REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2101/2005 **ATAS/1361/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 8

du 2007

En la cause

Madame D_____	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, Case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Juge suppléant ; Nathalie BLOCH et Dominique JECKELMANN, Juges

EN FAIT

1. Ressortissante suisse, au bénéfice d'une rente de veuve depuis 1998, D_____, née en 1960, est couturière de formation. Depuis 1994, elle a travaillé comme ouvrière de montage auprès de X_____ SA.

2. Le 1er décembre 2000, elle a été victime d'un accident de circulation, qui a « *provoqué* » une entorse cervicale et dorsale, ainsi qu'un tassement D4 (rapport de la doctoressse A_____, des H.U.G., du 22 janvier 2001).

3. Une IRM dorsale pratiquée par le docteur B_____, radiologue, le 12 juin 2001, a mis en évidence, à l'étage D3-D4, une herniation intra-spongieuse de Schmorf rétromarginale sur le plateau D3 dans sa partie postérieure et un enfoncement beaucoup plus important du plateau entourant le disque D4, sans protrusion intra-canulaire, d'origine post-traumatique « *très probable* », ainsi que des discopathies protrusives cervicales inférieures.

4. Entre décembre 2000 et mars 2001, l'assurée a subi une incapacité complète de travail. Depuis mai 2001, son incapacité de travail est de 50%.

5. La Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA) a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

6. Dans un rapport d'échographie des parties molles du cou, du 24 août 2001, destiné au docteur C_____ (médecin traitant, spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologique), le docteur B_____ s'est interrogé sur la question de savoir si la symptomatologie présentée par la patiente n'était pas en rapport avec les discopathies cervicales révélées par l'IRM dorsale du 12 juin 2001, tout en suggérant d'effectuer une investigation par IRM du rachis cervical.

   Celle-ci sera pratiquée à la demande du docteur E_____, qui exclura une lésion traumatique de la colonne cervicale (cf. infra, § 45).

7. Dans un courrier du 4 juillet 2002 adressé au mandataire de l'assurée de l'époque (Me Stéphane ZEN-RUFFINEN), le docteur E_____, neurologue traitant, a attesté que sa patiente souffrait de paresthésies aux quatre membres. L'examen neurologique était parfaitement normal, si bien que praticien ne disposait d'aucun élément objectif permettant de corroborer les troubles présentés par la patiente.

8. Dans une lettre du 24 juillet 2002 adressée à Me ZEN-RUFFINEN, le docteur F_____, médecin-adjoint à la Clinique d'orthopédie des H.U.G. (consultation du rachis), a indiqué que le bilan radiologique effectué sur la patiente, venue en consultation pour évaluation de douleurs multiples (en particulier au niveau de la nuque, de la face antérieure du thorax, épaule, oléocrane) ne montrait pas de lésion

traumatique ou de séquelle de lésion traumatique. Dès lors, l'intéressée présentait très vraisemblablement une atteinte de type fibromyalgique.

9. Selon un rapport du 22 août 2002, le docteur G_____, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialisé en chirurgie, a constaté (après l'avoir examinée) que l'état de la patiente était en voie de stabilisation, sans élément objectif pouvant expliquer les troubles allégués ou la poursuite d'une incapacité de travail à 50%. Aussi convenait-il encore, à son avis, de se prononcer quant à la relation de causalité entre des troubles psychogènes et l'accident.

10. Selon une note du 12 septembre 2002 destinée à la CNA, le docteur F_____ a posé les diagnostics de cervicalgies post-traumatiques résiduelles ; hernie intra-spongieuse D4 ; suspicion de fibromyalgie. Le praticien a en outre attesté une capacité de travail de 50%.

11. Par demande reçue le 30 septembre 2002, l'assurée a requis de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) une mesure de rééducation dans la même profession, respectivement l'octroi d'une rente.

12. Dans un rapport du 11 octobre 2002, le docteur C_____ a diagnostiqué un status après accident entraînant une entorse cervicale et un enfoncement du plateau entourant le disque D3-D4 avec protrusion canalaire. Il a en outre suspecté l'existence d'une fibromyalgie. Sans se prononcer sur la capacité de la patiente à poursuivre son activité actuelle, le praticien a estimé que l'exercice d'une autre activité était exigible (à un taux non défini), sans diminution de rendement, l'assurée ne devant pas travailler penchée en avant, ni travailler en hauteur, avec possibilité d'alterner les positions par intermittence. La motivation pour la reprise du travail ou d'un reclassement professionnel était faible.

