

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1637/2009

ATAS/1323/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 27 octobre 2009

En la cause

Madame P _____, domiciliée à Genève

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame P_____, née en 1957, d'origine espagnole, en Suisse depuis 1970, exerçant en dernier lieu la profession d'aide-hospitalière à 80% aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) dans une unité de paraplégie, a déposé le 16 mai 2006 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession, ou à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle allègue souffrir d'une enthésopathie, de myosite calcifiante de la hanche gauche et de douleurs chroniques du rachis et des épaules depuis juin 2005.

Son employeur a confirmé, par courrier du 3 juillet 2006, que courant mai 2005, elle avait ressenti une violente douleur dans le dos lors d'une manutention difficile dans le cadre d'un travail qui nécessite la préparation des soins, le transfert du lit au fauteuil et la toilette des patients, et n'avait pu reprendre son travail depuis, malgré une tentative à mi-temps d'août à décembre 2005.

2. Le Dr A_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a confirmé, dans un rapport du 24 juillet 2006, que sa patiente souffrait de cervico-dorso-lombalgies chroniques, de douleurs ostéo-lombaires diffuses d'origine indéterminée depuis mai 2005 et d'une enthésopathie calcifiante du grand fessier gauche depuis 2005. Il a estimé son incapacité de travail à 100% depuis le 13 décembre 2005. Le Dr A_____ a précisé que sa patiente pourrait travailler dans le cadre d'une activité de bureau, sans efforts physiques ni de gestes répétitifs, environ sept à huit heures par jour, avec une diminution de rendement d'environ 20%.
3. Dans un rapport du 17 août 2006, la Dresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique et d'enthésopathie calcifiante du muscle grand fessier gauche depuis 2005. Selon elle l'incapacité de travail est de 50% du 15 août au 12 décembre 2005 et de 100% du 13 décembre 2005 au 28 août 2006. Elle a considéré que l'assurée ne pouvait plus travailler comme aide-soignante dans le service qu'elle occupait jusqu'à présent, qu'elle pouvait en revanche exercer une activité, sans port de charges de plus de 5 kg, à raison de quatre heures par jour, dès que possible.
4. Dans une note du 18 décembre 2006, il est indiqué que le Service médical régional AI (ci-après SMR) s'aligne sur l'avis du rhumatologue traitant, à savoir une capacité de travail nulle dans son activité habituelle, mais de 70 à 80% dans un poste léger de bureau ou d'atelier, taux comprenant déjà une baisse de rendement. Il est précisé que le début d'aptitude à la réadaptation (REA) peut être fixé au 17 août 2006 (recte 24 juillet 2006 ?), soit la date du rapport du rhumatologue.

5. Il ressort d'un rapport établi par la Division de réadaptation professionnelle de l'AI le 22 mars 2007 que l'assurée déclare ne plus pouvoir rien faire en raison de douleurs diffuses d'origine peu claire. Il a ainsi été considéré qu'en l'état, des mesures d'observation professionnelle (MOP) n'étaient pas envisageables.
6. Dans une note du 30 novembre 2007, la Dresse C _____ du SMR a constaté que les atteintes à la santé n'étaient pas claires et les données médicales trop anciennes. Elle souhaiterait dès lors obtenir un rapport complémentaire du Dr A _____ et savoir si l'assurée est ou non suivie par un psychiatre.
7. Dans un rapport du 15 janvier 2008, le Dr A _____ a confirmé la présence de douleurs rachidiennes diffuses et plus globales dans le cadre d'une fibromyalgie depuis 2005, et a ajouté à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une enthésopathie calcifiante du grand fessier gauche et un possible névrome de Morton au pied gauche depuis 2007. Selon lui l'incapacité de travail est de 100% comme aide-soignante dans un service de paraplégiques depuis le 13 décembre 2005, étant précisé que l'état de santé de sa patiente s'aggrave quant aux douleurs. Il répète qu'en revanche des activités de bureau sans port de charges ou physiquement pas pénibles seraient possibles à raison de sept à huit heures par jour, avec une diminution de rendement d'environ 20%, ce depuis le 1^{er} juin 2006.
8. Par courrier du 21 janvier 2008, l'assurée a informé l'OCAI qu'elle n'était pas suivie par un médecin psychiatre, ses médecins traitants ne le lui ayant pas proposé. Elle souligne cependant qu'elle n'y serait pas opposée le cas échéant.
9. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 4 février 2008. Il a été constaté que seuls les travaux physiques lourds lui étaient difficiles. Aussi une invalidité dans la sphère ménagère a-t-elle été fixée à 22,88%, étant précisé qu'il a été tenu compte de l'aide qui pouvait être exigée du mari et des enfants.
10. Interrogée à son tour, la Dresse B _____ a, dans un rapport du 21 février 2008, rappelé les diagnostics de syndrome douloureux chronique et d'enthésopathie calcifiante du grand fessier gauche depuis avril 2005 et l'incapacité de travail de 50% du 15 août au 12 décembre 2005 et de 100% du 13 décembre 2005 à ce jour, dans l'activité exercée jusqu'ici, étant précisé que l'état de santé s'aggrave.

