RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2239/2006 **ATAS/969/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 25 octobre 2006

En la cause

Madame B_____, domiciliée , 1203 GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CHEVALIER Suzette	recourante

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente;

Mesdames Karine STECK et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Madame B_____, née le 1966, originaire du Kosovo, est arrivée en Suisse en 1992. En 1996, elle s'est mariée avec un compatriote. De leur union est né Agron, le 17 avril 1998.

2. L'assurée a travaillé comme femme de chambre au X_____ du 1er juillet 2001 au 30 septembre 2003, à temps partiel d'abord, puis à plein temps.

3. En décembre 2002, alors qu'elle était occupée à nettoyer une salle de bains, l'assurée a chuté en arrière et subi un choc sur la région cervico-occipitale, avec des vertiges et une brève perte de connaissance. Après un arrêt de travail de quinze jours prescrit par la Permanence de Vermont en raison de lombalgies et de cervicalgies, l'assurée a repris son activité en janvier 2003.

4. En mars 2003, l'assurée présente des douleurs lombaires intenses, qui irradient vers le membre inférieur gauche, des cervicalgies ainsi que diverses autres plaintes. Elle consulte la Dresse A_____, généraliste, qui prescrit un arrêt de travail à 100 % depuis le 31 mars 2003. Une tentative de reprise de travail à 50 % a lieu dès le 14 juillet 2003, mais en raison de l'exacerbation des douleurs, un arrêt de travail à 100 % est à nouveau prescrit le 15 août 2003.

5. L'employeur a licencié l'assurée pour le 15 octobre 2003, en raison de sa longue absence.

6. Le Dr. B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a adressé le 20 novembre 2003 un rapport à HOTELA Assurances (ci-après HOTELA), assureur perte de gain maladie, dans lequel il pose les diagnostics de dorsolombalgies post-traumatiques, spondylolyse bilatérale L5 (grade I), discopathie L5-S1, état anxio-dépressif et syndrome douloureux prédominant à l'hémicorps gauche. Ce syndrome et des facteurs psychosociaux entravent la reprise de travail. La patiente parle mal le français et présente une cancérophobie. Il est possible que le travail de femme de chambre soit trop pénible pour elle, en raison des troubles dégénératifs lombaires. Le Dr B_____ relevait qu'un facteur de stress important sur le lieu de travail pouvait aggraver le syndrome douloureux. Un changement de poste à l'intérieur de l'entreprise pourrait être rendu nécessaire, afin d'éviter les flexions du tronc, et de la changer d'équipe. Il conclut qu'une physiothérapie devait être maintenue, afin d'aider la patiente à la reprise de son travail, d'abord quelques heures, puis à 50 %, ajoutant que la reprise du travail complète lui semblait difficile.

7. A la demande de HOTELA, le Dr C_____, médecine interne FMH, a expertisé l'assurée. Dans son rapport du 25 février 2004, il a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant généralisé, troubles statiques et dégénératifs

mineurs du rachis lombaire, avec spondylolisthésis de grade I, état dépressif léger. L'existence de douleurs chroniques doit faire rechercher une comorbidité psychique; l'aspect de la patiente, de même que ses plaintes ou sa physionomie ne suggèrent pas une maladie psychiatrique. L'interrogatoire systématique permet de retrouver cependant quelques symptômes dépressifs légers, qui paraissent réactionnels à son inactivité prolongée et à la perte de son emploi. Le Dr C_____ conclut à ce que l'incapacité de travail de 100 % doit être admise depuis le 15 août 2003 jusqu'à la fin février 2004. Dès le 1er mars 2004, une reprise à 50 % redevient exigible et cela implique une annonce au chômage.

8. Le 30 mars 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant à l'octroi d'une rente.

9. Dans son rapport du 27 juin 2004 adressé à l'OCAI, la Dresse A_____ a mentionné les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne CD-lombaire, sur discopathie sévère L5-S1 et sur probable instabilité cervico-lombaire, glissement de C4 sur C5, spondylosisthésis grade I sur L5 gauche sur lyse isthmique, lombosciatalgies aiguës gauches à répétition, fibromyalgie, tendinite du poignet gauche, suspicion de syndrome du tunnel carpien gauche et état anxio-dépressif. La patiente est en arrêt de travail à 100 % du 30 septembre 2003 au 7 avril 2004, et une reprise de travail à 50 % est indiquée depuis le 8 mars 2004. L'état de santé est décrit comme stationnaire, la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles sont indiquées.