13. Dans un rapport du 14 octobre 2002, le docteur E_____ a attesté que sa patiente était empêchée de travailler à 50% depuis le 28 janvier 2002. L'activité pratiquée jusqu'à présent n'était plus raisonnablement exigible. Une activité de remplacement (bureau, vente) adaptée (sans port de charges, ni mouvements répétitifs, avec une position assise de 3 heures par jour et une position debout de 4 heures par jour) était exigible à 100%, sans diminution de rendement.

14. Dans une note du 23 janvier 2003, le médecin-conseil de l'OCAI a diagnostiqué une entorse cervicale sans lésion anatomique démontrée et une possible ou probable lésion des plateaux vertébraux jouxtant le disque D3-D4, sous forme d'hernies intraspongieuses ressemblant à une ostéochondrose focale juvénile de Schmorf. Cette situation avait évolué en tableau de trouble somatoforme d'allure fibromyalgique. En l'absence d'atteinte à la santé somatique démontrée, le praticien suggérait d'explorer le volet psychiatrique, afin d'établir si une comorbidité conforterait l'incapacité de travail de 50% attestée par le docteur E_____.

15. Par décision du 14 février 2003 (notifiée à Me ZEN-RUFFINEN et restée apparemment non attaquée), la CNA a cessé de verser ses prestations dès le 31 mars 2003, estimant que les troubles allégués n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident.

    A l'appui de sa décision, l'assurance s'est référée à un avis de son médecin-conseil, le docteur H_____, spécialisé en chirurgie, du 18 décembre 2002. Selon ce praticien, une fracture D4 lors de l'accident du 1er décembre 2000 n'était pas probable. Les nodules D3/4 mentionnés correspondaient plutôt à une ostéochondrose préexistante (résidus de Scheuermann locaux). Les résultats radiologiques (absence de rétrécissement du canal spinal) n'expliquaient en aucun cas les troubles diffus. Au niveau du rachis cervical, après une entorse simple, aucune lésion post-traumatique ne pouvait être mise en évidence. D'un point de vue clinique, il n'existait aucune restriction à la mobilité du rachis. Par conséquent, aucune incapacité de travail ne se justifiait sur le plan somatique. Par ailleurs, la fibromyalgie supposée était un trouble psychosomatique sans substrat. Une atteinte durable et très importante à l'intégrité n'était pas objectivable.

16. Par décision du 31 janvier 2003, l'OCAI a accepté d'accorder à l'assurée une orientation professionnelle pour déterminer ses possibilités de réinsertion professionnelle.

17. L'assuré a ainsi été mise au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle de trois mois, du 5 mai au 17 août 2003 (sous déduction de trois semaines de vacances), auprès de l'Entreprise Sociale Privée d'Intégration et de Réinsertion Professionnelle (en abrégé : PRO).

18. Dès le 28 mai 2003 et jusqu'à la fin de son stage, l'assurée a travaillé à 50%, en raison de douleurs au dos et à la nuque (cf. notamment Observation n° 3 in fine, annexée au rapport d'évaluation du 8 septembre 2003).

    A cet égard, dans un certificat du 26 juin 2003, le docteur E_____ a « *rappelé* » que tout travail nécessitant des mouvements répétitifs était à proscrire. En effet, la capacité de travail de sa patiente, alors au « *bénéfice d'une tentative de réinsertion professionnelle par le biais de l'A.I.* », se trouvait « *précisément réduite à cause de ce type de travail* ».

19. Dans un courrier adressé à Me ZEN-RUFFINEN le 25 juillet 2003, le docteur I_____, rhumatologue (ayant examiné la patiente les 17 avril, 2 et 13 mai précédents), a indiqué qu'il était difficile d'expliquer des douleurs cervicales et dorsales diffuses sur la base d'une lésion D4 possiblement traumatique, dès lors que « *selon les constatations radiologiques de l'époque, il était difficile de trancher entre une lésion traumatique et une séquelle de maladie de Scheueurmann* ». Néanmoins, même si le tassement vertébral n'était pas retenu, les douleurs chroniques du rachis survenaient très fréquemment après un traumatisme qui

pouvait être mineur. Dans ce contexte, on pouvait donc considérer que l'accident subi par l'assurée avait pu déclencher les douleurs chroniques du rachis.