La Dresse B _____ ajoute qu'une activité assise, en revanche, mais pas plus de 30 minutes, pourrait être envisagée, mais ne fixe pas de taux d'occupation.
11. Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, proposé par la Dresse C _____, a été réalisé le 9 mai 2008 par les Drs D _____, médecine physique et rééducation et E _____, psychiatre, tous deux du SMR.

Les médecins ont posé à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail une myosite calcifiante du grand fessier gauche et des troubles dégénératifs

modérés en adéquation avec l'âge de l'assurée au niveau du rachis lombaire, et, à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie. Ils n'ont retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique. Ils ont considéré qu'au vu des atteintes objectives à la santé, l'assurée présentait une incapacité de travail dans son activité habituelle d'aide-soignante de 100%, qu'une activité à caractère sédentaire était théoriquement possible à un taux de 100% sans diminution de rendement, ce depuis le 15 août 2005.

Ils ont évoqué le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant. La globalité des plaintes mises en avant par l'assurée ne peut pas s'expliquer par les atteintes à la santé objectives mises en évidence sur le plan ostéo-articulaire. La myosite calcifiante peut être partiellement responsable d'une symptomatologie de type pseudo-sciatalgie de même qu'une éventuelle lombalgie gauche à caractère mécanique. L'examen clinique réalisé au SMR met clairement en évidence des signes de non-organicité en faveur d'un diagnostic de fibromyalgie. Les médecins ont cependant considéré que cette fibromyalgie ne pouvait être qualifiée d'invalidante, compte tenu des critères jurisprudentiels.

12. La Division de réadaptation professionnelle de l'AI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assurée, se fondant sur un revenu sans invalidité de 63'449 fr. et un revenu avec invalidité de 34'189 fr., compte tenu d'un temps de travail raisonnablement exigible de 80% et d'une réduction supplémentaire de 15%. Le degré d'invalidité a ainsi été fixé à 37%.

Par ailleurs, l'assurée se considérant inapte à reprendre une quelconque activité en raison de ses douleurs, la Division de réadaptation professionnelle a estimé que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées car d'emblées vouées à l'échec.

13. Le 13 novembre 2008, l'OCAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel le droit à un quart de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 41% lui était reconnu dès le 1^{er} avril 2006 (degré d'invalidité pour l'activité professionnelle : 37% ; degré d'invalidité pour les travaux ménagers : 5%). Les mesures d'ordre professionnel sont par ailleurs refusées.
14. L'assurée a pris contact avec l'OCAI par téléphone le 2 décembre 2008 et a indiqué que son état de santé s'était progressivement aggravé et qu'elle n'était pas en mesure de travailler à 100%, même dans une activité adaptée. Elle a communiqué à l'OCAI divers documents médicaux dont un certificat établi par le Dr A_____ le 8 décembre 2008, selon lequel

"sur la base du tableau clinique actuel, je peux retenir comme diagnostics une fibromyalgie avec des lombalgies intenses sans syndrome lombo-vertébral ni radiculaire, un conflit sous-acromial des épaules prédominant à droite avec une probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Il y a aussi des douleurs du muscle moyen fessier gauche (cf. palpation et rotation externe de la hanche gauche,

en fin de course passivement), ainsi que des douleurs du pied gauche, prédominant dans le 2^{ème} espace inter-métatarsien et au niveau de la 2^{ème} articulation MTP gauche. Ces différentes atteintes dans un contexte de douleurs diffuses handicapent sévèrement la patiente selon ses dires. Elle explique également que la possibilité d'une reconversion professionnelle a été rapidement écartée, alors qu'elle serait prête à essayer d'exercer une activité plus légère à raison de 50%".