10. Le 11 janvier 2005, le Dr - B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI. Les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail sont les suivants : rachialgies cervico-dorsolombaires, syndrome douloureux de l'hémicorps gauche, discopathie L5-S1 et arthrose facettaire postérieure, secondaire à une spondylolyse bilatérale et discret spondylolisthésis de garde I de L5, labilité émotionnelle. L'incapacité de travail est de 100 % depuis juillet 2003, avec échec de la reprise partielle à 50 % le 15 août 2005. L'état de santé est décrit comme stationnaire, il peut être amélioré par de la physiothérapie et un traitement antidépresseur. Des mesures professionnelles sont indiquées, de type réorientation professionnelle. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail pourrait être complète si l'assurée évite les travaux lourds et les flexions répétées du tronc.

11. L'OCAI a mandaté le Prof. D_____, de l'Institut universitaire de médecine légale des (ci-après "établissement hospitalier"), pour une expertise psychiatrique de l'assurée.

12. Dans son rapport du 14 juillet 2005, le Prof. D_____ relève que le status clinique somatique et psychique de l'assurée est principalement constitué de

plaintes subjectives. Elle ne présente pas de symptomatologie anxieuse franche, pas de trouble alimentaire ou de la personnalité, ni de symptomatologie psychotique. Le diagnostic retenu est celui de syndrome douloureux somatoforme persistant. Dans son appréciation du cas, l'expert expose que ce syndrome s'est installé depuis 2003 et qu'au fil du temps il y a eu un isolement social progressif et une organisation de la vie de l'expertisée autour de sa maladie. Une succession d'événements ont participé à construire chez elle la conviction d'avoir un corps fragile, telle que la tendinite, des suspicions de cancer du sein à deux reprises et une hernie inguinale opérée en novembre 2003. La capacité de travail comme femme de chambre ou femme de ménage est actuellement nulle, depuis décembre 2003. Elle n'est pas capable de s'adapter à un environnement professionnel de femme de chambre. Une réadaptation professionnelle est envisageable, dans une activité nécessitant moins d'efforts physiques, après résolution de son problème de langue. Une activité en position assise avec la possibilité de se lever de temps en temps est exigible, dans un premier temps à temps partiel. Il y a une diminution de rendement, car elle a perdu progressivement, en raison de sa longue inactivité, ses capacités de travail. Cette dernière ne pouvait pas être évaluée actuellement. L'expert relève que les symptômes douloureux de l'assurée sont essentiellement subjectifs, mais il lui semble important de tenir compte des épines irritatives avérées au niveau lombaire. Elle a vécu une situation de maltraitance professionnelle qui l'a profondément déstabilisée et elle a perdu, déjà avant son accident, le plaisir de faire son travail. Elle ne pourra dépasser sa souffrance et investir une activité professionnelle que si cette souffrance est socialement reconnue.

13. Dans un rapport d'examen du 29 août 2005, la Dresse E_____, du SMR Suisse Romande (ci-après SMR), relève que le Dr C_____ a noté un status contrastant avec le lourd handicap allégué par l'assurée. Il retenait un trouble somatoforme douloureux persistant associé à des troubles mineurs et, sur le plan somatique, avait estimé que la capacité de travail exigible dans l'ancienne activité était de 50 % dès le 1er mars 2004. Le SMR considère que le cumul des critères permettant de justifier que l'assurée ne puisse plus mettre en valeur sa capacité de travail fait défaut. En conséquence, une incapacité de travail totale comme admise par les experts psychiatres ne peut être retenue, dès lors que dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100 % dès le 1er mars 2004. Des mesures professionnelles peuvent être mises en place rapidement, s'il y a lieu.

14. La réadaptation professionnelle de l'OCAI a rendu un rapport le 20 février 2006. Elle a estimé qu'il n'était pas judicieux de proposer une mesure de réadaptation, dès lors que l'assurée n'a aucune notion élémentaire de la langue française, qu'elle ne sait pas lire, n'a aucune formation professionnelle ni aucune expérience professionnelle exploitable pour une reconversion et que la perte économique est nulle. En effet, dans une activité adaptée, elle ne subit aucune perte de gain, même avec un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles.

15. Par décision du 2 mars 2006, l'OCAI a rejeté la demande de l'intéressée, au motif que dans une activité adaptée raisonnablement exigible, elle pourrait toucher un salaire supérieur à celui qu'elle percevait sans atteinte à la santé.