20. Selon le rapport d'évaluation PRO du 8 septembre 2003, l'assurée a atteint un rendement de 100% en travaillant à mi-temps, voire à 60%, dans des travaux manuels légers, permettant l'alternance des positions. Elle n'avait cependant pas réussi à conserver un 100% de temps de travail dans de telles activités après trois semaines, se plaignant de fortes douleurs au dos et à la nuque, et paraissant aussi très fatiguée. A plusieurs reprises, celle-ci avait été prête à s'effondrer en pleurs. Par ailleurs, dans toutes les tâches confiées, l'assurée avait toujours atteint un très bon rythme de travail et s'était montrée volontaire et motivée à trouver un emploi qu'elle puisse réaliser.

21. Par décision du 22 septembre 2003, l'OCAI a également pris en charge les frais d'orientation professionnelle à l'atelier ESPACE du CIP, du 15 septembre au 14 décembre 2003.

22. Par lettre du 16 décembre 2003, X_____ SA a résilié les rapports de travail pour le 31 mars 2004.

23. Lors d'un entretien à l'OCAI du 18 décembre 2003, la conseillère en réadaptation a en particulier expliqué à l'assurée que tout décision de rente AI la concernant n'impliquerait pas un revenu supplémentaire, celle-ci étant au bénéfice d'une rente de veuve.

24. Selon le rapport d'ESPACE du 24 décembre 2003, l'assurée pouvait être réadaptée à temps partiel dans un emploi léger, tel qu'aide-animatrice ou dans le secteur tertiaire. La capacité résiduelle de travail de 25 heures par semaine retenue par les maîtres de stage avait été basée « *simplement* » sur le rapport de la division de réadaptation du 19 septembre 2003, sur les dires de l'assurée et sur le fait que le stage en entreprise PRO avait été effectué à temps partiel, compte tenu par ailleurs de limitations liées au port de charges, aux travaux de force et au manque de résistance de l'assurée. Aucune observation n'avait été faite à plein temps.

25. Par décision du 18 décembre 2003, l'OCAI a octroyé à l'assurée un reclassement professionnel du 15 décembre 2003 au 31 décembre 2004, en qualité d'aide-animatrice en EMS, à 60%, « *au vu des conclusions de PRO* » et des déclarations de l'assurée relatives à ses difficultés à « *tenir* » plus de six heures par jour en raison de ses douleurs (cf. rapport de la division de réadaptation professionnelle du 18 décembre 2003, p, 3).

26. Selon un avis du 10 mars 2004, le Service médical régional AI (SMR), au vu de l'absence de limitation somatique démontrée et de l'évolution apparente de la situation en tableau de trouble somatoforme d'allure fibromyalgique, a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dans la mesure où la réduction du

taux d'activité (soit 60% dans le cadre du reclassement d'aide-animatrice en EMS) devait encore être étayée par des limitations psychiques, qui n'avaient pas encore été confirmées.

27. Dans un certificat du 8 juin 2004, le docteur E_____ a attesté que sa patiente souffrait d'une affection telle qu'elle ne pouvait pas assumer une activité professionnelle au-delà de 60%. Dans le cadre de cette activité, elle ne pouvait pas être seule responsable de plusieurs patients, en particulier en ce qui concernait l'aide aux déplacements ou placement de ces personnes.

28. Selon l'expertise de la doctoresse J_____, psychiatre, du 3 septembre 2004, mise en œuvre par l'OCAI, la patiente souffrait de douleurs, non classées ailleurs RS 52 (CIM-10), sans répercussion sur la capacité de travail. Celle-ci ne présentait en outre aucune atteinte psychiatrique et aucune limitation psychique n'avait été mise en évidence. Selon l'experte, l'accident survenu en décembre 2000 avait fait office de catalyseur et ébranlé les défenses psychiques jusqu'alors mises en place par l'expertisée, permettant ainsi l'émergence de douleurs chroniques. Progressivement, celle-ci avait reconstitué ses défenses et s'était stabilisée psychiquement et physiquement, ce qui avait permis une réadaptation professionnelle depuis 2003 comme aide animatrice dans un EMS avec capacité de travail estimée, alors, à 60%. Auparavant, du 1er décembre 2000 à fin décembre 2002 environ, sur le plan psychique, une incapacité de travail de 20% était présente. Par ailleurs, l'assurée présentait une personnalité à traits état limites. L'accident avait décompensé cette personnalité, qui s'était peu à peu reconstruite depuis début 2003, l'expertisée bénéficiant de ressources, de capacités d'adaptation et de gestion. En outre, la sociabilité et les loisirs (danse) étaient conservés. La personnalité était désormais compensée et par conséquent non inductive d'une pathologie dans le quotidien. L'expertisée avait les capacités d'adaptation et de gestion lui permettant de s'habituer à un rythme de travail de 100%. Dans ces conditions, la capacité de travail dans l'activité d'aide animatrice pouvait être considérée comme entière. L'assurée s'était toutefois « *fixée certaines limitations* » et estimait sa capacité de travail limitée à 50/60%, souhaitant pouvoir concilier vie professionnelle et familiale (« *une activité de 50% serait idéale* »). Selon l'experte, ces éléments ne ressortaient pas du champ médical, mais relevaient de facteurs sociaux.