15. Invitée à se déterminer, la Dresse C _____ a constaté dans une note du 13 février 2009, que la divergence entre les appréciations des médecins du SMR et du Dr A _____ portait sur la présence d'une fibromyalgie invalidante ou non. Elle rappelle à cet égard que le SMR n'a pas relevé de comorbidité psychiatrique ni de critères de gravité à cette fibromyalgie. Elle admet toutefois que l'atteinte des épaules dont fait état le Dr A _____ n'avait pas été retenue comme invalidante et nécessitait dès lors qu'une limitation fonctionnelle soit ajoutée à la liste, à savoir que l'assurée ne peut pas effectuer de mouvements des bras au-dessus de 90°. Cet aspect-là ne modifie cependant en rien la capacité de travail exigible puisqu'il ne s'agit pas d'une atteinte sévère avec une mobilité quasi conservée même si légèrement diminuée par rapport à l'examen clinique SMR du 9 mai 2008. Aussi considère-t-elle que les conclusions du rapport SMR du 2 juin 2008 et de l'examen clinique du 9 mai 2008 sont toujours valables.
16. Par décision du 24 mars 2009, l'OCAI a confirmé l'octroi d'un quart de rente à compter du 1^{er} avril 2006.
17. L'assurée a interjeté recours le 11 mai 2009 contre ladite décision. Elle conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2006 et à ce que des mesures d'ordre professionnel de reclassement soient ordonnées. Elle souligne qu'elle n'est pas apte à reprendre le travail à plus de 50%, qu'elle subit une incapacité de gain de 100% depuis décembre 2005, date depuis laquelle elle est en arrêt de travail complet et continu, qu'enfin son état de santé se péjore et va continuer à se péjorer à l'avenir. Elle rappelle les critères jurisprudentiels dont la réalisation est exigée par le Tribunal fédéral pour admettre qu'un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie est invalidant, et considère que tel est le cas pour elle. Elle reproche par ailleurs à l'OCAI de n'avoir mené aucune discussion relative à des mesures d'ordre professionnel ni quant à leur opportunité ni quant aux conditions d'octroi.
18. Dans sa réponse du 8 juin 2009, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
19. Invitée à faire parvenir sa réplique d'ici au 17 juillet 2009, l'assurée ne s'est pas manifestée.
20. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales, s'applique.
3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. Sont litigieux dans le cas d'espèce le droit de l'assurée à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement son taux d'invalidité, et son droit à des mesures professionnelles, notamment sous la forme d'un reclassement.
5. Aux termes des art. 8 LPGA et 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. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA, comme la 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. 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).
6. Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : 40% au moins donne droit à un quart de rente, 50% au moins donne droit à une demi rente, 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente, et 70% au moins donne droit à une rente entière.

7. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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, conformément à la doctrine médicale (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).
8. 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 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 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).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés par la jurisprudence - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 consid.2.2.4. et les arrêts cités).

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 (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge 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 socioculturels) 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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

Il y a lieu de rappeler à ce stade que lorsqu'il apprécie des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour

son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

10. En l'espèce, les médecins sont unanimes pour considérer que l'incapacité de travail de l'assurée est entière dans l'exercice de sa profession d'aide-soignante. En revanche, dans une activité adaptée, le Dr A _____, sur l'avis duquel s'est aligné l'OCAI, a estimé qu'elle pouvait travailler à 70-80% depuis le 1^{er} juin 2006, alors que les Drs D _____ et E _____ ont fixé à 100% sa capacité de travail depuis août 2005. A noter que la Dresse B _____, qui, dans son rapport du 17 août 2006, évaluait à 50% la capacité de travail de sa patiente dans une activité sans port de charges de plus de 5 kilos, ne précise plus de taux en particulier en février 2008.

Il est vrai que le Dr A _____ a rédigé un rapport le 8 décembre 2008 "afin d'étayer le recours" de sa patiente. Il se borne cependant à rapporter les plaintes de celle-ci, déclarant que "ces différentes atteintes dans un contexte de douleurs diffuses handicapent sévèrement l'assurée, selon ses dires."

11. Il y a lieu de relever, ainsi que l'a fait du reste la Dresse C _____, que ce qui motive ces appréciations différentes est la qualification du trouble somatoforme douloureux ou fibromyalgie, diagnostic posé tant par le Dr A _____ que par les Drs D _____ et E _____. Le premier considère cette affection comme invalidante, les seconds, non, après avoir examiné en droit si les critères retenus par le Tribunal fédéral étaient réalisés.

