

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1847/2007

ATAS/641/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 29 mai 2008**

En la cause

Madame F \_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Enrico SCHERRER

recourante

contre

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

intimé

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

---

### **EN FAIT**

1. Madame F \_\_\_\_\_, a suivi une formation d'assistante d'exploitation. A compter du 14 juillet 1987, elle a travaillé comme employée postale au guichet à raison de 22 heures par semaine, ce qui représentait un taux d'occupation de 52,38 %. En 2002, son salaire annuel s'est élevé à 34'240 fr. (cf. rassemblement de ses comptes individuels : pièce 10 OCAI); le 1<sup>er</sup> janvier 2003, il a été augmenté à 39'704 fr. (pièce 7 OCAI).
2. A compter du 6 décembre 2002, l'assurée a été dans l'incapacité totale de travailler.
3. Le 26 août 2003, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant une inflammation chronique du bras droit, présente depuis 1992.
4. Dans un rapport daté du 2 septembre 2003, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a posé les diagnostics d'hyperlaxité ligamentaire constitutionnelle, brachialgies bilatérales et status après neurolyse du coude droit. Il a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et a suggéré des mesures professionnelles. Il a précisé que, malgré plusieurs interventions chirurgicales, des brachialgies bilatérales invalidantes fortement exacerbées par les activités professionnelles répétitives persistaient.

Le Dr L \_\_\_\_\_ a émis l'opinion que l'activité d'employée postale n'était plus exigible mais que la patiente pourrait en revanche exercer une autre activité légère, par exemple celle de gérante de kiosque ou de réceptionniste, à 100% et sans diminution de rendement (pièce 13 OCAI).

En annexe de son rapport médical, le Dr L \_\_\_\_\_ a produit plusieurs documents, au nombre desquels, notamment :

- Un rapport du Dr M \_\_\_\_\_, daté du 28 août 1995, concluant à une tendinopathie de l'extenseur dans la face dorsale du poignet droit sans lésions kystiques adjacentes.
- Un courrier du Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, daté du 19 mai 1999, dont il ressort que la patiente se plaint depuis de nombreuses années de douleurs au poignet droit et qu'elle présente un tableau clinique de syndrome du tunnel carpien et des douleurs nocturnes.
- Un rapport de consultation du Dr L \_\_\_\_\_ du 20 mai 1999 concluant à une neuropathie ulnaire au coude droit, à une suspicion de syndrome du tunnel carpien bilatéral et à un syndrome du défilé thoracique fruste droit.

- Un courrier de la Dresse O \_\_\_\_\_, spécialiste en FMH en neurologie, daté du 5 février 2002, dont il ressort que l'examen clinique et neurologique a apporté des éléments en faveur d'une part, d'un syndrome du défilé thoracique vasculaire à droite - dont il a été indiqué qu'il pouvait expliquer une partie du tableau -, d'autre part, d'une neuropathie ulnaire au coude droit. En revanche, l'examen neurologique n'a ni montré de déficit sensitivomoteur dans le territoire du nerf cubital ni permis de confirmer une neuropathie ulnaire du coude. La Dresse O \_\_\_\_\_ a conclu à une attente irritative sans répercussion électro-physiologique, favorisée par les mouvements répétitifs au travail.
  - Un rapport du 15 août 2002, du Dr P \_\_\_\_\_, radiologue FMH, faisant état d'une échographie du poignet droit dans les limites de la norme.
  - Un courrier du Dr P \_\_\_\_\_, daté du 4 septembre 2002, dans lequel le médecin évoque la possibilité d'une ancienne lésion ostéochondrale, sans déchirure complète de ligament.
  - Un rapport du Dr Q \_\_\_\_\_, radiologue, du 17 mars 2003, concluant à un aspect radiologique normal du poignet droit.
5. Dans un rapport daté du 12 décembre 2003, le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a posé les diagnostics suivants : brachialgies droites chroniques depuis 2002, syndrome du défilé thoracique depuis 1999, status après opération du tunnel carpien droit en 1998, status après neurolyse ulnaire depuis 2002, état dépressif réactionnel depuis 2002. Le médecin a confirmé une incapacité totale de travailler depuis le 6 décembre 2002.

Il ressort de l'anamnèse de son rapport que les troubles ont débuté en 1993-1994 par des douleurs diffuses du poignet droit associées à des brachialgies avec sensation de manque de force. Les douleurs, surtout nocturnes, se présentaient sous forme de paresthésies prédominant au niveau du poignet droit mais également dans le territoire du nerf médian. En 1996, il a été procédé à un examen qui n'a montré aucune anomalie électromyographique. Le médecin a posé un diagnostic différentiel entre un syndrome du défilé thoracique, une neuropathie ulnaire au coude droit et éventuellement une affection démyélinisante d'origine centrale. La situation est devenue supportable avec le port d'une attelle et des anti-inflammatoires.

En mai 1999, la situation s'est aggravée et le Dr L \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de neuropathie ulnaire au coude droit, de suspicion de syndrome du tunnel carpien bilatéral et de syndrome du défilé thoracique à droite. Une infiltration de cortisone au poignet droit a eu un effet favorable mais de courte durée. Le 11 novembre 1999, une décompression chirurgicale du tunnel carpien a été pratiquée. Par la suite, la symptomatologie douloureuse s'est amendée sans toutefois disparaître.

En automne 2001, les brachialgies droites avec douleurs au coude droit irradiant dans l'épaule droite ont empiré. L'examen clinique a révélé un syndrome du défilé thoracique avec présence d'une faiblesse dans le territoire ulnaire à l'avant-bras et à la main. Les radiographies de la colonne cervicale ont montré une discopathie C5-C6 discrète.

En février 2002, un examen a mis en évidence une neuropathie ulnaire au coude et le 28 février 2002, le Dr L\_\_\_\_\_ a pratiqué une neurolyse du nerf cubital au coude droit. Depuis cette intervention, la situation s'est dégradée rapidement malgré la prise d'antidouleurs et des séances intensives de physiothérapie. La recherche d'une algodystrophie aux poignets s'est révélée négative malgré la présence d'un foyer d'hypercaptation au coude et à l'épaule.

Le 6 décembre 2002, en raison de douleurs violentes au bras droit aggravées par les gestes simples de la vie quotidienne et par les mouvements pratiqués au guichet postal, l'assurée a été mise en incapacité totale de travail. Malgré le repos, les douleurs sont restées mal contrôlées et ont nécessité l'emploi d'un patch antidouleur efficace. En revanche, la charge de travail exercée par le bras gauche a commencé à provoquer les mêmes symptômes qu'à droite.

Sur le plan psychologique, la situation physique handicapante, les douleurs chroniques, l'incapacité d'exercer des tâches ménagères simples, le doute quant à son emploi ont provoqué chez l'assurée un état dépressif réactionnel sévère motivant une médication dès février 2003.

L'assurée se plaint de fatigue, d'une baisse de la thymie, d'irritabilité, de douleurs sévères à l'épaule droite mais surtout au niveau du poignet droit, accentuées par certains mouvements, par le caractère répétitif de certaines activités et par le port de charges. Les activités ménagères simples ne sont plus possibles, à tel point qu'il a fallu faire appel à une aide ménagère. Depuis l'automne 2003, des brachialgies gauches sont apparues.