16. L'assurée a formé opposition en date du 17 mars 2006, faisant valoir que son état de santé ne s'est pas amélioré, malgré les séances de physiothérapie intensives. Divers rapports médicaux ont été adressés à l'OCAI, dont celui établi le 15 décembre 2005 par le Dr. F_____, chef de clinique du département de chirurgie des "établissement hospitalier", aux termes duquel les radiographies du bassin, de la hanche droite et du rachis lombaire ne révèlent rien de particulier, hormis un petit pincement postérieur sur le profil, mais non significatif. Il mentionne que la patiente est très théâtrale et qu'une consultation de rhumatologie serait plus intéressante. La Dresse G_____, spécialiste en médecine interne-rhumatologie, a adressé un rapport à la Dresse A_____ le 5 janvier 2006. Elle relève que les points de fibromyalgie sont positifs au niveau de la ceinture scapulaire et des membres supérieurs, que les radiographies sont normales, hormis de discrets troubles dégénératifs des articulations postérieures dans la région lombaire basse et des troubles statiques sous forme d'une hyperlordose lombaire basse. La patiente présente le plus probablement des rachialgies, aggravées par des troubles statiques, un déconditionnement musculaire et une surcharge pondérale. Le médecin proposait une physiothérapie active et l'introduction d'un anti-dépresseur.

17. Invité par l'OCAI à se prononcer sur les pièces produites, le SMR relève que le médecin traitant a mis sa patiente en incapacité de travail totale depuis le 24 août 2003, sans fournir d'explications valables. Les documents produits ne permettent d'établir aucune aggravation de l'état de santé et ne font que confirmer que l'assurée présente des douleurs diffuses sans véritable substrat anatomique.

18. Par décision du 22 mai 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée.

19. Représentée par son conseil, l'assurée interjette recours le 20 juin 2006, en faisant valoir que l'OCAI n'a pas tenu compte des troubles psychiques tels qu'ils ressortent de l'expertise, en particulier du score de l'échelle de Hamilton qui confirmerait une dépression vraisemblablement sévère. En présence d'une comorbidité psychiatrique, le trouble somatoforme douloureux doit être admis comme invalidant. La recourante allègue qu'en 2005, elle a fait un tentamen pour lequel elle a été transportée aux "établissement hospitalier" et annonce la production ultérieure de pièces à ce propos. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

20. Dans sa réponse du 17 juillet 2006, l'OCAI a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

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

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

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

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

3. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, s'applique au cas d'espèce.

4. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours et recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. L'objet du litige consiste à déterminer si la recourante souffre d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI, dans une mesure suffisante pour ouvrir un droit à une rente.

   Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Elle est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

   L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre

médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

6. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge pas l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

   Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse

admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René SCHAUFFHAUSER/Franz SCHLAURI (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeithunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les

caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

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

8. En l'espèce, il résulte du dossier médical que suite à l'accident survenu en décembre 2002, la recourante a repris le travail en janvier 2003. Se plaignant toutefois de cervicalgies, de lombalgies et de diverses douleurs, elle a été mise en arrêt de travail à 100 % dès le 31 mars 2003 par la Dresse A_____, médecin traitant. Selon cette dernière, la patiente souffre essentiellement de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques, d'une discopathie sévère, de fibromyalgie et d'un état anxio-dépressif dont l'intensité n'a pas été décrite. Une tentative de reprise de travail à 50 % dès le 14 juillet 2003 s'est soldée par un échec et l'assurée est en incapacité de travail totale à nouveau dès le 15 août 2003. Dans son rapport du 27 juin 2004, le médecin traitant estime qu'une reprise de travail à 50 % dès le 8 mars 2004 est indiquée et que la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales.

   Sur le plan rhumatologique, le Dr B_____ a observé de discrets troubles statiques rachidiens, une mobilité lombaire limitée, des dorsalgies réveillées par la flexion antérieure, des douleurs prédominantes à l'hémicorps gauche ainsi que de

nombreux signes de non organicité. Il a diagnostiqué une décompensation de lombalgies post-traumatiques, une discopathie modérée L5-S1, un syndrome douloureux de l'hémicorps gauche et un état anxio-dépressif. Il relève que des facteurs psychosociaux entravent la reprise de travail chez cette patiente comprenant mal le français et souffrant de cancérophobie. S'agissant de la capacité de travail, le Dr B_____ considère que le travail de femme de chambre est peut-être trop pénible en raison des troubles dégénératifs lombaires et préconise un changement de poste à l'intérieur de l'entreprise, d'abord quelques heures par jour, puis à 50 %.

