REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1821/2005 **ATAS/257/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 7 mars 2007

En la cause

Madame A_____, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître BRATSCHI Gilbert	recourante

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Juliana BALDE et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame A_____, née en avril 1948, est coiffeuse à l'Hôpital de Loëx depuis octobre 1981.

2. A partir du mois d'avril 2001, elle a diminué son temps de travail à 70%, puis à 50% dès le 21 septembre 2001, pour des raisons de santé.

3. Le 14 novembre 2001, elle a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité en vue de l'octroi d'une rente.

4. Selon le rapport médical du 5 décembre 2001 du Docteur C_____, cardiologue, l'assurée est atteinte d'un prolapsus mitral, de palpitations et d'un bloc de branche gauche.

5. Dans son rapport médical du 24 janvier 2002, le Docteur D_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué un prolapsus mitral avec trouble du rythme cardiaque permanent et une surdité bilatérale appareillée (sclérose des osselets). Son incapacité de travail était de 50% du 28 septembre 2000 au 31 mars 2001, de 30% du 1er avril au 19 septembre 2001 et de 50% depuis le 21 septembre 2001, selon ce médecin. Il a remarqué que si sa patiente travaillait davantage, elle ressentait des troubles du type palpitations et malaises. Elle était également gênée par sa surdité bilatérale.

6. La Doctoresse E_____, spécialiste en ORL, a attesté le 21 février 2002 que sa patiente souffrait d'une hypoacousie bilatérale gênante professionnellement et socialement, surtout dans une ambiance bruyante comme dans un salon de coiffure. La perte auditive était de 38,6% à droite et de 43,8% à gauche.

7. Le 3 mai 2002, le Docteur F_____, spécialiste en ORL et chirurgie cervico-faciale, a indiqué qu'il avait vu la patiente à une reprise, en date du 28 juin 1999, pour un bilan audiologique, à la demande de la Doctoresse G_____. Il a joint à sa communication copie du courrier qu'il avait adressé le 29 juin 1999 à cette dernière. Selon ses conclusions, la patiente présentait une surdité bilatérale et des acouphènes, un peu sous forme d'une cascade d'eau, qui étaient fluctuants.

8. Le 18 septembre 2002, le Docteur C_____ a communiqué à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) que le prolapsus mitral ne lui semblait pas justifier une incapacité de travail à 50% de longue durée. Il a toutefois indiqué qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis le 25 juin 2002 et que son état avait pu se détériorer théoriquement depuis lors.

9. Selon les rapports des 18 et 19 décembre 2002 du Docteur C_____ qui avait réexaminé l'assurée le 11 novembre 2002, son état était stationnaire, sur un plan strictement cardiaque, et l'affection cardiaque pouvait actuellement être qualifiée de

mineure. A elle seule, elle ne justifiait pas un arrêt de travail complet. Elle constituait cependant un facteur aggravant sur l'état général en association avec les autres problèmes dont souffrait la patiente, notamment les effets généraux liés à l'hypoacousie. Le traitement béta-bloquant qui la protégeait contre les arythmies s'accompagnait également d'effets secondaires contribuant à augmenter la fatigue et les vertiges. Les arrêts de travail attestés de 50% du 28 septembre 2000 au 31 mars 2001, de 30% du 1er avril 2001 au 19 septembre 2001 et de 50% dès le 21 septembre 2001 étaient justifiables au plan cardiologique, dans la mesure où les effets de la pathologie cardiaque, bien que mineurs, s'ajoutaient aux symptômes généraux motivant l'arrêt de travail. Indéniablement, la patiente souffrait d'autres facteurs pouvant expliquer son incapacité de travail. Le pronostic cardiologique était en principe bon, mais une aggravation ne pouvait être exclue.

10. Dans son rapport du 18 août 2003, le Docteur H_____, spécialiste en otologie et otoneurologie, a indiqué que la patiente était appareillée depuis l'année 2000 et que l'appareillage était tout à fait adéquat. La conversation avec elle était facile et les acouphènes étaient bien tolérés. Ainsi, le déficit auditif et les acouphènes ne semblaient pas justifier une diminution de la capacité de travail. L'assurée se plaignait également de troubles de l'équilibre dont la cause n'était cependant pas claire.