Le médecin a constaté objectivement la limitation de la mobilité de l'épaule droite, un souffle sous-claviculaire à droite, une diminution de la force de préhension de la main droite, un discret œdème du dos de la main et des doigts.

Le docteur N\_\_\_\_\_ s'est montré pessimiste, faisant remarquer qu'il n'y avait jamais eu rémission des symptômes, si ce n'est durant un laps de temps de deux semaines (l'assurée était alors en vacances dans sa famille en Italie, ne faisait aucune activité et suivait une balnéothérapie intensive). Il a émis des réserves quant à un possible reclassement professionnel. Il a préconisé une activité qui n'utilise pas les membres supérieurs (pièce 24 OCAI).

6. Interrogé par l'OCAI, l'assurée, par courrier du 26 janvier 2004, a répondu qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre mais prenait un antidépresseur prescrit par son généraliste (pièce 29 OCAI).
7. Par courrier du 26 mars 2004, l'employeur de l'assurée lui a signifié la cessation des rapports des rapports de travail avec effet au 1er juin 2004. A compter de cette date, l'assurée a été mise à la retraite anticipée totale et s'est vu octroyer une rente d'invalidité de la CAISSE DE PENSIONS DE LA POSTE (pièce 32 OCAI).
8. Les Drs R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et S\_\_\_\_\_, du Service médical régional Léman (ci-après SMR), à qui a été soumis le dossier de l'assurée, ont préconisé, le 18 novembre 2004, de requérir des renseignements complémentaires auprès du Dr L\_\_\_\_\_ suite à la nouvelle intervention chirurgicale qui avait été pratiquée, de requérir l'apport du dossier de l'assurée auprès du service médical de la Confédération et de procéder à une expertise psychiatrique (pièce 37 OCAI).
9. Le dossier médical complet de l'assurée auprès de la Confédération a été produit le 18 janvier 2005 (pièce 41 OCAI).
10. Dans un rapport daté du 17 janvier 2005, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire. Il a fait remarquer que les douleurs invalidantes persistaient même lors d'activités légères et qu'elles contraignaient la patiente à prendre des antalgiques majeurs. Il a confirmé l'incapacité totale de l'assurée à reprendre son activité précédente et a estimé qu'en raison du caractère invalidant des douleurs, il serait difficile de lui trouver un poste adapté. Il a jugé que les troubles psychiques n'étaient pas d'une gravité telle qu'ils nécessiteraient une prise en charge psychiatrique (pièce 42 OCAI).
11. Le Dr N\_\_\_\_\_ a également rendu un rapport complémentaire le 27 mai 2005. Il y a confirmé l'état stationnaire de sa patiente en ajoutant que cette dernière restait limitée par les douleurs ressenties dans les membres supérieurs et qu'il ne voyait pas quelle autre activité pourrait être adaptée à son état (pièce 49 OCAI).
12. La Dresse T\_\_\_\_\_, psychiatre au SMR, a rendu son rapport le 28 juin 2005. Il en ressort que depuis 1989, l'assurée travaille à 50 % par choix personnel et qu'elle n'a jamais bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière.

A la maison, l'assurée s'occupe du rangement et de la lessive; le repassage et l'aspirateur sont pris en charge par une aide ménagère; une fois par année, un nettoyeur s'occupe des vitres et des rideaux; l'assurée prépare le repas deux fois par jour, aidée par son mari; l'ergothérapeute a mis à sa disposition des ustensiles pour lui faciliter la tâche en tenant compte de ses difficultés à couper les légumes et le pain, ouvrir les bouteilles, etc.; sa vie sociale est normale; elle voit régulièrement ses amis; elle fait les courses une fois par semaine accompagnée de sa cousine.

L'assurée se dit incapable de participer à un programme de réorientation professionnelle.

Le médecin n'a pas relevé de troubles de la mémoire, de la concentration, ou de l'attention ni de ralentissement psychomoteur. L'assurée ne présentait ni angoisse persistante ni attaques de panique. Le médecin n'a pas non plus objectivé de troubles de la personnalité morbide. Globalement, le Dr T\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait aucun diagnostic psychiatrique. En effet, l'examen clinique n'a montré ni dépression majeure ni décompensation psychotique ni anxiété généralisée ni trouble phobique ni trouble de la personnalité morbide ni perturbation de l'environnement psychosocial ni syndrome douloureux somatoforme persistant ni limitations fonctionnelles psychiatriques. C'est l'absence d'un véritable sentiment de détresse qui a permis d'exclure le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

L'assurée a été décrite comme démonstrative et présentant une amplification verbale des plaintes somatiques sans signes de souffrance et sans attirer l'empathie. Il a été relevé qu'elle consulte peu son médecin traitant, n'a aucune prise en charge rhumatologique et garde néanmoins un fonctionnement social normal. Le diagnostic d'état dépressif réactionnel depuis 2002 retenu par le médecin traitant n'a pas été objectivé. Le Dr T\_\_\_\_\_ a donc conclu que le diagnostic d'état dépressif réactionnel était en rémission complète.

13. Dans un rapport daté du 23 août 2005, le Dr R\_\_\_\_\_, du SMR, a fait remarquer que les examens neurologiques et radiologiques approfondis ne fournissaient pas d'explications aux douleurs présentées par l'assurée et que les symptômes n'avaient pas diminué malgré les interventions pratiquées. Il a relevé que tant la Dresse T\_\_\_\_\_ - qui n'avait retenu aucun diagnostic psychiatrique - que le Dr L\_\_\_\_\_ avaient conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Il s'est étonné que ce dernier soit revenu sur sa position le 17 janvier 2005, alors même qu'il avait défini l'état de santé de sa patiente comme stationnaire. En l'absence de tout élément médical objectif justifiant une incapacité de travail, le Dr R\_\_\_\_\_ a préconisé un examen rhumatologique supplémentaire (pièce 54 OCAI).
14. Un examen clinique rhumatologique a donc été pratiqué au SMR par le Dr U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, en médecine physique et en rééducation. Ce dernier a rendu son rapport le 13 février 2006.

Il ressort de l'anamnèse que l'assurée souffre de douleurs du membre supérieur droit depuis les années 1990, du membre supérieur gauche depuis 2002, sans facteur déclenchant. Les douleurs sont constantes et prédominent à droite. L'assurée ressent des brûlures dans la totalité du bras. Ces douleurs irradient dans l'omoplate droite et jusque dans la région dorsale. Toutes les activités (par exemple, couper les

légumes, faire les repas, repasser) augmentent les symptômes, lesquels sont également déclenchés lors des mouvements de flexion-extension du coude ou lors de l'élévation de la main au niveau du visage. Si l'assurée doit surélever son membre supérieur droit, il s'endort après quelques minutes. A gauche, les symptômes sont identiques mais moins présents : ils sont uniquement déclenchés par des activités alors qu'à droite, ils sont présents également au repos. Les symptômes fluctuent selon l'activité et le temps. Ils prédominent le soir. L'assurée se réveille toutes les deux heures, fréquemment avec les mains endormies. Suite aux différentes interventions chirurgicales pratiquées, les fourmillements de la main ont diminué. En revanche il n'y a pas eu d'amélioration s'agissant de la force : l'assurée lâche fréquemment des objets.

