychique, au vu des différentes opinions médicales au dossier, il apparaît qu'il n'est manifestement pas cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ; quoiqu'il en soit, il n'est nullement allégué que l'assurée aurait tenté tous les traitements possibles et que l'ensemble de ceux-ci se seraient soldés par un échec.

Par ailleurs, les experts du SMR ont fait état de manifestations algiques manifestement exagérées, ainsi que d'une autolimitation des mouvements. Par contre, les mouvements spontanés indépendants de l'examen clinique lui-même (déambulation, habillage, déshabillage) étaient tout à fait normaux et la recourante n'appliquait pas de mesures de protection du rachis lors de changements de position par exemple, ce qui est en désaccord avec les douleurs avancées. Ces dernières sont d'ailleurs décrites de façon vague (« avoir mal partout dans les os ») et les plaintes énoncées n'ont manifestement pas touché les experts (tant les quatre médecins du SMR que le docteur F_____). En pareilles circonstances, on doit tenir pour établi que les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une constellation analogue à une exagération des symptômes et conclure à l'absence de droit à des prestations d'assurance en ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux.

Il suit de ce qui précède que l'invalidité de la recourante doit être établie eu égard au seul diagnostic de lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discarthrose L4-L5 et spondylolisthésis de grade II.

10. a) 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. 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).

Le nouveau droit n'a pas modifié l'échelonnement des rentes (art. 28 al. 1 LAI) en tant qu'il se rapporte au quart et à la demi-rente, mais il permet d'octroyer trois-quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60 %, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 ⅔ à 70 %.

b) En l'absence d'atteinte à la santé, la recourante aurait selon toute vraisemblance continué à travailler pour ses deux anciens employeurs, de sorte que le revenu sans invalidité doit en principe être déduit des salaires réalisés en dernier lieu par l'intéressée (cf. MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], p. 205), indexé selon l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS) – lequel est passé de 2'190 fr. en 2000 à 2'360 fr. en 2004 et à 2'386 fr. en 2005 - année déterminante pour la comparaison des revenus (la délai de carence était échu en octobre 2005, vu que l'incapacité de travail est reconnue médicalement dès le mois d'octobre 2004 ; cf. ATF 128 V 174) . Le revenu sans invalidité se monterait dès lors à 34'389 fr. (26'585 fr. [X_____] + 7'804 fr. [Y_____]) pour un plein temps (6 heures par jour + 2 heures par jour).

L'intimé a toutefois renoncé à se référer aux données concrètes, afin de respecter le parallélisme des facteurs de comparaison, le revenu d'invalide étant nettement supérieur. Il a donc tenu compte d'un revenu sans invalidité théorique de 45'890 fr. basé sur les ESS. Cette façon de faire a été admise par le Tribunal fédéral à plusieurs reprises (voir p. ex. arrêts M. du 17 décembre 2002, I 574/01, consid. 3.4 et les références citées et C. du 21 juillet 2003, I 293/02 et I 302/02, consid. 9). Des exceptions au principe selon lequel l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de l'invalidité ne peuvent toutefois être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1

et la référence). On ne saurait s'écarter du dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé pour le seul motif que celui-ci disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); on ne peut renoncer à s'y référer que s'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). Point n'est cependant besoin de trancher la question dans le cas d'espèce, le revenu plus favorable retenu par l'intimé (45'890 fr.) ne permettant de toute façon pas l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

S'agissant du revenu avec invalidité, il y a lieu 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 % sans port de charge supérieure à 7 kg, mouvements répétés de flexion-extension du tronc, position statique au-delà d'une heure, ni d'attitude en porte-à-faux du tronc (cf. rapport d'examen du 3 mars 2006 du docteur O_____). 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 2004, 46'716 fr. par an (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, [ESS], TA1). Indexé selon l'ISS, on obtient 47'231 fr. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2005 (41,6 heures), ce montant doit être porté à 49'120 fr., comme l'a constaté l'OCAI.

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, l'OCAI a admis une réduction de 15 %, dont il n'y a pas lieu de s'écarter. Celle-ci apparaît justifiée pour tenir compte des limitations liées au handicap, aux années de service et à la nationalité.

Compte tenu d'un abattement de 15 %, le revenu annuel d'invalide évalué sur la base des statistiques salariales est ainsi de 41'752 fr. (valeur 2005).

La comparaison avec un revenu sans invalidité de 45'890 fr. conduit à un taux d'invalidité de 9 %, insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, que cela soit sous forme de rente ou de reclassement.

c) Pour le surplus, la Cour de céans estime que c'est à raison que l'intimé a également nié le droit de la recourante à des mesures d'ordre professionnel sous la forme d'une aide au placement ou d'une orientation, au vu de l'attitude de l'intéressée qui s'estime totalement incapable de travailler. Au demeurant, cette dernière ne requiert nullement de telles mesures.

11. Partant, le recours, mal fondé, sera rejeté et l'émolument, fixé en l'espèce à 200 fr., sera mis à la charge de la recourante qui succombe.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.

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

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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