RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1058/2004 **ATAS/760/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 7 septembre 2005

En la cause

Madame G_____, domiciliée c/o M. A_____, représentée par Maître LOCCIOLA Maurizio, en l'Etude duquel elle élit domicile	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente; Mmes Karine STECK et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Madame G_____, née le 20 décembre 1960, mariée, de nationalité portugaise, est en Suisse depuis 1986. Elle est mère de quatre filles, nées en 1984, des jumelles en 1989 et la cadette en 1994. Depuis le 5 mai 1987, l'intéressée a travaillé en qualité d'aide-hospitalière non qualifiée à plein temps auprès des Hôpitaux universitaires genevois (HUG), activité qu'elle à réduit à 80 % en 1994 après la naissance de sa quatrième fille.

2. En raison notamment de lombalgies, cervicalgies, céphalées et de diverses douleurs au niveau des articulations, l'intéressée a subi des incapacités de travail depuis 1997. Du 24 novembre 1997 au 9 février 1998, Madame G_____ a bénéficié d'un reclassement interne en néonatologie dans un poste allégé, à 50 %. Depuis le 10 février 1998, l'intéressée est en arrêt de travail à 100 % et n'a plus repris d'activité.

3. L'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en date du 12 novembre 1997.

4. L'OCAI a requis des renseignements médicaux auprès des différents médecins ayant traité l'intéressée. Il a confié en 1999 une expertise au Docteur Georges-André E_____, spécialiste FMH en médecine interne et affections rhumatismales ; dans son rapport du 12 février 1999, l'expert a posé les diagnostics de cervico-brachialgies sans déficit neurologique, de discopathies dégénératives, de status post-opération d'un syndrome du canal carpien à droite, de rhizarthrose débutante douloureuse à droite, de lombalgies chroniques et de curalgie droite sans déficit neurologique. La capacité de travail en tant qu'aide-soignante était nulle. L'assurée restait capable d'assumer avec l'aide de ses filles et de son mari, les travaux du ménage et la capacité de travail dans une activité légère était de 50 %.

5. Pour évaluer les empêchements rencontrés par l'assurée dans l'accomplissement des tâches ménagères, un stage de type COPAI a été organisé au sein de l'Atelier ménage au Centre d'observation professionnelle de l'assurance invalidité (ORIPH) d'Yverdon du 8 au 12 novembre 1999 : en tenant compte de l'atteinte organique, la diminution de rendement était de 30 % dans les activités ménagères.

6. Le 8 mai 2000, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision, selon lequel le degré d'invalidité, évalué selon la méthode mixte, atteignait 36 %, de sorte qu'il était insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Les mesures de reclassement professionnel était également refusées, dès lors que l'assurée avait bénéficié d'un reclassement interne adapté à son état de santé.

7. Suite à la procédure d'audition du 16 juin 2000 et au vu du certificat médical établi par le Docteur B_____ faisant état d'un syndrome de canal carpien de la

main droite nécessitant une opération et de rendez-vous chez un psychiatre, l'OCAI a repris l'instruction et a mandaté, en 2001, le Prof. C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour expertiser l'assurée.

8. Le Professeur C_____ a relevé dans son rapport d'expertise du 27 septembre 2001 qu'il avait constaté des perturbations cognitives qui pouvaient laisser supposer une pathologie cérébrale moins fonctionnelle qu'organique, qu'il convenait d'investiguer davantage sur le plan clinique. L'assurée souffrait en outre d'un état dépressif modéré. Sur le plan psychique, c'était plus le dysfonctionnement cognitif présumé que l'état dépressif qui limitait la capacité de travail actuelle de l'assurée.

9. L'OCAI a confié une expertise neurologique et neuropsychologique au Docteur D_____, du Département des Neurosciences cliniques et Dermatologie. Dans son rapport du 11 septembre 2002, l'expert a relevé que l'électroencéphalogramme et l'IRM cérébral n'avaient pas révélé d'anomalie, que l'examen neuropsychologique avait mis en évidence des difficultés et certains ralentissements, mais que toutefois le manque de cohérence de certains résultats et l'attitude parfois démonstrative de la patiente dans certaines tâches rendaient l'interprétation des résultats difficiles et suggéraient plutôt une composante psychologique. Sur le plan mental et psychique, aucune incapacité de travail psycho-organique ne pouvait être retenue. La capacité de travail était limitée essentiellement par les troubles somatiques qui avaient été discutés et évalués dans l'expertise du Docteur E_____, soit 50 % dans une activité légère.