L'assurée est indépendante pour les soins personnels. Une chaise de bas a été installée, l'assurée ayant beaucoup de difficultés à se relever de la baignoire. Elle est gênée dans certaines activités ménagères telles que le repassage ou le nettoyage des sols mais peut en revanche préparer les repas. Des adaptations ont été faites par l'ergothérapeute et l'assurée bénéficie d'une aide de ménage deux heures par semaine. Elle continue à suivre des séances de physiothérapie à raison d'une fois par semaine.

Le médecin a conclu à des douleurs neurogènes du nerf ulnaire droit, à un status post-neurolyse au sillon épitrocléen droit et à un syndrome du défilé thoracique droit. A titre de comorbidités sans répercussion sur la capacité de travail, il a relevé : une obésité de classe 2, un status post-cure de canal carpien bilatéral et un status post-neurolyse du nerf ulnaire au sillon épitrocléen gauche.

Le médecin a relevé que l'assurée n'avait pas de comportement algique à l'examen clinique; par exemple, elle n'épargne pas de façon particulière son membre supérieur droit lorsqu'elle s'habille. L'examen neurologique ne montre pas de déficit sensitivo-moteur majeur. Les éléments neurologiques objectivables sont : une ébauche d'un signe de Froment à gauche, compatible avec une discrète diminution de force de l'adduction du pouce, une diminution de la sensibilité de la pulpe de l'auriculaire et de l'annulaire droits. Selon le Dr U\_\_\_\_\_, la diminution de force de préhension n'est pas d'origine neurologique; elle est de plus discordante lorsque l'on compare la mesure au dynamomètre ne dépassant pas les deux kilos avec la force de préhension subnormale en serrant les doigts. Il n'y a pas de déficit radiculaire en relation avec une éventuelle cervicarthrose.

L'examen confirme le syndrome du défilé thoracique à droite. La manœuvre d'élévation du bras déclenche une diminution du pouls radial et l'apparition de fourmillements dans la main. L'examen ostéo-articulaire montre une mobilité complète des épaules, sensibles en fin de flexion. A la palpation, les différents tests musculaires évoquent une légère tendinite de la coiffe des rotateurs à droite. Toute la région de l'avant-bras et du coude est diffusément sensible sans signe

d'inflammation conséquent. Il n'y a pas de signe d'algoneurodystrophie. D'ailleurs cette hypothèse a été écartée par la scintigraphie pratiquée en 2002. La mobilité du rachis est conservée. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une atteinte cervicale conséquente pouvant expliquer les douleurs des membres supérieurs.

La lecture du dossier radiologique confirme l'intégrité du rachis cervical, l'intégrité ostéo-articulaire du poignet droit hormis le remaniement cicatriciel du ligament triangulaire du carpe droit.

Le médecin conclut à une discordance entre l'importance des symptômes transmis par l'assurée et les éléments objectivables cliniquement ou mis en évidence aux examens complémentaires. Selon lui, les douleurs neurogènes du membre supérieur droit peuvent expliquer une légère diminution du rendement au poste de travail. Le médecin a cependant relevé plusieurs éléments parlant en faveur d'une amplification des symptômes :

- 1) l'absence de signes de gravité aux examens électromyographiques, l'examen ne montrant qu'une atteinte irritative et aucun signe de dénervation conséquent;
- 2) le peu de réponse au traitement chirurgical;
- 3) la discordance entre l'importance des douleurs ressenties et le comportement non algique constaté;
- 4) la distribution des douleurs au membre supérieur droit, dépassant le territoire du nerf ulnaire;
- 5) le fait que le syndrome du défilé thoracique droit puisse certes gêner l'assurée dans les mouvements d'élévation du bras au-dessus de la tête mais pas dans toutes les activités du membre supérieur.

Le médecin a retenu à titre de limitations fonctionnelles : les mouvements répétés d'élévation du bras droit au niveau du visage ou plus haut, le port de charges supérieures à 10 kg et le port de charges de 3 à 4 kg avec le membre supérieur droit seulement.

Le médecin a conclu à une incapacité de travail de 20% au moins depuis le 20 mars 2001. Le poste de travail ayant été adapté, il estime qu'on aurait pu s'attendre à ce que l'assurée puisse reprendre progressivement son travail à raison de deux ou trois heures par jour ou l'équivalent d'un 70% à partir du 9 décembre 2002 (date de la consultation du Dr L\_\_\_\_\_). En raison des douleurs neurogènes et du syndrome du défilé thoracique, le médecin évalue la baisse de rendement à 30%. Suite à l'intervention de neurolyse pratiquée le 22 décembre 2003, il précise que l'on peut admettre une incapacité de travail temporaire de 100% jusqu'à la fin du mois de janvier 2004. Par la suite l'état de santé est resté stationnaire et il n'y a selon lui pas d'incapacité supplémentaire en relation avec les brachialgies gauches.

Concernant la capacité de travail exigible, le Dr U\_\_\_\_\_ estime qu'elle est déterminée par les contraintes mécaniques imposées sur le coude droit et qu'en respectant les limitations fonctionnelles décrites, une capacité de travail de 70% est exigible. Il n'y a pas de déficit neurologique ou d'atteinte ostéo-articulaire conséquente qui contre-indique une activité partielle dans le poste de travail physiquement peu contraignant exercé par l'assurée. Dans l'activité de ménagère, la capacité est identique car l'activité est physiquement plus contraignante mais l'assurée peut fractionner davantage son travail. Finalement, le Dr U\_\_\_\_\_ conclut à une capacité de travail de 70% dans l'activité précédemment exercée avec adaptation du poste de travail depuis le 9 décembre 2002 (pièce 64 OCAI).

15. D'une note téléphonique, il ressort que l'assurée, interrogée par téléphone, a indiqué que suite à sa maladie, son employeur l'a mise au "back office" afin qu'elle évite le travail répétitif des bras. Elle s'occupait alors du retour des courriers non réclamés, répondait au téléphone et faisait de la comptabilité. Elle affirme avoir fait tout ce qu'elle pouvait; cependant, le médecin-conseil a finalement été d'avis de la mettre en arrêt (pièce 65 OCAI).
16. Par courrier du 31 mai 2006, l'assurée a invoqué une aggravation de son état de santé depuis la fin de l'année 2005. Son médecin traitant l'a alors adressée au Dr V\_\_\_\_\_, qui lui a recommandé, outre une augmentation des doses médicamenteuses, une thérapie psychologique cognitive de la douleur. Depuis lors, l'assurée a donc suivi des séances de physiothérapie hebdomadaires, dispensées par Madame G\_\_\_\_\_, psychologue (pièce 68 OCAI).
17. Une enquête économique sur le ménage a été pratiquée le 30 mai 2006 par Madame Patricia DEGOUMOIS, infirmière (pièce 69 OCAI). L'assurée a à cette occasion affirmé que, sans atteinte à la santé, elle aurait continué à travailler à 50% pour garder du temps libre pour sa famille et son foyer.