29. Dans un rapport du 17 novembre 2004, le SMR a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail exigible de 50% dans son activité habituelle (ouvrière d'usine) depuis octobre 2001. Dans toute une activité adaptée, dont celle d'animatrice en EMS, ce taux était de 100%, sans position fixe au-delà de 3 heures, sans charges supérieures à 5kg, et sans mouvements répétitifs du dos et des membres supérieurs, à hauteur d'établi.

30. Selon le rapport final de réadaptation professionnel de l'OCAI du 1er février 2005, l'assurée avait été reclassée avec succès en qualité d'animatrice en EMS,

moyennant une capacité de travail de 100%. La perte de gain subie était de 11%, compte tenu d'un revenu annuel actualisé sans invalidité de Fr. 61'529.- en 2004 et d'un salaire statistique d'invalide de Fr. 54'593.- par an (2003) (tableau TA1 ESS 2002, activité santé-social, n° 85, actualisé 2003 ; ce salaire équivalant par ailleurs à l'échelle de traitement correspondante de l'Etat de Genève, compte tenu de trois annuités).

31. Par décision « *de réussite des mesures professionnelles* » du 10 février 2005, l'OCAI a refusé d'allouer une rente à l'assurée et lui a octroyé une aide au placement.

32. Dans son opposition du 14 mars 2005, complétée le 28 avril suivant, l'assurée a conclu à l'octroi d'une rente, estimant que sa perte de gain était supérieure à 50%, compte tenu d'une incapacité de travail de 50% en tant qu'animatrice non qualifiée auprès d'un EMS. Elle a également soutenu que ses douleurs résultaient exclusivement de ses affections somatiques, lesquelles étaient très probablement d'origine post-traumatique, et a contesté présenter « *un problème psychique* », respectivement une fibromyalgie. Enfin, l'opposante a contesté que la limitation de son taux d'activité résultât d'un choix personnel, dicté par des considérations familiales ou sociales, comme indiqué dans le rapport d'expertise psychiatrique du 3 septembre 2004. A cet égard, elle a précisé que son fils cadet (né le 27 décembre 1989) était âgé de 15 ans et qu'il ne requérait dès lors plus une présence constante à la maison.

33. Par décision sur opposition du 13 mai 2005, reçue le 17 mai suivant, l'OCAI a maintenu sa décision du 10 février 2005.

34. Dans son recours posté le 17 juin 2005, l'assurée a conclu à l'annulation de ladite décision, ainsi qu'à l'octroi d'une « *rente AI* », ainsi qu'à l'octroi de l'assistance juridique (cette dernière requête a été déclarée irrecevable par décision de l'assistance juridique du 23 août 2005, faute pour l'intéressée d'avoir établi sa situation financière).

    Reprenant et développant son argumentation précédente, elle s'est en particulier prévalue d'un rapport du docteur E_____ du 5 juillet 2005. Selon ce praticien, l'expertise psychiatrique n'était pas indispensable, puisque sa patiente n'avait jamais souffert de fibromyalgie et que psychologiquement elle avait toujours été bien. Ce diagnostic de fibromyalgie avait été émis par erreur par le docteur F_____. Or, le docteur I_____ n'avait pas relevé ce diagnostic, alors qu'il était précisément expert pour ce type de maladie. La décision litigieuse était ainsi erronée, puisqu'elle était basée sur un faux diagnostic. Par ailleurs, le taux de capacité de 60% réalisé durant le stage PRO du 5 mai au 15 août 2005 correspondait bel et bien à une limitation physique réelle que sa patiente présentait dans une activité pourtant adaptée à son handicap. Comme le démontrait l'expertise

psychiatrique, l'intéressée ne souffrait pas d'une pathologie psychique qui pourrait la conduire à réduire ses motivations professionnelles. De plus, celle-ci (déjà au bénéfice d'une rente de veuve) n'avait aucun intérêt financier à une obtenir une rente AI. Enfin, la patiente avait été victime d'un deuxième accident le 15 janvier 2005, qui, sur le plan neuropsychologique cette fois, engendrait une limitation fonctionnelle, dont le caractère définitif ne pourrait être établi avant plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

La recourante a par ailleurs souligné que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'assurance-accidents (ATF 117 V 359), un traumatisme tel « le coup du lapin » pouvait entraîner des lésions encore difficilement décelables, nonobstant l'imagerie médicale disponible, si bien que les plaintes subjectives consécutives à un tel accident pouvaient causer une incapacité de travail. Au demeurant, selon l'avis du docteur I_____ du 25 juillet 2003, l'accident dont elle avait été victime pouvait effectivement déclencher des douleurs chroniques du rachis, même dans le cas d'un traumatisme mineur.