10. Le Service médical régional AI (SMR) a estimé qu'un avis rhumatologique était nécessaire. Le Docteur F_____, spécialiste FMH en médecin interne et rhumatologie, a procédé en date du 24 mars 2003 à l'examen clinique de l'assurée au SMR LEMAN : il a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux, troubles statiques et dégénératifs cervicaux modérés et troubles dégénératifs lombaires discrets. L'activité d'aide-soignante n'était certainement pas exigible, mais dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 100 %. Compte tenu du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, l'aspect psychiatrique méritait d'être réévalué.

11. L'assurée a fait l'objet d'un examen psychiatrique au SMR LEMAN le 22 avril 2003. Dans leur rapport du 28 avril 2003, les Docteurs G_____ et H_____ relèvent qu'à l'examen clinique, l'assurée ne présentait pas de trouble du cours de la pensée ou d'autres signes de la lignée psychotique. Elle se plaignait de troubles du sommeil, présentait des angoisses modérées de type agoraphobique ; la thymie n'était pas dépressive. L'assurée disait ne pas trop souffrir de l'éloignement de ses filles, retournées au Portugal avec leur père en 1998. Les médecins ont posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et de trouble anxieux léger de type agoraphobique. L'assurée ne présentait pas de

limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique justifiant une incapacité de travail et une activité adaptée sur le plan biomécanique était exigible à 100 %.

12. Par décision du 8 mai 2003, l'OCAI a rejeté la demande de rente présentée par l'assurée, au motif que son degré d'invalidité s'élevait à 6 % seulement, soit une capacité de travail entière dans une activité adaptée à 80 % et des empêchements rencontrés dans le ménage à hauteur de 30 % pour le temps restant.

13. L'assurée a formé opposition par l'intermédiaire de son conseil en date du 12 juin 2003. Dans ses écritures complémentaires du 20 août 2003, elle a contesté l'évaluation de l'invalidité faite sur la base du rapport d'examen SMR LEMAN.

14. Par décision du 1er avril 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, au motif qu'après comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élevait à 36 %, soit un degré insuffisant pour ouvrir droit à une rente ; le reclassement proposé par l'employeur était en effet adapté à son état de santé, sans perte de gain.

15. L'assurée, représentée par son mandataire, a interjeté recours le 17 mai 2004. Elle conteste l'estimation de la capacité de travail dans l'activité professionnelle faite par l'OCAI, sur la base exclusivement du rapport SMR LEMAN, alors que le Docteur E_____ avait indiqué que sa capacité de travail était de 50 % dans une activité légère. Cette évaluation a été faite au vu des atteintes organiques. Elle conteste également les conclusions de l'enquête ménagère et soutient que le rapport a été établi sur la base de pures appréciations subjectives. Elle a sollicité l'audition des Docteurs E_____ et B_____, à la mise en œuvre d'une expertise et à l'octroi d'une rente entière dès le 1er juin 1997, subsidiairement à une rente entière limitée au 31 mai 2003.

16. Dans sa réponse du 2 juin 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

17. Le Tribunal de céans a ordonné des enquêtes et procédé à l'audition des Docteurs B_____ et E_____ en date du 29 septembre 2004.

18. Le Docteur B_____, médecin traitant, a confirmé son rapport du 4 juillet 2003. Il a indiqué que sa patiente souffrait de multiples pathologies, dont une hernie discale C5-C6 et C6-C7, une spondylarthrose et une discopathie L4-L5. Parmi les limitations fonctionnelles, la marche est limitée à 100 m., le port de charges lourdes doit être évité et elle ne doit pas rester la tête penchée en avant. Le médecin estime que la capacité de travail de sa patiente est nulle dans l'ancienne activité d'aide hospitalière, qu'elle ne peut plus exercer aucune autre activité et que la capacité de travail dans l'activité de ménagère est de 0 %. Il a déclaré qu'il n'était pas d'accord avec le diagnostic de troubles somatoformes douloureux, car les troubles somatiques expliquent les douleurs ressenties par l'assurée.