11. Le 26 janvier 2004, le Docteur C_____ a attesté que la situation cardiaque actuelle pouvait être considérée comme bénigne et qu'elle était compatible avec une vie normale et une activité professionnelle sans restriction au plan strictement cardiaque. Toutefois, en raison de la tendance à l'hypersympaticotonie et des symptômes de palpitations parfois désagréables qui pouvaient en découler, il conviendrait de trouver à l'assuré une activité professionnelle peu stressante où elle pourrait déterminer, dans la mesure du possible, elle-même le rythme d'activité. Il n'y avait par ailleurs pas de relations de cause à effet entre l'affection cardiologique et le problème ORL. Les symptômes légèrement vertigineux et de pseudo-ébriété générés par l'hypoacousie pouvaient être exacerbés en présence de palpitations désagréables. Il paraissait cependant difficile d'admettre, de l'avis de ce médecin, qu'une telle symptomatologie puisse entraîner une invalidité à 50%.

12. Sur la base de ces rapports, le Service médical régional Léman de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré, dans son rapport du 24 février 2004, que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité et qu'il n'y avait aucune relation de causalité entre la diminution du temps de travail et une quelconque raison médicale. Il existait certainement des facteurs non-médicaux pour expliquer la diminution du temps de travail de cette assurée.

13. Par décision du 5 mars 2004, l'OCAI a refusé à l'assurée tout droit à une rente au motif que l'atteinte cardiaque était compatible avec une vie normale et une activité professionnelle sans restriction, L'atteinte auditive ne justifiait pas non plus une

diminution de sa capacité de travail, dès lors qu'elle était appareillée et le résultat fonctionnel excellent.

14. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a formé opposition à cette décision, par courrier du 24 mars 2004. Le 30 juin 2004, elle a communiqué à l'OCAI copie du courrier du 26 juin 2004 du Docteur D_____ à son conseil, selon lequel elle souffre de palpitations intermittentes, d'oppression, de sensations de malaises imminents, en fonction souvent de son état de fatigue et de stress. Sa capacité de travail est de 50%, selon ce médecin.

15. Le 29 juillet 2004, le Docteur I_____, neurologue, a communiqué au Docteur D_____ qu'il avait revu sa patiente suite à un petit malaise évoquant éventuellement une amnésie antérograde transitoire brève, suivie de quelques récidives de vertiges. Elle signalait également des douleurs dans le bras droit, lorsqu'elle soutenait la tête des patients pour le shampoing. Il a mis en évidence une plaque athéromateuse au niveau de la sous-clavière droite entraînant une accélération et qui aurait éventuellement pu jouer un rôle dans les événements qui ont précédé, soit sur un plan hémodynamique avec un syndrome de Vol vertébral ou sur le plan micro-embolique à partir de la plaque athéromateuse. Il était possible que dans certains gestes, notamment au niveau de sa profession, des modifications hémodynamiques de type Vol vertébral pussent expliquer les symptômes présentés.

16. Le 2 décembre 2004, le Docteur D_____ a communiqué à l'OCAI que sa patiente souffrait de dysrégulations vertébro-basilaires. Son travail et les efforts soutenus des bras et de la nuque (coupe, shampoing) déclenchaient des symptômes de lourdeur du bras, douleurs de type cervico-brachiale, faiblesse et vertiges. Dans ces conditions, son activité semblait compromise à long terme.

17. Dans son avis médical du 3 janvier 2005, le SMR a indiqué que le Docteur H_____ n'avait retenu aucun argument pour attribuer les dysrégulations vertebro-basilaires à une atteinte vestibulaire et que celles-ci n'avaient par conséquent aucune influence sur la capacité de travail exigible de l'assurée. A titre exhaustif, il convenait toutefois de demander au Docteur C_____ s'il retenait une telle dysrégulation et si celle-ci avait une influence sur la capacité de travail de l'intéressée.