35. Dans sa réponse du 28 juillet 2005, l'OCAI, se référant à un avis du SMR du 7 juillet 2005, a conclu au rejet du recours, motif pris que l'avis du docteur E_____ du 6 juin 2005 ne constituait qu'une appréciation différente d'une situation connue. Selon le SMR, il n'existait aucune atteinte à la santé somatique ou psychique établie de manière indubitable. Les douleurs résiduelles après traumatisme cervical accidentel avec entorse type coup du lapin avaient entraîné en l'espèce une incapacité de travail de 50% dans l'activité exercée auparavant, mais une activité adaptée étant reconnue par l'ensemble des intervenants neutres comme exigible à plein.

36. Par envoi du 2 septembre 2005, la recourante a transmis divers documents médicaux établis dans le cadre de son accident du 15 janvier 2005, à savoir un rapport du docteur K_____, expert près de la Cour d'appel de Lyon, du 3 mai 2005 (attestant une « *incapacité temporaire totale* » du 15 janvier au 8 avril 2005, respectivement une gêne fonctionnelle douloureuse du rachis cervical sans incidence notable sur l'activité professionnelle d'aide animatrice) ; un avis du docteur E_____ du 5 juillet 2005 (concluant à la persistance d'une incapacité de travail complète) ; un rapport d'examen neuropsychologique du 9 avril 2005 ; une IRM cervicale du 29 avril 2005 (attestant de remaniements dégénératifs disco-vertébraux responsables d'un rétrécissement du canal cervical prédominant en C6-C7, ainsi que d'une importante diminution de la vacuité du trou de conjugaison C6-C7 gauche) ; deux rapports radiologiques des 17 et 31 janvier 2005.

La recourante a par ailleurs expliqué que, vu les divergences médicales, les parties en cause (dont l'assurance responsabilité civile du conducteur français) avaient décidé de soumettre le cas à un nouvel expert (docteur L_____), dont le rapport n'était pas encore disponible.

37. Dans ses déterminations du 29 septembre 2005, l'OCAI, sur la base d'un rapport complémentaire du SMR du 28 septembre 2005, a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. Cet Office a néanmoins proposé au Tribunal de céans de patienter jusqu'à ce que le rapport d'expertise annoncé soit disponible, avant plus amples déterminations dans cette affaire.

38. Par ordonnance du 6 octobre 2005, le Tribunal a suspendu l'instruction de la cause (art. 78 let. a LPA).

39. Par lettre de sa nouvelle mandataire (Me Florence YERSIN) du 6 février 2007, la recourante a sollicité la reprise de l'instruction de la procédure.

40. Par ordonnance du 14 février 2007, le Tribunal a invité la recourante à produire le rapport d'expertise du docteur L_____.

41. Par lettre du 5 avril 2007, Me YERSIN a expliqué que le docteur L_____ ne parvenait plus à retrouver ledit rapport. Cela étant, elle a sollicité une comparution personnelle des parties.

42. Lors de l'audience du 6 juin 2007, l'assurée a déposé une copie de l'expertise réalisée le 2 juin 2006 dans le cadre de l'assurance responsabilité civile française par le docteur M_____, généraliste, et le docteur N_____, neuro-psychiatre. Il ressort en particulier de ce document que l'assurée a été totalement empêchée de travailler du 15 janvier au 8 avril 2005 ; la « *consolidation* » des lésions était intervenue le 2 mai 2005 ; le taux d'IPP était de 3%. « *pour les plaintes atypiques décrites depuis l'accident* ». (Note du Tribunal : selon la terminologie du droit français, l'IPP est l'abréviation d'« incapacité permanente partielle de travail » : http://fr.wikipedia.org/wiki/IPP). L'attribution de ce taux en l'espèce était définie par « *la réduction définitive du potentiel physique, psycho-sensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomo-physiologiques normalement liée à l'atteinte séquellaire décrite* » (rapport, p. 5).