19. Le Docteur E_____, rhumatologue, a déclaré que les constatations objectives qu'il avait pu faire chez l'expertisée étaient mineures et expliquaient mal l'importance de la symptomatologie subjective. Il n'y a aucune lésion neurologique au niveau cervical. A son avis, le problème du tunnel carpien de la main droite, la rhizarthrose et l'hernie cervicale pourraient jouer un rôle mineur dans la symptomatologie douloureuse. Dans l'appréciation de la capacité de travail de 50 % dans une activité légère qu'il avait faite, il avait tenu compte des plaintes de la patiente, car sur la base des seules constatations objectives, la capacité de travail était de 100 % dans l'ancienne activité. Pour le surplus, il s'est déclaré d'accord avec le diagnostic posé par le médecin rhumatologue du SMR en 2003.

20. Le 19 octobre 2004, l'OCAI a relevé que les allégués du Docteur B_____ n'ont été corroborées par aucun des experts consultés. Quant au Docteur E_____, il a précisé les fondements de son appréciation du 12 février 1999 et s'est rallié au diagnostic posé par le médecin rhumatologue du SMR. L'OCAI conclut en conséquence au rejet du recours.

21. Dans ses dernières conclusions, l'assurée a fait valoir que ses limitations fonctionnelles ont été la cause de l'échec du stage de reclassement en néonatologie. Elle conclut à une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 1997, subsidiairement à ce que sa rente soit limitée au 31 mai 2003, date du rapport d'examen SMR LEMAN.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA est dès lors applicable.

   Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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).

   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). 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).

   Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance.

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références ; consid. 4.3.1 de l'arrêt P. du 1er mai 2003, I 780/02).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Suite à la 4ème révision de l'AI, la nouvelle teneur de l'art. 28 al. 1, en vigueur dès le 1er janvier 2004, prévoit que l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

5. 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   En l'espèce, la recourante exerçait une activité lucrative à 80 %, le 20 % du temps étant consacré à ses tâches ménagères.

   En vertu de l'art. 27bis al. 1 RAI, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 5 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI pour cette activité. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail

usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et les références, 104 V 136 consid. 2a).

Dans la mesure où la recourante a indiqué qu'en bonne santé, elle continuerait d'exercer une activité à 80 %, c'est la méthode mixte précitée qu'il convient d'appliquer pour l'évaluation de l'invalidité.

6. Il résulte du rapport établi le 5 janvier 1998 par le Docteur Pierre REUST, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, que la recourante souffre depuis 1996 de lombalgies chroniques, ainsi que de cervicobrachialgies. Elle a été opérée d'un tunnel carpien droit le 3 septembre 1997. L'incapacité de travail était de 100 % du 28 juillet 1997 au 23 novembre 1997, et de 50 % depuis le 24 novembre 1997. Le médecin a noté une amélioration lente et progressive sous physiothérapie et gymnastique vertébrale. Une activité de plus de 50 % lui paraissait difficile dans la profession actuelle. Une IRM lombaire pratiquée le 14 novembre 1997 à la Clinique des Grangettes s'est révélée dans les limites normales, compte tenu d'une légère discopathie L4-L5 débutante. Il n'y avait pas de hernie discale, ni de canal lombaire étroit, ni de conflit radiculaire L3-L4 droit.

   Le 27 août 1998, le Docteur B_____, médecin traitant, a adressé un rapport à l'OCAI, aux termes duquel sa patiente présentait notamment une hernie discale postéro-médiane C6-C7, une spondylarthrose cervicale, des troubles de la sensibilité du membre supérieur droit, des lombalgies, un syndrome du canal carpien droit opéré, une rhizartrhose et des douleurs permanentes. Elle souffre d'un état de stress, de dépression nerveuse, angoisse avec crise dyspnéiques, mal précordial et palpitations. L'incapacité de travail de la recourante a oscillé entre 100 % et 50 % depuis le 25 juin 1996 ; depuis le 24 mars 1998, elle est à nouveau de 100 %, pour une durée indéterminée, en raison de douleurs permanentes. Il a joint divers rapports médicaux, dont celui du Docteur I_____ du 18 juin 1998. L'EMG pratiqué le 12 juin 1998 n'a mis en évidence aucune atteinte neurogène de distribution radiculaire, ni d'implication de la branche motrice du nef radial du côté droit dans un processus inflammatoire épicondylien : une tendinite de l'angulaire de l'omoplate a été relevée, ainsi qu'une probable rhizarthrose du pouce, déjà constatée par le Docteur J_____ le 10 juin 1998. Un scanner de la colonne lombaire du 22 avril 1998 n'a pas mis en évidence de hernie discale ; l'IRM de la colonne cervicale du même jour a permis de conclure à un trouble de la statique cervicale accompagnant une discarthrose C5-C6 et une discopathie sous-jacente C6-C7.