	Pondération du champ d'activité en %	Empêchement en %	Invalidité en %
Conduite du ménage 2-5 % Planification/organisation/répartition du travail/contrôle - RAS	5 %	0 %	0 %
Alimentation 10-50 % Préparation/cuisson/service/travaux de nettoyage de la cuisine/provisions Avant 2003, Mme F_____ cuisinait un repas complet le soir et était en charge de tous les travaux de nettoyage de la cuisine. Depuis 2003, elle cuisine avec l'aide de son mari et de son fils. Elle achète des légumes congelés pour éviter d'avoir à les éplucher elle-même, elle a une planche spéciale pour	30 %	40 %	12 %

couper le pain. Comme elle et son fils mangent également à la maison à midi, le couple s'arrange pour faire suffisamment à manger le soir pour avoir des restes le lendemain à midi. La femme de ménage fait le sol, le fils et le mari se chargent du reste de l'entretien de la cuisine. Mme F _____ faisant uniquement le petit entretien quotidien ne demandant pas trop de force dans les mains			
Entretien du logement 5-20 % Épousseter/passé l'aspirateur/entretenir les sols/nettoyer les vitres/faire les lits  Avant 2003, Mme F _____ s'occupait seule de l'entretien de l'appartement, vitres y compris.  Depuis 2003, Mme F _____ ne peut plus passer l'aspirateur ni frotter les sols. La femme de ménage le fait lors de ses 2 heures hebdomadaires de travail, le mari le fait également le week-end si besoin. Les grands rangements, le nettoyage à fond des armoires, les vitres et les sanitaires sont faits par le mari et le fils. Mme F _____ s'occupe du rangement et d'enlever la poussière à sa hauteur.	20 %	50 %	10 %
Emplettes et courses diverses 5-10 % Poste/assurances/services officiels  Elle s'occupe des démarches administratives sans problème.  Avant 2003, elle faisait toutes ses courses seule.  Depuis 2003, sa cousine la véhicule en voiture, l'accompagne et lui porte ses courses chaque mardi matin. Son mari se charge de rapporter les boissons, les conserves pour la réserve de denrées comestibles.	10 %	30 %	3 %
Lessive et entretien des vêtements 5-20 % Laver/suspendre/ramasser/repasser/racommoder/nettoyer les chaussures  Avant 2003, elle faisait seule tout l'entretien du linge de la famille  Depuis 2003, elle charge la machine, la programme, son fils la décharge, elle l'étend et la femme de ménage repasse. Son mari s'occupe de laver les draps et les rideaux car c'est trop lourd pour elle.	15 %	25 %	3,75 %
Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille 0-30 %  Son fils a actuellement 14 ans. Elle a réussi à garder quelques activités communes avec lui comme le cinéma par exemple. Elle a des difficultés à être active le matin et est souvent fatiguée durant la journée, ce qui empiète sur ses capacités d'attention pour lui.	10 %	20 %	2 %
Divers 0-50 % - soins infirmiers/entretien des plantes et du jardin/garde des animaux domestiques/confection de vêtements/activité d'utilité publique/formation complémentaire/création artistique  Elle a un chien, trois chats, un furet et des poissons. Elle s'occupe des animaux à l'intérieur de l'appartement, mais son fils ou son mari doivent assumer les promenades et les visites au vétérinaire.  Elle faisait 12 heures de bénévolat à SOS chats, elle s'occupait de chats en difficulté, elle a dû arrêter ce travail	10 %	50 %	5 %

---

Total	100 %	35,75 %
-------	-------	---------

18. Le Dr V\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et réanimation, interrogé par l'OCAI, a répondu en date du 5 octobre 2006 qu'il a vu pour la dernière fois l'assurée le 13 juin 2006 et qu'il a alors constaté une amélioration fonctionnelle notable de son membre supérieur droit avec une persistance des douleurs décrite comme forte sous traitement stable. Il a indiqué que cette relative amélioration devait être en rapport avec les exercices quotidiens pratiqués à domicile, les conseils et la supervision de la physiothérapeute et le travail cognitivo-comportemental conduit par la psychologue (pièce 72 OCAI).

Le Dr V\_\_\_\_\_ a également produit un courrier adressé par lui le 13 mars 2006 au Dr W\_\_\_\_\_. Il en ressort qu'il n'y a pas de signe évoquant une atteinte neurologique. Une atteinte de muscles de la coiffe des rotateurs suspectée lors de l'examen clinique n'a pas été confirmée par un ultrason de l'épaule qui n'a conclu qu'à une capsulose modérément rétractile. Une relative sous-utilisation du bras droit a frappé le médecin lors de la première entrevue. Il a relevé que ceci pouvait avoir un impact secondaire important sur les douleurs en raison d'un déconditionnement musculo-tendineux et articulaire et d'une hypersensibilisation du système douloureux. Le médecin a proposé une rééducation très progressive par des examens quotidiens de faible intensité.

19. Le 20 novembre 2006, le Dr R\_\_\_\_\_, du SMR, a fait remarquer que le rapport du Dr V\_\_\_\_\_ faisait état d'une anamnèse et d'un status parfaitement superposables à ceux décrits par le Dr U\_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 novembre 2006. Le Dr R\_\_\_\_\_ a relevé que si le Dr V\_\_\_\_\_ estimait le retour à une activité professionnelle encore prématuré, il fallait tenir compte qu'en temps que médecin traitant, il n'avait pas pris en considération la discordance entre les plaintes et les constatations cliniques objectives ni l'amplification des symptômes. Son rapport confirmait cependant qu'au contraire, la situation ne s'était pas aggravée sur le plan objectif (pièce 74 OCAI).

20. La division de réadaptation professionnelle a rendu son rapport le 29 janvier 2007 (pièce 81 OCAI). Elle a conclu à une incapacité de travail de 24,65% et proposé d'envisager l'éventualité des prestations rétroactives pour la période d'incapacité totale de travail précédant l'aptitude à la réadaptation. Il a été constaté que l'assurée ne se projetait pas dans un avenir professionnel et qu'elle était totalement centrée sur sa symptomatologie douloureuse, persuadée de ne pouvoir ni travailler ni suivre une mesure, ne serait-ce que d'orientation. En outre, il a été relevé que, du point de vue médical, sa capacité de travail dans son ancienne activité n'était pas inférieure à celle qu'elle présentait dans une activité adaptée. Il en a été tiré la conclusion qu'un reclassement n'était pas justifié.

---

Le salaire sans invalidité, de 39'395 fr. pour 2002, a été comparé à celui que l'assurée aurait pu obtenir en exerçant une activité adaptée à ses limitations, voire même son ancien métier, à raison de 70%. Dans la mesure où l'assurée n'a travaillé qu'à raison de 52%, la division de réadaptation en a tiré la conclusion qu'elle aurait pu mettre pleinement à profit son taux d'activité précédent. Elle s'est référée à l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS) 2002 (TA 7, ligne 23, niveau 3) dont il ressort qu'une activité de type "employé de guichet, de bureau et de distribution postale pourrait permettre d'obtenir un revenu mensuel de 5'070 fr., ce qui correspond à un revenu annuel de 63'246 fr. pour un horaire hebdomadaire de 41,7 heures, et de 32'981 fr. pour un taux d'occupation de 52%. Un abattement supplémentaire de 10% a été pratiqué pour tenir compte de la durée du rapport de travail, de sorte que le revenu exigible a été finalement évalué à 29'683 fr. La comparaison de ce revenu à celui précédant l'atteinte à la santé a conduit à un degré d'invalidité de 24,65%.