La jurisprudence exige la présence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante pour qu'un trouble somatoforme douloureux soit considéré comme invalidant. Or, aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu par le Dr E _____. L'état psychique de l'assurée n'a du reste pas nécessité l'appel à un médecin-psychiatre.

Reste à examiner les autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise de travail. On ne voit pas que l'assurée réunit en sa personne plusieurs de ceux-ci, ou du moins pas dans une mesure très marquée, qui fonde un pronostic défavorable s'agissant de la reprise d'une activité professionnelle.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail et de confirmer la capacité de travail retenue par l'OCAI de 80%.

12. Reste à examiner le degré d'invalidité.

13. A titre préalable, il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 LAI, en corrélation avec les art. 27ss RAI). Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif.

Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées).

Le critère de la vraisemblance prépondérante, qui est généralement appliqué dans le domaine du droit de l'assurance sociale, vaut également pour l'appréciation des preuves en assurances sociales (ATF 111 V 372 consid 1b et 105 V 229 consid 3a). La notion de vraisemblance prépondérante signifie que l'existence d'un fait est plus vraisemblable que son absence (cf. ATF 111 V 374). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf disposition contraire de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

14. En l'espèce, l'assurée a travaillé jusqu'en juin 2005 à raison de 80%, comme aide-soignante aux HUG. Elle a indiqué qu'en bonne santé, elle aurait continué à exercer son activité au même pourcentage.

Il convient par conséquent d'admettre que, sans limitation dans son état de santé, l'assurée aurait continué à travailler dans la même proportion qu'au moment de son arrêt de travail, si bien que son degré d'invalidité doit être déterminé selon la méthode mixte, à raison de 80% pour l'activité lucrative et de 20% pour les travaux habituels.

15. Le Tribunal de céans a admis que la capacité de travail de l'assurée était de 80%, dans le cadre d'une activité exercée à 80%.

La comparaison des revenus avant l'invalidité, soit 63'449 fr., et après l'invalidité, soit 34'189 fr., compte tenu d'un abattement supplémentaire de 15 %, donne un degré d'invalidité de 46%.

Il appert par ailleurs de l'enquête ménagère du 4 février 2008 qu'elle présente un empêchement à accomplir les travaux ménagers à hauteur de 22,88 %.

Le calcul du degré d'invalidité a ainsi été établi sur la base de la comparaison des revenus et d'une capacité de travail de 80% pour la part (80%) qui aurait été consacrée à une activité lucrative, et de l'empêchement à accomplir les travaux ménagers de 22,88%, pour la part (20%) de non-active, ce qui donne un degré d'invalidité global de 41%.

Le Tribunal de céans constate que le calcul auquel a procédé l'OCAI est conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables, ainsi qu'à la jurisprudence du TFA.

16. Force dès lors est de constater que le degré d'invalidité ainsi obtenu, de 41%, n'est pas suffisant pour justifier l'octroi d'une rente d'invalidité, ni même d'une demi-rente. Le quart de rente octroyé par l'OCAI doit en conséquence être confirmé.
17. L'assurée requiert par ailleurs d'être mise au bénéfice de mesures de réadaptation, sous la forme de mesures d'ordre professionnel, plus spécifiquement d'un reclassement dans une nouvelle profession.

À teneur de l'art. 8 al.1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

Conformément à l'art. 8 al. 1bis LAI, le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante.

L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation

professionnelle (let. abis), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d).

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, les préférences de l'assuré ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation est d'offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont disposait la personne assurée sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b et les références).

18. C'est en l'espèce à bon droit que l'office intimé a nié le droit de l'assurée à une mesure de reclassement, dans la mesure où celle-ci, quand bien même elle déclare le contraire, ne fait preuve d'aucune motivation réelle pour la reprise d'une activité, mettant sans cesse en avant son incapacité à travailler et ses limitations fonctionnelles. Au vu de celles-ci, il y a quoi qu'il en soit lieu de considérer qu'un marché équilibré du travail offre un éventail de postes de travail suffisamment large et diversifié adapté à ces dernières et pour lesquels une simple mise au courant suffit.

L'assurée demeure en revanche libre de faire valoir son droit à une aide au placement lorsqu'elle fera preuve d'intérêt réel pour cette prestation.

19. Il suit de tout ce qui précède que le recours est rejeté.

**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 l'assurée.
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

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

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