   L'OCAI a confié une expertise au Docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et affections rhumatismales. Dans son rapport du 12 février 1999, l'expert a relevé que les radiographies de la colonne lombaire et l'IRM montrent

une anomalie de transition, des signes très discrets d'un début de discopathie, amis aucune image de hernie discale ; le canal lombaire est partout normal et il n'y a pas de conflit radiculaire. Il a posé les diagnostics de cervico-brachialgies sans déficit neurologique, des discopathies dégénératives C5-C6 et C6-C7, un status post-opération du syndrome du canal carpien à droite, de rhizarthrose débutante douloureuse à droite, de lombalgies chroniques et de cruralgie droite sans déficit neurologique. Il a précisé qu'objectivement, il y avait peu d'arguments permettant de justifier une incapacité totale de travailler, à part une rhizartrhose distale discrète du pouce droit et l'hypertonicité musculaire généralisée qui témoignent probablement aussi de tensions psychologiques qui semblent inconscientes. Le long entretien qu'il avait eu avec l'expertisée ne lui avait pas permis de mettre en évidence des conflits psychiques qui expliqueraient une telle tension. La capacité de travail en tant qu'aide soignante était nulle, mais dans une activité légère, elle était de 50 %. Elle restait capable d'assumer les travaux du ménage, avec l'aide de ses filles et de son mari. L'expert ne proposait aucune mesure professionnelle, car l'assurée était sur le point de partir s'établir au Portugal pour y rejoindre toute sa famille qui y vit depuis plusieurs mois.

Le 14 juin 2000, le Docteur K_____, psychiatre, a examiné la recourante. Dans son rapport à l'OCAI du 5 décembre 2000, il mentionne que sa patiente se plaint d'anxiété, d'angoisse, d'irritation, de désarroi et de troubles du sommeil. Le tableau clinique était caractérisé par une dysthymie, dysphorie, des idées obsédantes, des troubles émotionnels, une importante inhibition psychomotrice et un mode de vie très limité. Il a posé le diagnostic de troubles de l'humeur organiques, classé F06.3 selon le CIM-10. L'état allait en s'aggravant et l'incapacité de travail était totale.

L'intimé a chargé le Professeur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, d'expertiser l'assurée. Dans son rapport du 27 septembre 2001, l'expert a relevé que la recourante ne présentait aucun signe d'une personnalité pathologique, ni de phénomènes psychosensoriels, d'état délirant, d'atteinte du cours de la pensée ou d'éléments dissociatifs. Elle avait peu d'activités dans la journée, lisant le journal, des romans et effectuant quelques promenades. Dans les hypothèses diagnostiques, l'expert mentionne que c'est surtout l'activité intellectuelle de l'assurée qui, dans son aptitude psychique à reprendre un emploi lucratif, avait retenu son attention. Les perturbations cognitives constatées, qui ne semblaient nullement liées à une atteinte affective, laissaient supposer une pathologie cérébrale moins fonctionnelle qu'organique. L'état dépressif était modéré et s'expliquait surtout par des réactions compréhensibles à une situation familiale qu'elle était réticente à expliciter, à des problèmes émotionnels passagers consécutifs à divers problèmes et à son état de santé physique, de sorte que l'expert a retenu le diagnostic d'épisode dépressif léger. Les conséquences de l'état dépressif sur l'activité exercée auparavant devaient être considérées comme faibles et secondaires. S'agissant du dysfonctionnement cognitif présumé, l'expert a conclu

qu'il devait être confirmé et attentivement suivi avant que l'on puisse se prononcer sur sa réelle influence sur l'activité exercée jusqu'ici.

Au vu du rapport d'expertise précité, le SMR LEMAN a proposé à l'OCAI de demander une évaluation neuropsychologique au service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Dans son rapport du 11 septembre 2002, le Docteur D_____, médecin–adjoint du Département des Neurosciences cliniques et Dermatologie des HUG, relève que la recourante a été examinée par le neuropsychologue le 6 juin 2002. Ce dernier a mis en évidence des difficultés dans toutes les fonctions cognitives analysées : une lenteur dans l'exécution des tâches, des rendements faibles au niveau des fonctions exécutives et les capacités d'apprentissage, une efficience intellectuelle dans les normes inférieures et un ralentissement. Le tableau clinique n'évoquait pas de souffrance cérébrale focale. Toutefois, il y avait un manque de cohérence dans certains résultats et une attitude plutôt démonstrative qui suggéraient une participation peu fiable et des troubles attentionnels, qui ne permettaient pas de conclure à un problème organique. L'IRM et l'EEG pratiqués n'avaient pas montré de lésions, ni de dysfonctions cérébrales. S'agissant de la capacité de travail, elle était limitée, selon l'expert, essentiellement par les troubles somatiques. Sur le plan mental et psychique, il n'y avait aucune incapacité de travail organique.