21. Après étude des documents professionnels, le collaborateur de l'OCAI en charge du dossier de l'assurée a fait remarquer que bien que le SMR ait retenu une incapacité de travail durable de 100% depuis le 20 mars 2001, puis de 30% dès le 9 décembre 2002, l'incapacité de l'assurée n'a pu être considérée comme durable qu'à compter du 7 décembre 2002 puisque, depuis le 20 mars 2001, il y avait toujours eu reprise de l'activité dans un délai de 30 jours, de sorte que le délai d'attente d'une année avait été interrompu. Il a dès lors été demandé à la division de réadaptation professionnelle de procéder à une nouvelle évaluation en se positionnant durant l'année 2003 (pièce 84 OCAI).
22. Dès lors, un nouveau calcul du degré d'invalidité a été effectué le 8 février 2007. Le revenu sans invalidité a été fixé à 40'047 fr. (revenu 2002 : 39'395 fr. réévalué). Le revenu avec invalidité a été fixé à 30'175 fr. (cf. ESS 2002 pour une activité de type "employée au guichet, au bureau ou à la distribution postale" [TA 7, ligne 23, niveau 3] : 5'070.- par mois en 2002 pour 40h./sem. = 5'285.- par mois en 2002 pour 41,7h./sem. = 63'426.- par an en 2002 = 64'475.- par an en 2003 = 33'527.- à 52% en 2003 = 30'175.- après réduction supplémentaire de 10%), ce qui, comparé au revenu sans invalidité, a conduit à un degré d'invalidité de **24,7%** (pièce 86 OCAI).
23. Le 8 mars 2007, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant l'octroi de mesures professionnelles, au motif que, du point de vue médical, sa capacité de travail dans son ancienne activité n'était pas inférieure à celle qu'elle présentait dans une activité adaptée (pièce 89 OCAI).
24. Dans un autre projet de décision communiqué le même jour, l'OCAI a également refusé à l'assurée le droit à une rente d'invalidité au motif que son degré d'invalidité, de 30,28%, était insuffisant. Le degré d'invalidité a été évalué à 25% pour la part

lucrative et à 36% pour la part ménagère (25% de 52% = 13%, 36% de 48% = 17,28%, soit au total 30,28%).

25. Suite à la communication de ces projets de décision, l'assurée a produit un rapport de l'Hôpital de la Tour du 1er mars 2007 posant les diagnostics de thrombose veineuse profonde et jambière droite et d'embolies pulmonaires multiples idiopathiques thrombosés.
26. Ces documents ont été soumis au Dr R\_\_\_\_\_, médecin chef adjoint du SMR, qui a souligné le 2 avril 2007 que cette pathologie, aiguë, potentiellement grave, avait évolué favorablement sous traitement adéquat et qu'elle ne justifiait nullement une incapacité de travail permanente de longue durée de sorte qu'elle ne remettait pas en question les conclusions du rapport du SMR du mois de mars 2006 (pièce 93 OCAI).
27. Par décisions du 16 avril 2007, l'OCAI a refusé à l'assuré tout droit à des prestations de l'assurance invalidité.
28. Par courrier du 11 mai 2007, l'assurée a interjeté recours contre la décision lui refusant une rente d'invalidité en concluant à l'octroi d'une rente entière dès le 1er décembre 2006.

Elle allègue qu'elle suit un traitement médicamenteux particulièrement lourd, notamment un traitement antalgique par opiacées qui entraîne des effets secondaires importants. Elle soutient que l'on doit considérer qu'elle souffre d'un trouble somatoforme douloureux.

Elle explique que tous ses gestes quotidiens sont compromis, qu'elle ne peut plus effectuer les tâches ménagères simples, telles que couper du pain, éplucher des légumes, décapsuler des bouteilles, ouvrir des boîtes de conserves ou passer l'aspirateur. Elle fait remarquer que, contrairement à ce qui est indiqué dans l'enquête ménagère, des moyens auxiliaires ont été mis à sa disposition dans le but d'alléger son handicap. Elle conteste les taux d'empêchement qui ont été retenus. Selon elle, c'est un taux de 80% qui doit être retenu pour l'alimentation, de 100% pour l'entretien du logement, de 80% pour les courses et de 80% pour la lessive et l'entretien des vêtements, ce qui conduit à un degré d'invalidité de 38,4% pour ce qui concerne la tenue du ménage.

La recourante conteste par ailleurs le montant qui a été retenu à titre de revenu avec invalidité. Selon elle, c'est tout au plus une activité de type niveau 4, soit un revenu annuel de 32'689 fr. après réactualisation et avant réduction supplémentaire qui peut être retenu. Elle demande également que ce soit une réduction de 20% au moins qui soit appliquée à titre supplémentaire.

A l'appui de son recours, l'assurée a notamment produit deux rapports de Madame G \_\_\_\_\_, de la Consultation de la douleur de la clinique des Grangettes :

- Le premier rapport, daté du 24 mars 2006, rédigé après quatre entretiens avec la patiente, conclut à la présence d'un trouble anxio-dépressif de sévérité moyenne intriqué au trouble douloureux chronique – l'un contribuant au maintien, voire au renforcement de l'autre.

- Le second rapport, daté du 1<sup>er</sup> novembre 2006, après dix-neuf séances de psychothérapie centrée sur le syndrome douloureux chronique, confirme les impressions exprimées dans le premier rapport. Madame G \_\_\_\_\_ y conclut qu'avec une antalgie plus efficace couplée aux compétences de gestion du vécu douloureux que la patiente a développées, sa qualité de vie serait encore bien améliorée et il serait peut-être envisageable qu'elle retrouve une capacité de travail encore illusoire pour l'heure.

29. Par courrier du 21 mai 2007, l'assurée a fait remarquer qu'une erreur de frappe s'était glissée dans ses conclusions : en réalité, elle concluait à l'octroi d'une rente entière le 1er décembre 2002 - mois durant lequel elle a présenté une incapacité de gain durable de 40% au moins.

30. Invitée à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 11 juin 2007, a conclu au rejet du recours.

Il fait remarquer que le Dr L \_\_\_\_\_ a adopté des conclusions contradictoires dans la mesure où, en janvier 2005, alors même qu'il a qualifié l'état de sa patiente de stationnaire, il l'a jugée totalement incapable de travailler alors qu'en septembre 2003, il avait conclu à une capacité de travail de 100%. L'intimé souligne que durant le laps de temps entre ces deux avis, la situation de l'assurée ne s'est pas aggravée sur le plan objectif.

S'agissant des thrombose veineuse et embolies pulmonaires, l'intimé considère qu'elles ne remettent pas en question les conclusions du SMR. Il ajoute que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été clairement écarté par la Dresse T \_\_\_\_\_.