43. Dans ses observations du 21 juin 2007, l'OCAI a maintenu ses conclusions, estimant que l'expertise du docteur M_____ n'apportait aucun élément nouveau et ne remettait pas en cause la décision querellée. En particulier, selon un avis du SMR du 19 juin 2007, l'accident du 15 janvier 2005 avait été mineur au niveau du rachis cervical, sans lésion radiographique, sans traumatisme crânien, sans perte de connaissance et sans maladie psychique invalidante, puisque la capacité de travail avait été restaurée de manière totale le 8 avril 2005 (respectivement le 2 mai suivant).

44. Par courrier du 11 juillet 2007, l'assurée a persisté dans ses conclusions. A son avis, il ressortait de cette dernière expertise qu'elle se trouvait en incapacité totale de travailler suite à son accident et cela autant pour des raisons psychiques que physiques. Cette incapacité ayant été confirmée par la suite par le docteur

E_____, il y avait donc une atteinte durable de capacité de gain qui lui donnait « *indéniablement le droit de bénéficier d'indemnités* ».

45. A la demande du Tribunal, le docteur C_____, par courrier du 9 novembre 2007 (transmis aux parties), a précisé, en référence au rapport d'échographie des parties molles du cou du 24 août 2001 (cf. supra, § 6), que sa patiente avait été traitée pour une suspicion de fracture DI et D2 et qu'une IRM cervicale n'était pas indiqué à ce moment-là, étant donné que l'intéressée ne présentait aucun trouble neurologique, ni limitation fonctionnelle de la colonne cervicale, en particulier pas de syndrome radiculaire. D'autre part, les radiographies standards post-accident de la colonne cervicale ne montraient aucun décalage articulaire, ni lésion osseuse traumatique. L'IRM du docteur E_____ effectuée par la suite avait exclu une lésion traumatique de la colonne cervicale.

46. Les autres faits et arguments de la cause seront examinés si nécessaire dans les considérants juridiques qui suivent.

EN DROIT

1. L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), de sorte que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (cf. art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ).

2. Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et ss de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales, du 6 octobre 2000, ci-après : LPGA).

3. Le litige porte sur le taux d'invalidité de la recourante, singulièrement sur son taux de capacité de travail résiduelle.

4. Aux termes des articles 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

4.1 Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (ATF du 21 août 2007, I 797/06, consid. 4). La limitation concrète de la capacité de travail résultant de l'empêchement est déterminante pour fixer le degré de l'incapacité de travail; elle s'apprécie sur la base de constatations médicales (RAMA 1987 No U 27 p. 394, consid. 2b; ATA/262/2001). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile

pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1), étant par ailleurs précisé qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4.2 En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'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).

4.3 Des mesures d'instruction ordonnées par un assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises judiciaires au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions et le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à celui-ci des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATAS/1049/2004, consid. 6c).

4.4 Les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assurée est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATFA du 22 août 2005, I 737/04, consid. 3).

5. En l'occurrence, force est de constater qu'un substrat médical au sens défini ci-dessus (§ 4.1) est inexistant. En effet, les certificats médicaux versés au dossier ne permettant pas de retenir, au degré de vraisemblance prépondérante, applicable à l'appréciation des preuves en matière d'assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b), que la recourante subissait, au moment déterminant de la décision litigieuse du 3 mai 2005 (ATF 129 V 4, consid. 1.2), un empêchement de travailler tel qu'il entraverait durablement sa capacité de gain.

5.1 D'une part, en effet, l'ensemble du dossier médical ne fait état d'aucune limitation fonctionnelle organique de la capacité de travail de l'assurée, ce que la recourante a du reste elle-même admis (cf. recours, p.6, § 22 ; opposition complémentaire du 28

avril 2005, p. 1, § 4). En particulier, les examens radiologiques ont mis en évidence une possible ou probable lésion des plateaux vertébraux jouxtant le disque D3-D4 (sous forme d'hernies intraspongieuses ressemblant à une ostéochondrose focale juvénile de Schmorf), qui n'expliquent cependant ni l'intensité, ni la persistance des douleurs, si bien qu'il convient d'exclure en l'espèce la présence d'une affection somatique invalidante au sens de la loi. A cet égard, l'explication de la recourante, selon laquelle des micros-lésions d'origine traumatiques du type « coup du lapin », non décelables par l'imagerie médicale actuelle, entraveraient encore chez elle sa capacité de travail, ne sont nullement étayées. En particulier, le courrier du docteur I_____ du 25 juillet 2003, dont elle se prévaut principalement, se limite à affirmer que ce type de lésion avait *« pu déclencher les douleurs chroniques du rachis* ». On ne saurait toutefois suivre de telles considérations générales. Quoiqu'il en soit, ce praticien ne s'est pas prononcé sur la question des répercussions concrètes des affections constatées sur la capacité de travail de sa patiente. Il n'a pas d'avantage attesté que les douleurs en question seraient invalidantes.