18. Le 27 janvier 2005, le Docteur C_____ a communiqué à l'OCAI que les troubles fonctionnels cardiaques dont souffrait l'assuré étaient actuellement bien contrôlés par un traitement béta-bloquant. Quant au diagnostic de dysrégulation vertébro-basilaire, celui-ci n'était pas de son ressort, de sorte qu'il ne pouvait se prononcer quant à l'éventuelle répercussion de cette atteinte sur la capacité de travail. Il a par ailleurs confirmé que le problème cardiaque ne constituait pas une cause d'arrêt de travail de longue durée.

19. Le 14 février 2005, le Docteur J_____, spécialiste en médecine interne et hématologie, a adressé un rapport au Docteur D_____. La patiente se plaignait principalement d'asthénie, de tendances à l'endormissement et d'une gêne importante liée à une diminution de l'ouïe. Elle présentait une anémie de gravité apparemment variable, hypoprolifération normocytaire. Il existait un déficit de la compensation de l'érythropoïétine malgré l'absence d'insuffisance rénale. L'anamnèse des malaises pourrait faire évoquer une dysautonomie qui s'accompagnait souvent d'une baisse de l'érythropoïétine.

20. Selon l'avis médical du 15 février 2005 du SMR, le Docteur C_____ confirmait que l'origine des dysrégulations neurovégétatives n'était pas cardiaque et que le Docteur H_____ s'était déjà prononcé à ce sujet dans son rapport du 18 août 2003. Ainsi, les arguments apportés par le Docteur D_____ dans le cadre de la procédure d'opposition n'étaient pas susceptibles de modifier les conclusions du rapport du SMR du 24 février 2004.

21. Dans son rapport du 4 mars 2005, le SMR a fait état d'une anémie légère qui ne pouvait justifier une diminution de la capacité de travail exigible.

22. Par décision sur opposition du 26 avril 2005, l'OCAI a rejeté celle-ci. Il a notamment motivé sa décision par le fait que les troubles de l'équilibre allégués n'avaient pas pu être objectivés ni par le Docteur H_____ ni par le Docteur C_____ et que ceux-ci n'étaient pas d'origine cardiaque. Au vu des avis du SMR, il n'y avait par ailleurs pas lieu de retenir les dysrégulations vertébro-basilaires.

23. Par acte du 27 mai 2005, l'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours contre cette décision en concluant, préparatoirement, à ce qu'une expertise médicale pluridisciplinaire soit ordonnée et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et l'octroi d'une rente d'invalidité, sous suite de dépens. Elle a notamment fait valoir que le fait que les troubles de l'équilibre allégués ne pouvaient être objectivés et n'étaient pas d'origine cardiaque, ne changeait rien au fait que ceux-ci existaient bel et bien. Elle a en outre critiqué le fait que l'intimé semblait avoir limité l'analyse de son cas aux simples domaines cardiologique et auditif et écarté les avis du neurologue et de l'hématologue. Il était nécessaire de procéder à des investigations complètes sous forme d'expertise, afin d'apporter des éclaircissements sur toutes les atteintes mises en évidence par le Docteur D_____. Elle a par ailleurs indiqué qu'elle ressentait fréquemment des étourdissements, des sensations d'étouffer, qu'il lui arrivait d'être près de l'évanouissement avec des nausées et des sensations de perte d'équilibre, le tout l'obligeant assez fréquemment à arrêter son travail pour se rendre à l'infirmerie afin d'y recevoir des soins. A l'appui de ses allégués, elle a déposé notamment copie de la lettre du 22 avril 2005 du Docteur D_____ à son conseil.

24. Dans ce courrier, ce médecin a fait état d'une évolution marquée par une asthénie fluctuante déjà présente mais qui avait tendance à augmenter, dans le contexte d'une anémie qui allait probablement perdurer sans caractère de gravité au sens vital mais sans moyen de correction pour l'instant. Il a confirmé en outre l'existence de cervicobrachialgies droites qui s'aggravaient en fonction de la charge physique au travail. Les comorbidités prises isolément ne constituaient pas un trop gros handicap, selon ce praticien, mais leur association entravait l'aptitude au travail de sa patiente.

25. Dans sa réponse au recours du 29 juin 2005, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant aux arguments invoqués précédemment.

26. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 14 septembre 2005, la recourante a déclaré qu'elle aimait beaucoup son travail, lequel n'était pas en soi stressant, mais demandait beaucoup de patience, dès lors qu'elle devait travailler avec des personnes âgées et malades. Depuis plusieurs années, elle avait mal à la nuque. Les douleurs s'aggravaient de plus en plus et lui provoquaient des maux de tête permanents et des vertiges. Elle avait aussi des sensations de fourmillements dans le visage, les doigts, les jambes et les pieds. Tout le côté droit de son corps lui faisait parfois mal. A cela s'ajoutaient par moment des sensations comme des toiles d'araignées sur le visage. Les acouphènes étaient parfois très pénibles et la rendaient très sensible au bruit. Toutefois, son environnement professionnel n'était pas très bruyant. Elle souffrait également de beaucoup d'oublis et cela l'inquiétait énormément. En été 2004, elle avait consulté le Docteur I_____ à la suite d'un malaise. Alors qu'elle était montée sur un tabouret pour nettoyer le haut d'un meuble, elle s'était tout d'un coup trouvée par terre, sans qu'elle sût comment cela s'était produit. Par chance, elle ne s'était pas blessée. Elle avait par ailleurs des vertiges et elle chancelait.

27. Le 19 septembre 2005, le Tribunal de céans a communiqué aux parties qu'il avait l'intention de mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire et de la confier au Centre d'expertise médicale à Genève. Il leur a également donné la possibilité de se déterminer sur le questionnaire à soumettre à l'expert. Les parties n'ont pas formulé des observations à cet égard.

28. Par ordonnance du 3 novembre 2005, le Tribunal de céans a mis en œuvre une expertise multidisciplinaire et a commis à cette fin le Centre d'expertise médicale à Genève.

29. Le 28 septembre 2006, ce centre a rendu son rapport d'expertise interdisciplinaire. Étaient associés à cette expertise un rhumatologue et spécialiste en médecine physique et de réadaptation, un neurologue, un psychiatre et un angiologue. Le collègue des experts a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés C3-C4 et de

tendinomyopathies scapulo-cerviales (raccourcissement musculaire) sur position monotone due à la profession de coiffeuse. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont mentionné un trouble anxieux et dépressif mixte, avec une multitude de plaintes somatoformes, un syndrome de fibromyalgie, une anémie hypoproliférative discrète, une hypoacousie appareillée, une pression intra-auriculaire augmentée, traitée, un prolapsus mitral et un trouble de la conduction cardiaque (bloc de branche gauche). En raison de la discopathie cervicale, la résistance de l'expertisée était diminuée pour des tâches nécessitant une extension de la nuque ou pour travailler avec les bras élevés. La symptomatologie dépressive et anxieuse était d'intensité modérée et l'assurée gardait une bonne capacité pour poursuivre son activité professionnelle et un bon contact avec ses collègues et clients. Les experts admettaient toutefois que sa capacité d'adaptation face aux contraintes physiques et psychiques était probablement réduite, dans le sens qu'elle devait fournir un effort plus important qu'auparavant. Néanmoins, elle restait intégralement apte à faire les tâches de coiffeuse, même si elle nécessitait plus de temps pour récupérer physiquement. L'activité exercée jusqu'ici était encore exigible à raison de six heures par jour, idéalement réparties en quatre fois une heure trente ou en deux fois trois heures. Il n'y avait pas de diminution de rendement. Une incapacité de travail d'au moins 20% devait être admise depuis probablement 2001. La capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ne pouvait pas être améliorée. Par ailleurs, dans toute activité légère, voire dans un salon de coiffure traditionnel, à savoir avec une clientèle sans handicap et ne nécessitant pas d'adaptation spéciale (personnes alitées, immobiles, non coopérantes), l'assurée possédait une capacité de travail entière. Selon les experts, plusieurs plaintes, tels que les paresthésies, sensations d'étouffer, vertiges, palpitations, entraient dans le cadre du diagnostic psychique. En effet, les examens neurologiques, ORL, angiologiques et rhumatologiques n'avaient pas pu révéler d'origine organique de celles-ci.