L'intimé rappelle que des contradictions dans les propos de l'assurée ont été relevées par Madame G \_\_\_\_\_ dans son rapport du 1er novembre 2006.

Il soulève la contradiction entre le Dr N \_\_\_\_\_ - qui, dans son rapport du 1er mai 2007, diagnostique un état dépressif et qualifie la situation de stationnaire - et Madame G \_\_\_\_\_ - qui, le 1er novembre 2006, relève une amélioration de la qualité de vie de l'assurée, une capacité à s'organiser et une efficacité dans la vie quotidienne.

L'intimé souligne par ailleurs le jeune âge de l'assurée. S'agissant de l'enquête ménagère, l'intimé maintient ses conclusions.

Enfin, quant au revenu avec invalidité, il soutient qu'un niveau 3 - correspondant à des connaissances professionnelles spécialisées - est adapté à la formation de l'assurée alors que le niveau 4 - correspondant aux activités simples et répétitives - sous-évalue ses compétences professionnelles et intellectuelles.

31. Une audience de comparution personnelle et d'enquêtes s'est tenue en date du 15 novembre 2007.

Le Dr U\_\_\_\_\_, entendu à titre de témoin, a relevé que, dès le départ, le diagnostic avait été difficile à poser pour le Dr L\_\_\_\_\_ et la Dresse O\_\_\_\_\_. Selon lui, la particularité vient du fait que l'accent a été mis sur l'intensité des douleurs décrites par la patiente. Plusieurs libérations des nerfs ont été pratiquées. Un déficit neuro-sensitivo-moteur n'a pas vraiment été mis en évidence.

Le Dr U\_\_\_\_\_ a expliqué ne pas nier la présence de douleurs neurogènes mais a néanmoins relevé une discordance importante entre les plaintes de la patiente et les éléments objectifs. A cet égard, il a souligné l'absence de signes de gravité aux examens électromyographiques, dont il a expliqué qu'ils sont très sensibles et auraient dû montrer un ralentissement de la conduction des fibres sensibles : lorsqu'un nerf est comprimé longtemps, cela conduit normalement ensuite à un phénomène de dénervation visible au niveau du muscle. Le Dr U\_\_\_\_\_ a par ailleurs jugé étonnant que quatre libérations des nerfs n'aient conduit qu'à une amélioration aussi partielle. Une telle opération se traduit normalement par un arrêt de travail de une à six semaines seulement pour le poignet. On observe de façon générale chez les patients 86% d'amélioration à cinq ans d'intervention (toujours pour le poignet). En outre, le médecin a également relevé une discordance entre l'importance des douleurs ressenties (impression d'avoir le bras dans une friteuse) et le comportement de l'assurée qui utilise symétriquement ses membres supérieurs et chez laquelle il n'a pu constater aucune fonte musculaire au niveau des membres supérieurs. Le Dr U\_\_\_\_\_ a précisé qu'il ne concluait pas à l'absence de tout signe neurologique mais que les signes qu'il a pu observer sont discrets : il n'y a pas d'atteinte majeure de la fonction de la main ou du positionnement du membre supérieur.

Sur question, le témoin a indiqué ne pas avoir fait attention au fait que l'assurée portait des vêtements adaptés à son handicap lors de l'examen mais avoir simplement constaté qu'elle ne portait pas d'attelle de contention du poignet mais avait en revanche un patch produisant un dérivé morphique en continu.

Le Dr U\_\_\_\_\_ a ajouté avoir pris connaissance par intérêt de l'enquête ménagère effectuée après son rapport et avoir constaté qu'elle aboutissait à un taux

d'invalidité proche de celui auquel il était lui-même parvenu en se basant sur l'ensemble du contexte, notamment sur les plaintes de la patiente et sur le dossier médical.

Il a souligné que la capacité résiduelle de travail finalement retenue au terme de son rapport se base sur l'activité qu'a exercée l'assurée après adaptation de son poste de travail, c'est-à-dire sur une activité plus légère que celle qui avait été la sienne précédemment.

La recourante a confirmé que durant ses deux dernières d'activité, son poste a été allégé et adapté et ses horaires modifiés. Tout a été tenté pour lui permettre de conserver l'activité à laquelle elle tenait mais malgré tous les efforts, elle ne pouvait plus bouger les bras après une journée de travail et ces douleurs duraient jusqu'au lendemain, l'empêchant de reprendre le travail en matinée.

32. Entendu à son tour, le Dr L\_\_\_\_\_ a expliqué que s'il a conclu en 2005 à une incapacité totale de travail, ce n'est pas parce que l'état de santé de sa patiente s'est objectivement aggravé mais parce qu'il s'est avéré que son poste de travail n'a pas pu être adapté à ses limitations de santé. Même après adaptation de son poste, l'assurée était amenée à faire des mouvements répétitifs des membres supérieurs, ce qui est incompatible avec son état de santé. Une activité adaptée doit éviter tout mouvement répétitif de ce type ainsi qu'évidemment le port de charges. Cependant, la patiente peut encore faire "des tas de choses". Sa capacité de travail selon le Dr L\_\_\_\_\_ est totale mais dans une activité véritablement adaptée à son état de santé.

Le témoin a souligné que la patiente souffre également de compressions pluri-étagées au niveau cervico-brachial, de sorte que les positions statiques sont également peu recommandées. Les douleurs sont difficilement quantifiables et objectivables. La chirurgie n'a amélioré les choses que dans une certaine mesure.

Le Dr L\_\_\_\_\_ a affirmé n'avoir pour sa part constaté aucune discordance entre les plaintes de la patiente et les éléments qu'il a pu observer. Pour lui, le fait qu'elle soit obligée de recourir à des antalgiques majeurs est un paramètre objectivable clair.

S'agissant des éléments mis en avant par le Dr U\_\_\_\_\_ pour conclure à une amplification des symptômes, le Dr L\_\_\_\_\_ a souligné que dans le cas de la patiente, la compression n'augmente pas seulement à l'élévation du bras mais également à la rotation de la tête. Quant à l'absence de signes de gravité aux examens, il explique que le nerf lunaire est beaucoup moins sensible. Il fait remarquer par ailleurs que la scintigraphie osseuse a objectivement montré une hypercaptation même si celle-ci n'est pas majeure. Il y a donc des examens cliniques objectifs. Pour le reste, cela dépend de la sensibilité individuelle à la douleur. Le Dr L\_\_\_\_\_ a par ailleurs émis l'avis que l'on ne peut tirer

argument de la réponse partielle au traitement chirurgical, car toute atteinte n'est pas guérissable.

Ce à quoi le Dr U\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il ne comprenait toujours pas pourquoi l'assurée ne peut pas reprendre son activité, malgré la réponse satisfaisante des douleurs neurogènes au traitement, le fait que l'assurée a conservé une bonne fonction des membres supérieurs et la libération des nerfs à laquelle il a été procédé.