La recourante a fait l'objet d'un examen rhumatologique au SMR LEMAN en date du 24 mars 2003 : le Docteur F_____ a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux , troubles statiques et dégénératifs cervicaux modérés et de troubles dégénératifs lombaires discrets. Dans l'appréciation du cas, le médecin a relevé que des limitations fonctionnelles ne sont pas exprimables, vu l'absence de corrélation entre les plaintes et de substrat anatomo-pathologique objectif. Pour tenir compte équitablement de la symptomatologie douloureuse au niveau rachidien et au niveau du membre supérieur droit, des limitations fonctionnelles méritent d'être retenues dans la définition d'une activité professionnelle théoriquement exigible, notamment l'alternance des positions, pas de soulèvement de charges de plus 5 kg, pas de port régulier de charges excédant 10 kg, ni de position en porte-à-faux. La capacité de travail dans l'activité d'aide-soignante est de 0 % et de 100 % dans une activité adaptée bio-mécaniquement. L'exigibilité méritait d'être pondérée par une vision psychiatrique actualisée.

Un examen psychiatrique a encore été effectué par le SMR LEMAN le 22 avril 2003. Hormis des troubles modérés de l'attention et de la concentration, ainsi que des angoisses modérées de type agoraphobiques, l'assurée présente une personnalité dans les limites des normes. Elle ne reçoit aucun traitement. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été confirmé. Sur le plan psychiatrique, la recourante ne présente pas de limitation fonctionnelle justifiant une incapacité de travail et peut exercer une activité adaptée à plein temps. Des mesures professionnelles sont exigibles. Le SMR LEMAN a conclu qu'il n'y avait

pas de comorbidité psychiatrique ou de retentissement du fonctionnement social et que, dans une activité adaptée, l'exigibilité était de 100 %.

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux 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). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 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 sv., 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 sv.). 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, - 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 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi 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 comorbité 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 ou d'un 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; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

7. La recourante conteste l'appréciation du rapport d'expertise du SMR LEMAN, se référant aux rapports des Docteurs K_____, B_____ et E_____.

Le Tribunal de céans relève à cet égard que le diagnostic de troubles de l'humeur organiques posé en juin 2000 par le Dr K_____, psychiatre et médecin–traitant de la recourante, n'a pas été confirmé par l'expertise neuropsychologique, pas plus que l'incapacité de travail due à une cause psycho-organique. Son rapport ne peut remettre en cause les conclusions claires de l'expertise effectuée par les HUG. Quant au Docteur B_____, médecin généraliste et également médecin-traitant de l'assurée, force est de constater que tant ses diagnostics que son évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante sont en totale contradiction avec les conclusions des experts. Enfin, s'agissant du Docteur E_____, il a déclaré lors de son audition qu'il était d'accord avec le diagnostic posé par le médecin rhumatologue du SMR LEMAN en 2003. Il a confirmé que la recourante ne présentait aucune lésion neurologique au niveau cervical et qu'au niveau lombaire, il y avait très peu de chose, l'anomalie de transition, présente depuis la naissance, ne permettant pas d'expliquer les douleurs. Concernant la capacité de travail, il a expliqué que dans son évaluation, il avait tenu compte des plaintes de la patiente, car s'il n'avait retenu que les constatations objectives, il aurait conclu à une capacité de travail de 100 % dans son ancienne activité. Force est d'admettre que ses conclusions rejoignent ainsi celles du SMR LEMAN et des HUG.

Le Tribunal de céans constate que la recourante a fait l'objet de multiples investigations sur le plan médical. Du point de vue somatique, force est d'admettre que les constatations objectives sont mineures et qu'elles n'expliquent pas, à elles seules, l'intensité des douleurs ressenties par la recourante, ni l'incapacité de travail qui en a résulté. Les investigations approfondies ont permis d'établir qu'elle souffre d'un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique, car de ce point de vue, elle ne présente aucune limitation ; la suspicion de lésion cérébrale évoquée par le Professeur C_____ n'a pas été confirmée par les examens neuropsychologiques effectués aux HUG. Les experts psychiatres sont unanimes à conclure que la recourante ne présente aucune limitation psychiatrique ; aucun des

critères exigés par la jurisprudence n'étant présent, il s'ensuit que le trouble somatoforme douloureux ne peut être considéré comme invalidant, ainsi que le SMR l'a conclu, à juste titre.