Il est vrai, comme l'affirme la recourante, qu'en matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin» (Schleudertrauma, whiplash-injury) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit, dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (cumul de plaintes tels que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b). Or, il y lieu de rappeler que, par décision du 14 février 2003 (apparemment entrée en force), la CNA a mis un terme à ses prestations, motif pris que les troubles allégués n'étaient, précisément, plus en relation de causalité avec l'accident survenu le 1er décembre 2000.

5.2 D'autre part, s'appuyant sur l'avis du docteur E_____ du 5 juillet 2005 (lequel se réfère au courrier précité du Docteur I_____ du 25 juillet 2003), la recourante conteste le diagnostic de fibromyalgie suspecté par le docteur F_____ et, plus largement, être atteinte d'une affection psychique. Or, le fait que docteur I_____ n'ait pas retenu un tel diagnostic (sans l'avoir d'ailleurs non plus expressément exclu) ne constitue toutefois pas en soi une « *erreur de diagnostic* », comme le docteur E_____ le prétend, mais, le cas échéant, une conclusion divergente de celle de son confrère. Au reste, la suspicion de fibromyalgie a également été attestée par l'autre médecin traitant de l'assurée, le docteur C_____ (rapport du 11 octobre 2002), ainsi que par le médecin conseil de la CNA (rapport du docteur Fred H_____ du 18 décembre 2002) et par le médecin-conseil de l'OCAI (note du 23 janvier 2003). A cela s'ajoute que le

docteur François G_____ (médecin d'arrondissement de la CNA) a fait état de troubles psychogènes (rapport du 22 août 2002) et que le SMR a également relevé une évolution apparente de la situation en tableau de trouble somatoforme d'allure fibromyalgique (avis du 10 mars 2004). C'est le lieu de rappeler que ces deux atteintes à la santé présentent des points communs. Tout d'abord, leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses; voir pour la définition du trouble somatoforme douloureux : CIM-10: F45.4). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. C'est pourquoi la jurisprudence admet qu'en ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux (ATF 132 V 65, consid. 4.1).

5.3. Par ailleurs, concernant la capacité résiduelle de travail de la recourante, on ne saurait accorder aucune valeur probante aux avis du docteur E_____ des 8 juin 2004 et 5 juillet 2005, estimant que sa patiente ne peut exercer une activité adaptée à un taux supérieur à 60%. En effet, ce praticien n'a pas exposé concrètement ce qui l'a conduit à se distancer de l'avis du SMR du 10 mars 2004, respectivement de l'expertise psychiatrique de la doctoresse J_____ du 3 septembre 2004 (auxquels il convient de conférer pleine valeur probante au sens des critères jurisprudentiels précités, consid. 4.2), selon lesquels l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations. Le docteur E_____ s'est borné à affirmer que les troubles de sa patiente avaient une origine exclusivement somatique, à l'exclusion de toute cause psychologique. Or, comme on vient de le voir (ci-dessus, § 5.2), pareille conclusion doit être écartée. A cela s'ajoute que, dans son rapport destiné à l'OCAI du 12 octobre 2002, le docteur E_____ avait, initialement, attesté une capacité de travail de 100%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée, - contradiction qu'il n'a du reste pas motivée. De surcroît, ce médecin s'est limité à décrire les symptômes exprimés de manière subjective par sa patiente, sans préciser dans quelle mesure il avait pu les observer lui-même lors de ses examens, ni mettre en évidence une atteinte susceptible de les expliquer.