Le Dr L\_\_\_\_\_ a souligné que le problème, en l'occurrence, n'est pas seulement neurogène mais également articulaire. Ainsi, un examen pratiqué en août 2002 a montré des fragmentations au niveau du poignet droit. De ce point de vue, il n'y a rien à faire au plan thérapeutique. En mai 2004, la patiente se plaignait toujours de ce poignet. Le Dr L\_\_\_\_\_ a relevé par ailleurs que les membres supérieurs occupent une plus grande place dans le schéma corporel de sorte qu'une petite douleur à la main par exemple finira par avoir plus de retentissement globalement.

33. Le Dr N\_\_\_\_\_, entendu à son tour, a indiqué qu'il suit l'assurée depuis 1988.

Selon lui, sa problématique consiste en une symptomatologie douloureuse du membre supérieur droit et, dans une moindre mesure, du membre supérieur gauche. A son avis, c'est le syndrome du défilé thoracique qui est le plus handicapant pour la patiente. Si les examens n'ont pas toujours été probants, le diagnostic a été posé cliniquement en 1996 déjà par la neurologue. Le dernier scanner auquel il a été procédé ne montre pas de pathologie majeure visible dans cette région excessivement complexe de sorte que l'option chirurgicale, pour le défilé thoracique, a été écartée.

Le Dr N\_\_\_\_\_, fort du fait qu'il suit la patiente depuis de nombreuses années et connaît donc sa résistance à la douleur, a affirmé qu'il n'y avait aucune amplification de celle-ci. Il a souligné qu'il s'agit de douleurs neurogènes, c'est-à-dire les pires qui puissent se manifester.

Le Dr N\_\_\_\_\_ a exprimé l'avis que, compte tenu du fait que même les activités simples de la vie quotidienne tel qu'ouvrir un robinet sont difficiles, l'assurée ne peut exercer la moindre activité lucrative.

34. Madame G\_\_\_\_\_ a indiqué suivre l'assurée depuis le mois de mars 2006, date à laquelle cette dernière lui a été adressée par le Dr V\_\_\_\_\_ dans l'objectif d'évaluer les retentissements de ses douleurs continues sur son état psycho-émotionnel et de l'aider à les gérer.

La patiente se plaignait d'attaques de panique, d'insomnies et d'angoisses importantes. Il a été constaté que les bouffées douloureuses sont fréquentes et que

la douleur ne descend jamais en dessous de 4/10, de sorte qu'elle est omniprésente. Les traitements ont un effet mais insuffisant. Il en résulte que l'atteinte à la qualité de vie de l'intéressée est importante.

Des plans d'activité ont été mis sur pied pour aider l'assurée à organiser ses activités de manière à obtenir une certaine régularité et à limiter la survenance des douleurs et les pics douloureux. A la demande de l'intéressée elle-même, il a été à plusieurs reprises tenté d'augmenter ces activités, sans succès. Cela s'est traduit par des flambées douloureuses durables.

Madame G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée est actuellement sous antidépresseurs. Elle est également suivie par le Dr V\_\_\_\_\_, spécialiste de la douleur, et son médecin traitant.

Interrogée quant au résultat de l'enquête ménagère, qui a conclu à un empêchement de 37% environ, Madame G\_\_\_\_\_ a précisé avoir beaucoup travaillé avec l'assurée sur ses activités ménagères et considérer que ce taux est bien inférieur à la réalité. Elle a expliqué que si l'intéressée peut effectivement encore faire beaucoup de choses, elle est néanmoins limitée dans l'amplitude de ses mouvements et par son manque de force. Par ailleurs, elle traverse souvent des épisodes douloureux (3 à 4 fois par semaine) qui lui interdisent de faire quoi que ce soit. Pour donner un ordre de grandeur, Madame G\_\_\_\_\_ a indiqué qu'autour d'un seuil de douleur de 5/5,5 (étant précisé qu'une douleur de 4,5/10 correspond à un violent mal de tête), il est fréquent que les douleurs conduisent à des malaises et des vomissements. Il est dès lors impossible à l'assurée de planifier ses journées. Madame G\_\_\_\_\_ a souligné par ailleurs qu'il est difficile à l'assurée de reconnaître qu'elle a perdu la capacité de gérer normalement sa vie et qu'il lui arrive ainsi régulièrement de vouloir à tout prix sauver les apparences.

Le témoin a décrit l'assurée comme une personne qui aime s'engager et qui s'efforce désormais de continuer à le faire dans la limite de ses possibilités et d'être le moins possible un poids pour ses proches.

Madame G\_\_\_\_\_ s'est déclarée persuadée que l'assurée n'amplifie aucunement ses douleurs, dont elle a constaté qu'elles sont chroniques et élevées.

Elle a indiqué avoir été très surprise de certains extraits du rapport de la Dresse T\_\_\_\_\_ - notamment le fait que cette dernière n'ait décelé ni signes d'angoisse ni signes de panique - et s'être demandée si la patiente n'avait pas dissimulé certains éléments, un seul entretien n'ayant peut-être pas suffi pour lui permettre d'aller au-delà de sa honte et d'exprimer ce qu'il en est réellement. Quoi qu'il en soit, je m'étonne que ce médecin n'ait pas décelé la réalité.

35. En comparution personnelle, la recourante a fait remarquer que les douleurs sont telles qu'elles l'obligent à porter un patch qui diffuse en continu des dérivés

d'opiacés et de morphine, qu'elle doit changer toutes les 72 heures. S'y ajoutent des pastilles à prendre en cas de crises, des antidépresseurs depuis 2002-2003, des anti-inflammatoires environ 20 jours par mois et les médicaments nécessaires pour contrer les effets secondaires qu'ils entraînent au niveau de l'estomac. Au surplus, suite à ses embolies pulmonaires, l'assurée est désormais sous médication pour fluidifier son sang. Lorsqu'elle atteint un seuil de douleur de 6/10 - ce qui arrive environ 8 fois par an -, elle fait appel à un médecin pour une injection de morphine supplémentaire.

S'agissant de l'enquête ménagère, l'assurée a précisé qu'il lui avait été difficile de faire devant une inconnue la liste de tout ce qu'elle était incapable de faire. Elle a relevé que l'enquêtrice ne l'a pas interrogée quant aux moyens auxiliaires dont elle dispose, notamment la chaise électrique prise en charge par l'assurance-invalidité qui lui permet d'accéder à sa baignoire.

L'assurée a expliqué qu'elle a adapté son habillement à son handicap : elle évite les manches, choisit des vêtements amples afin d'éviter de lever les bras, évite les fermetures éclair et opte pour des fermetures sur le devant.

Elle souligne s'être adressée d'elle-même au centre de la douleur où on lui a appris à gérer cette dernière. Les douleurs l'ont obligée à renoncer à ses passe-temps habituels. Auparavant, elle était bénévole dans un refuge pour animaux, restauratrice de vitraux et faisait de la broderie.

L'assurée a enfin reproché au Dr U\_\_\_\_\_ de s'être montré brusque et de s'être contenté de tester sa sensibilité mais non sa force musculaire.

36. Dans ses observations après du 14 décembre 2007, la recourante a maintenu ses conclusions tendant à l'octroi d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2002. L'intimé ne s'est pour sa part pas exprimé.
37. 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 genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

- 
2. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
  3. a) La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références).