L'avis des médecins traitant n'y change rien, étant rappelé que selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il se trouve en effet dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité 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. 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 (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

En conclusion, le Tribunal de céans n'a aucun motif de s'écarter des conclusions claires et motivées des expertises, lesquelles remplissent toutes les conditions exigées par la jurisprudence pour leur conférer pleine valeur probante. Pour ces mêmes raisons, il n'y a pas lieu d'ordonner une nouvelle expertise, la recourante ayant fait l'objet au demeurant de multiples examens et expertises. Ses conclusions seront dont rejetées sur ce point

Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité adaptée.

8. Sur proposition de la collaboratrice de l'intimé qui a effectué l'enquête ménagère, la recourante a été mise au bénéfice d'un stage au COPAI d'Yverdon destiné à évaluer les empêchements rencontrés dans les travaux du ménage. Dans son rapport, le COPAI a relevé que la recourante avait fourni un effort nettement insuffisant durant les cinq jours d'observation, se déclarant incapable de toute activité, quelle qu'elle soit. Dans les activités ménagères, il a été observé une non-utilisation totale de la main droite, même avec le port de l'attelle. Les rendements obtenus ne dépassaient pas les 20 %, mais cette baisse de rendement n'est que partiellement due à l'atteinte organique et reflète une certaine surcharge psychologique. Eu égard à la pauvreté des anomalies organiques décelables à

l'examen physique, le COPAI considère que l'on peut s'attendre à un rendement théorique de 70 %.

La recourante conteste cette appréciation, au motif qu'elle est essentiellement subjective.

Le Tribunal constate cependant qu'une appréciation purement objective a été rendue difficile par le comportement de la recourante, qui s'est montrée peu collaborante, s'estimant d'emblée incapable de faire quoi que ce soit, et adoptant une attitude démonstrative par rapport à sa main droite. Le COPAI a tenu compte toutefois des limitations, notamment du membre supérieur droit (rhizartrhose débutante), en admettant une diminution de rendement de 30 % dans les activités ménagères. Cette appréciation paraît, selon le degré de la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurances sociales, correspondre à la réalité, compte tenu de l'absence de déficit neurologique et de la pauvreté des anomalies organiques. La recourante n'apporte au surplus aucun argument convaincant qui permettrait de s'écarter de l'estimation faite par le COPAI, à savoir des empêchements à hauteur de 30 % dans l'accomplissement des tâches ménagères.

9. Reste à déterminer quel est le degré d'invalidité de la recourante.

En ce qui concerne la comparaison des revenus, sont déterminants les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, soit 1998 en l'occurrence, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222; 128 V 174).

Au titre du revenu sans invalidité, il y a lieu de retenir le salaire annuel que la recourante aurait réalisé en 1998 en qualité d'aide-hospitalière aux HUG à 80 %, soit 51'027 fr.

Pour évaluer le gain d'invalide, il y a lieu de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]) lorsque, comme en l'espèce, l'assurée n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et b). En 1998, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans des activités industrielles légères, soit 3'499 fr par mois (cf. tables ESS 1998, p. 25, tableau TA1, secteur 15-37, niveau de qualification 4). 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 1998 (41,9 heures ; La Vie économique, 11-2004, p. 90, B9.2), ce montant doit être porté à 3'665 fr., soit 43'980 annuel pour un plein temps, et 35'184 fr. à 80 %. L'intimé a appliqué encore une réduction de 10 % pour tenir compte de l'âge, de la nationalité et des limitations, conformément à la jurisprudence (cf. ATF 126 V 78 consid. 5), si bien que le gain d'invalide se

monte à 31'666 fr. par année Comparé au revenu sans invalidité de 51'027 fr., l'invalidité dans l'exercice d'une activité lucrative s'élève à 37.94 %.

Le taux d'invalidité global de la recourante s'établit dès lors comme suit :

32 x 37,94 +[(41,9 – 32) x 30] / 41,9 = **36,06 %.**

Le calcul effectué par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que la recourante n'atteint pas un degré d'invalidité donnant à une rente de l'assurance-invalidité.

Le recours, mal fondé, sera rejeté.

****

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier	La Présidente
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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