En toute hypothèse, on observera que l'existence de troubles somatoformes douloureux invalidants, - ou d'un autre syndrome semblable dont l'étiologie est également incertaine (ATF du 16 octobre 2007, 9c_460/2007), soit ici les « *douleurs non classées ailleurs R52 (CIM-10)* » diagnostiquées par la doctoresse J_____ (cf. rapport d'expertise du 3 septembre 2004, p. 14, § 4.2) – doit être d'emblée niée en l'occurrence, au regard des conditions-cadres posées par la jurisprudence en la matière, notamment sous l'angle des critères négatifs (ATF 131

V 49, consid. 1.2 in fine). En particulier, l'expertisée n'a pas subi une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestions de la vie, dispose de ressources dans l'accomplissement de ses tâches quotidiennes ou dans ses loisirs, et ne présente pas un état psychique cristallisé suite à un processus défectueux de résolution du conflit (ATF 130 V 325 consid. 2.2.3). Aussi, la recourante n'a-t-elle à l'évidence pas épuisé toutes ses ressources adaptatives, ce d'autant qu'elle a manifesté expressément l'intention de reprendre une activité professionnelle (comp. ATFA du 21 mars 2006, I 675/04 consid. 5.2). Partant, il y a lieu de présumer que l'affection douloureuse dont l'assurée se plaint peut être surmontée avec un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1).

Cela étant, il convient d'accorder d'avantage de poids aux constatations faites par le SMR, respectivement à l'expertise psychiatrique précitée, qu'à l'appréciation (isolée) de la capacité de travail par le médecin traitant, celui-ci étant par ailleurs 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).

Certes, dans le cadre du stage PRO effectué par l'assurée du 5 mai au 17 août 2003 (à l'exception de trois semaines de vacances), les maîtres des stages ont retenu une capacité de travail de 60% à partir du 28 mai 2005. Il n'empêche que ces informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux ont peut encore raisonnablement exiger de lui (ATFA du 11 juillet 2005, I 531/04, consid. 4.2).

5.4 Au vu des considérations qui précèdent, force est donc de constater que la recourante jouit d'une capacité de travail entière dans une activité d'aide-animatrice adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI et 16 LPGA). Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

6.1 En principe, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait

effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Il se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue entre-temps (ATF 125 V 157). Afin d'évaluer le revenu d'invalide, il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; VSI 1999 p. 182). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF V 76 consid. 5b/aa-cc).

6.2 En l'occurrence, le revenu hypothétique sans invalidité a été déterminé sur la base de l'attestation du dernier employeur de la recourante pour 2004 (Fr. 61'529.-), année de sa réadaptation. Quant au revenu d'invalide, il a été retenu en tenant compte du salaire ESS 2002 dans le secteur d'activité de la santé et des activités sociales (TA 1, secteur 85), actualisé à 2003 (Fr. 54'593.-), l'assurée n'ayant pour l'heure pas de revenu effectif en tant qu'aide-animatrice en EMS, activité pour laquelle elle a été reclassée avec succès.

6.3 La recourante n'ayant pas contesté les montants retenus par l'Office intimé pour effectuer la comparaison des revenus ayant abouti au taux d'invalidité de 11%, il n'y aurait en principe pas lieu d'y revenir (cf. ATFA du 12 mai 2003, I 127/03, consid. 3.4). Il convient néanmoins de préciser que l'année de référence du salaire d'invalide aurait dû être 2004 (et non 2003), année déterminante pour la comparaison des revenus (ATF 129 V 222 consid. 4), correspondant à un salaire annuel de Fr. 56'388.- (12 x Fr. 4'699.-), selon les données ESS 2004 (http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04/blank/data/01/06_01.Document.61763.xls) (branche santé et activité sociale, pour 40 heures de travail hebdomadaires, niveau de qualification 4). Converti à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La Vie économique, 12/2005, p. 94, tableau B 9.2), cela donne un montant de Fr. 58'643.-, soit un taux d'invalidité de 5% (4.69 % arrondi au pour-cent supérieur : ATF 139 V 122). Au demeurant, un abattement de 10% du salaire d'invalide (comp. ATFA du 24 mai 2006, I 346/05, consid. 5.2) - pour tenir compte des limitations de l'assurée – ne lui ouvrirait pas d'avantage le droit à une rente selon l'art. 28 al. 1 LAI, lequel prévoit un taux d'invalidité minimal de 40%.

7. Enfin, il n'y pas lieu d'analyser, dans le cadre de la présente procédure, les éventuelles conséquences économiques du second accident survenu le 15 janvier 2005. En effet, à teneur de l'art. 29 al. 1 let. b LAI (l'existence d'une incapacité de gain durable au sens de l'art. 29 al. 1 let. a LAI devant être niée), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable. Or, tel n'était pas le cas au moment de la décision sur opposition du 13 mai 2005, étant par ailleurs relevé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1 ; ATFA du 10 décembre 2001, I 320/01, consid. 4).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours ;

Au fond :

2. Le rejette ;

3. Dit qu'il n'est pas perçu de frais de justice ;

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	Le juge suppléant
Sylvie CHAMOUX	Jean-Louis BERARDI

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