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

b) Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement quel est son taux d'invalidité. Il convient en effet de relever que l'assurée n'a pas interjeté recours contre la décision lui refusant l'octroi de mesures de réadaptation.
5. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres

spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.).

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

e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

6. En l'espèce, l'intimé a refusé l'octroi d'une rente à la recourante. Il a considéré que cette dernière serait capable d'exercer à 70% son ancienne activité - soit un taux plus élevé que son taux d'occupation précédent - et n'est empêchée d'accomplir ses tâches ménagères qu'à hauteur de 36%, ce qui représente un degré d'invalidité global de 30,28%, insuffisant pour lui ouvrir droit à une rente. L'OCAI s'est basé sur l'enquête ménagère d'une part, sur l'avis des Drs U\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_, du SMR, d'autre part, lesquels ont conclu à une capacité de travail de 70% dans l'activité précédemment exercée.

Force est cependant de constater qu'au moment de leur examen, aucun de ces deux médecins n'avait l'autorisation de pratique dans le canton de Vaud. Or, dans un arrêt I 65/07 du 31 août 2007, la IIe Cour de droit social du Tribunal fédéral a considéré qu'un rapport médical signé par la Dresse T\_\_\_\_\_ ne pouvait se voir attribuer une pleine valeur probante, en raison d'irrégularités d'ordre formel liées, d'une part, à l'utilisation d'un titre ("psychiatre FMH") auquel ce médecin ne pouvait prétendre mais également, d'autre part, au fait qu'elle ne disposait pas de l'autorisation de pratiquer prévue par le droit cantonal. Le Tribunal fédéral a considéré qu'il n'était pas possible de tirer d'un tel rapport des conclusions définitives sur l'état de santé d'un assuré, ni de fonder son appréciation uniquement sur cette pièce médicale (cette jurisprudence a depuis lors été confirmée par la Haute Cour, notamment dans un arrêt C\_490/2007 du 10 avril 2008 consid. 3.2).

Le Tribunal de céans ne saurait donc fonder son opinion sur les seuls rapports des médecins du SMR, d'autant plus qu'en l'occurrence, le dossier de l'assurée comprend bien d'autres évaluations émanant de spécialistes et contredisant les conclusions des Drs U\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_. Les spécialistes qui se sont exprimés sont certes les médecins traitants de l'assurée mais ils font état d'éléments objectifs suffisants pour remettre en cause les conclusions des médecins du SMR.

Il convient en premier lieu de relever que la discordance relevée par le Dr U\_\_\_\_\_ entre les plaintes de l'assurée et les éléments objectivables a été infirmée tant par le Dr L\_\_\_\_\_ (qui a souligné la nécessité pour la patiente de recourir à des antalgiques majeurs), que par le Dr N\_\_\_\_\_ (qui a souligné que les douleurs neurogènes sont les pires qui puissent se manifester) ou Madame G\_\_\_\_\_.

En particulier, s'agissant des éléments mis en avant par le Dr U\_\_\_\_\_ pour conclure à une amplification des symptômes, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a souligné que dans le cas de la patiente, la compression n'augmentait pas seulement à l'élévation du bras mais également à la rotation de la tête, que le nerf lunaire est beaucoup moins sensible - ce qui peut expliquer l'absence de signes de gravité aux examens - et que la scintigraphie osseuse a objectivement montré une hypercaptation même si celle-ci n'est pas majeure. Le Dr L\_\_\_\_\_ a par ailleurs émis l'avis que l'on ne peut tirer argument de la réponse partielle au traitement chirurgical, car toutes les atteintes ne sont malheureusement pas guérissables. Il a encore souligné que le problème, chez la recourante, n'est pas seulement neurogène mais également articulaire puisqu'un examen pratiqué en août 2002 a montré des fragmentations au niveau du poignet droit pour lesquelles rien ne peut être entrepris au plan thérapeutique. Enfin, le Dr L\_\_\_\_\_ a relevé que les membres supérieurs occupent une place importante dans le schéma corporel, ce qui augmente le retentissement des douleurs.

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, le Dr L\_\_\_\_\_, a dans un premier temps émis l'opinion, en septembre 2003, que si la patiente ne pouvait plus exercer la profession d'employée de la poste, elle pourrait pratiquer une autre activité légère, par exemple celle de gérante de kiosque ou de réceptionniste, à 100% et sans diminution de rendement. Par la suite (cf. rapport du 17 janvier 2005), le Dr L\_\_\_\_\_, constatant que les douleurs invalidantes persistaient même lors d'activités légères et qu'elles contraignaient la patiente à prendre des antalgiques majeurs, est cependant revenu sur sa position et a conclu à une incapacité totale de l'assurée, précisant qu'il serait difficile de lui trouver un poste adapté. Le Dr L\_\_\_\_\_ a expliqué en audience de manière convaincante les raisons pour lesquelles il a modifié son appréciation de la capacité de travail de sa patiente, bien que l'état de cette dernière soit demeuré globalement stationnaire : il a pu objectivement constater que malgré l'aménagement de son poste de travail, l'assurée était amenée à faire des mouvements répétitifs des membres supérieurs, incompatibles avec son état de santé. Cependant, le Dr L\_\_\_\_\_ a émis l'avis que, dans une profession véritablement adaptée - c'est-à-dire évitant le port de charges, les mouvements répétitifs des membres supérieurs et les positions statiques - l'assurée conservait une capacité de travail entière.

Le Dr N\_\_\_\_\_, généraliste, a quant à lui émis l'opinion que, compte tenu du fait que même les activités simples de la vie quotidienne tel qu'ouvrir un robinet sont difficiles, l'assurée ne peut exercer la moindre activité lucrative

Force est de constater que les appréciations des différents médecins divergent donc grandement quant à la capacité de travail de l'assurée. En l'état, si les atteintes à la santé ne semblent pas contestées, il n'en va pas de même, en revanche, de leurs répercussions sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le Tribunal de céans considère que le dossier n'est pas en état d'être jugé vu les divergences d'opinion des médecins quant à la capacité résiduelle de travail de l'assurée et le fait que le Tribunal ne saurait se baser sur le rapport du Dr U\_\_\_\_\_ pour les raisons précédemment évoquées. Il conviendrait d'investiguer plus précisément la question de la capacité de travail de la recourante en mettant sur pied une expertise pluridisciplinaire confié à un médecin indépendant spécialisé en rhumatologie et/ou en neurologie, à un médecin spécialisé en psychiatrie, le cas échéant en mettant également en œuvre une mesure d'observation professionnelle afin de déterminer quelles sont concrètement les activités pouvant entrer en ligne de compte pour l'assurée, l'instruction ayant en tout cas permis d'établir que l'activité précédemment exercée, même après aménagement du poste de travail, n'est plus envisageable.

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206).

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir fait procéder à une expertise pluridisciplinaire - visant à déterminer la gravité des atteintes à la santé de l'assurée et la mesure dans laquelle elles influencent sa capacité de travail - et, le cas échéant, mis en œuvre une mesure d'observation professionnelle, se détermine sur le degré d'invalidité de la recourante et son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'800 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. 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

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

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