30. Le 17 novembre 2006, l'intimé s'est déterminé sur le rapport d'expertise judiciaire, en relevant que la recourante possédait une capacité de travail de 75% dans sa profession de coiffeuse à l'Hôpital de Loëx et une capacité de travail complète dans une activité de coiffeuse traditionnelle. Cela étant, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

31. Le 8 décembre 2006, la recourante a pris position sur le rapport d'expertise et a maintenu ses conclusions précédentes. Elle a produit un courrier que le Dr D_____ avait adressé à son mandataire. Dans ce courrier, ce médecin a expliqué que les diagnostics posés lui semblaient exacts. Il a contesté toutefois, sur le plan rhumatologique, qu'il s'agissait d'un syndrome somatoforme ou d'une probable fibromyalgie. Selon le Dr D_____, on était en présence de douleurs sur le poste de travail, d'origine mécanique, en fonction des positions, localisées sur le côté droit et aggravées par les efforts. Il a admis que, depuis le début de l'année 2006, l'état de santé de la recourant ne s'était pas péjoré. Quant à la capacité de

travail, il a estimé que sa patiente était capable de travailler au maximum pendant quatre heures.

Pour le surplus, la recourante a relevé que le Dr D_____ l'avait suivie depuis de nombreuses années et avait ainsi pu constater qu'à la fin d'une journée de travail, elle était la plus part du temps épuisée. Elle a à cet égard souligné que les experts l'avaient également admis à la page 16 de leur rapport, en déclarant que, en raison de la conjonction des différentes atteintes physiques et psychiques, l'assurée était diminuée dans sa résistance pour faire face aux contraintes professionnelles. La recourante a ainsi contesté l'appréciation du taux de sa capacité de travail par les experts judiciaires, en se fondant sur l'avis du Dr D_____. Elle a également fait observer qu'elle était âgée de 58 ans et ne travaillait plus qu'à 50% depuis plus de cinq ans. La conclusion des experts concernant sa capacité de travail était purement théorique et manifestement éloignée de toute réalité. Aucun autre employeur ne l'engagerait, indépendamment du fait qu'elle devrait alors s'adapter complètement aux techniques et à la mode de la clientèle actuelle. Elle ne supporterait par ailleurs pas de travailler toute la journée en position debout, dans une ambiance souvent stressante et fréquemment bruyante, ce qui excluait tout travail dans un salon de coiffure ordinaire. Au vu du salaire relativement élevé de 6'811 fr. 60 par mois pour un plein temps, plus une prime de fidélité de 6'647 fr. 85 chaque année, sa perte de gain dans une autre activité serait nettement supérieure à 50%. La recourante a rappelé aussi le pronostic réservé des experts, à savoir que les troubles dégénératifs au niveau cervical étaient susceptibles de se péjorer, de sorte qu'elle devrait dans le futur refuser de prendre en charge certains clients nécessitant des positions spécialement difficiles.

32. A la demande du Tribunal de céans, les HUG l'ont informé le 19 janvier 2007 que son employée présentait une incapacité de travail à 50 % de très longue date et que son droit aux indemnités journalières était épuisé. Selon les observations de l'employeur, la recourante était de plus en plus accaparée par ses problèmes de santé, affaiblie, affectée dans sa vivacité et son dynamisme, en dépit de sa bonne volonté et sa conscience professionnelle intacte. Si son état devait s'améliorer et que cette amélioration était attestée par un certificat médical, elle pourrait reprendre des activités au taux préconisé par le médecin traitant dans un délai de 6 mois, temps nécessaire à la modification de l'organisation interne. A la question du Tribunal de céans de savoir si l'employeur aurait accepté en 2001 que la recourante diminuât son taux de travail de 100 % à 75 %, les HUG ont répondu qu'il n'a jamais été question en 2001 qu'elle diminuât de son plein gré son taux d'incapacité de 100 à 75 %.

33. Par courrier du 25 janvier 2007, l'employeur a par ailleurs précisé ce qui suit :

"Mme A_____ ayant une incapacité de travail à 50 % depuis presque 6 années, nous avons eu tout le temps d'observer ses problèmes de santé et nous n'avons constaté aucune amélioration durant toute cette période. Pour ces raisons, nous ne pouvons envisager une augmentation de sa capacité de travail sans nous assurer au préalable de sa réelle aptitude à exercer sa fonction. Cette condition devrait impérativement être vérifiée et validée par notre médecin-conseil.

De plus, il va de soi que durant ces années, nous avons dû prendre certaines décisions au niveau de notre organisation, si bien que le taux du poste que Mme A_____ occupe sur le site de Loëx ne peut pas dépasser 50 %. Si le taux d'activité de notre collaboratrice devait être augmenté, une possibilité devrait être trouvée sur un autre site des Hôpitaux universitaires où elle serait déplacée."

34. Par écritures du 9 février 2007, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a relevé que la réponse des HUG ne fasait que confirmer le bien-fondé de ses explications. Par ailleurs, ses douleurs de la nuque s'aggravaient de plus en plus et provoquaient des maux de tête et des vertiges, d'autant plus qu'elle devait fréquemment s'occuper de personnes impotentes et handicapées. Sa capacité de travail très restreinte était également confirmée par les avis constants du médecin traitant.

35. L'intimée a également maintenu ses conclusions, par courrier du 31 janvier 2007.

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

EN DROIT

1. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Lorsque toutefois l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer le principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement de bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. 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 ce qui concerne en revanche 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. 6 b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er

janvier 2003 ou introduites après cette date devant un Tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues à la LPGA et par les dispositions de procédures contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

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

3. Selon l'art. 4 aLAI, 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).

   En vertu de 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).

   Les notions d'invalidité et d'incapacité de gain, telles que définies dans la LAI dans son ancienne teneur, sont reprises aujourd'hui par les art. 7 et 8 LPGA sans modifications essentielles.

4. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur jusqu'au 31 janvier 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 ; 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.

   L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème

révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

5. 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. 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, à ce motif, 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

   Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise judiciaire médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition pour clarifier les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3 b)aa).

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

   S'agissant 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

6. En l'occurrence, il convient d'accorder à l'expertise multidisciplinaire du Centre d'expertise médicale une pleine valeur probante. Elle remplit en effet tous les critères énumérés par la jurisprudence précitée.

   Selon les experts, la recourante présente une capacité de travail de 75% dans son activité actuelle et même de 100% en tant que coiffeuse dans un salon traditionnel, en tenant compte de toutes les affections physiques et psychiques dont elle est atteinte.

   Certes, l'évaluation de la capacité de travail par les experts judiciaires est en contradiction avec celle du Dr D_____. Cependant, en présence d'une expertise multidisciplinaire qui a pris en considération l'ensemble des affections de la recourante et a été établie en pleine connaissance de son dossier médical, soit également de l'avis du médecin traitant, il convient de donner la préférence aux conclusions d'une telle expertise, d'autant plus qu'il faut également tenir compte, comme relevé ci-dessus, de ce que l'appréciation du médecin traitant peut être empreinte d'une certaine subjectivité, dans la mesure où il a tendance, dans le doute, de prendre parti pour son patient, en raison de relation de confiance particulière.

   Il est vrai que l'employeur conteste également que la recourante puisse travailler à un taux supérieur à 50%. Selon la jurisprudence précitée, l'appréciation médicale l'emporte toutefois en principe sur les constatations concrètes de la capacité de travail, par exemple lors d'un stage d'observation professionnelle. Les observations de l'employeur devant être assimilées à celles effectuées lors d'un tel stage, elles ne sont donc pas de nature à mettre en doute les conclusions de l'expertise judiciaire.

   La recourante n'a par ailleurs pas mis en évidence, dans sa détermination du 8 décembre 2006, des contradictions ressortant de l'expertise, et n'a pas non plus fait état d'avis d'autres spécialistes mettant sérieusement en doute la pertinence de ses conclusions, indépendamment de l'opinion divergente du médecin traitant. Le Tribunal de céans ne voit dès lors aucun motif pour s'écarter de l'expertise multidisciplinaire judiciaire.

7. La perte de gain de la recourante n'est dès lors pas supérieure à 25% dans son activité actuelle, taux qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il appert par ailleurs que la recourante pourrait, à terme, augmenter son taux de travail auprès des HUG à 75%. Il n'est ainsi pas nécessaire d'établir un salaire d'invalide hypothétique chez un autre employeur et de déterminer la perte de gain par comparaison entre ce salaire et celui qu'elle aurait réalisé aux HUG à 100%.

8. Au vu de ce qui précède, le recours 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 auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

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