Le Dr C_____ quant à lui a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant généralisé, troubles statiques et dégénératifs mineurs du rachis lombaire, avec spondylolisthésis de grade I et état dépressif léger. Il a expliqué que la recourante présente des douleurs chroniques et multiples apparues après un accident mineur, difficilement explicables par les constatations cliniques ou radiologiques. Ces plaintes surviennent dans un contexte professionnel difficile chez une femme mal intégrée, répondent mal aux mesures physiques ou médicamenteuses et ces caractéristiques ne concordent pas avec des lombalgies d'origine dégénératives ou d'éventuels phénomènes d'instabilité rachidienne. Les cervicalgies n'ont aucune cause somatique manifeste, l'IRM étant normale et le status sans trouvaille particulière. Le Dr C_____ se réfère aussi aux conclusions des médecins du service de rhumatologie des "établissement hospitalier", où la recourante a été hospitalisée en décembre 2003. Ils ont en effet observé un status ostéo-articulaire normal et posé le diagnostic de fibromyalgie. Contrairement aux "établissement hospitalier", le Dr C_____ précise qu'il a retenu comme diagnostic principal le trouble somatoforme douloureux persistant surtout en raison de la survenue de douleurs dans un contexte post-traumatique, de la topographie diffuse des douleurs de l'appareil locomoteur et enfin de l'importance de leurs répercussions sur la vie quotidienne. En présence de douleurs chroniques, le Dr C_____ a recherché une comorbidité psychique. Il a mis en évidence quelques symptômes dépressifs légers, mais pas de maladie psychiatrique grave, ce au vu de l'aspect souriant de la patiente et de ses plaintes. S'agissant de la capacité de travail, l'expert a rappelé que l'assurée n'a aucune formation professionnelle et qu'elle ne parle pas le français. Il ne reste donc que peu d'alternative envisageable dans le domaine professionnel, l'assurée n'a de compétences que pour des activités manuelles peu qualifiées et non protégées, potentiellement pénibles pour les lombalgies; il a conclu qu'il devient logique d'admettre une incapacité partielle à long terme, de sorte que dès le 1er mars 2004, une reprise à 50 % devient exigible.

Sur le plan psychiatrique, le Prof. D_____ a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant. Au status clinique, il a relevé un aspect paradoxalement dynamique en dépit de la symptomatologie, l'assurée se présentant dans un premier contact comme une femme souriante et s'effondrant dans une grande tristesse dès que l'on aborde ses difficultés professionnelles. Il n'y a pas de

symptomatologie anxieuse franche, ni de symptômes de la lignée psychotique, elle ne présente pas de trouble alimentaire ni de trouble de la personnalité. Il conclut que l'assurée n'est pas capable de s'adapter à un environnement professionnel de femme de chambre, qu'une réadaptation professionnelle est cependant envisageable, dans des activités nécessitant moins d'efforts physiques, à temps partiel, 25 % dans l'idéal, pour commencer.

Le SMR considère que le trouble somatoforme douloureux, en l'absence de comordibité psychiatrique, n'est pas invalidant, dès lors que le cumul des critères développés par la jurisprudence ne présentent pas une durée et une intensité telles que l'on ne puisse plus raisonnablement exiger de la recourante qu'elle mette en valeur sa capacité de travail.

La recourante conteste ce point de vue, dès lors que l'expertise psychiatrique a conclu à une capacité de travail de 25 %. En outre, un score de 21 a été observé au questionnaire de Hamilton, ce qui correspond à une dépression de degré modérée à sévère, de sorte que le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux doit être reconnu.

Tel n'est pas l'avis du Tribunal de céans. En effet, il y a lieu de constater que l'expert n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique autre que le trouble somatoforme douloureux. De surcroît, au status clinique, il n'a pas observé de signes de la lignée psychotique, ni de trouble anxieux ou de la personnalité. D'ailleurs, aucun des médecins ayant examiné la recourante n'a mis en évidence un état anxio-dépressif grave. Dans ces conditions, on comprend mal les conclusions de l'expert quant à l'exigibilité d'une activité. Il ressort de ses explications que la recourante a vécu un traumatisme sur le plan professionnel et qu'il convient que sa souffrance soit socialement reconnue. Ces considérations échappent cependant à la notion de capacité de travail raisonnablement exigible et il convient bien plutôt d'examiner l'exigibilité au regard des autres critères exigés par la jurisprudence. Or, force est d'admettre à cet égard, avec le SMR, que l'on ne saurait conclure en l'état à l'échec des traitements, que la recourante n'est pas intégrée socialement, même dans la communauté albanaise de Genève, et qu'elle présente un état psychique cristallisé. On ne saurait conclure qu'elle a épuisé ses ressources psychiques. Les pièces produites par la recourante en instance de recours ne sont pas de nature à remettre en cause cette appréciation.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans retiendra que la recourante présente une capacité de travail totale dans une activité respectant les limitations physiques.

9. L'évaluation de l'invalidité chez les assurés actifs doit être déterminée sur la base d'une comparaison des revenus. 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 (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Le moment déterminant est celui de l'ouverture du droit à la rente.

Pour évaluer le gain d'invalide, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]) lorsque, comme en l'espèce, l'assurée n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb; VSI 2002 p. 68 consid. 3b).

En l'occurrence, compte tenu de l'activité légère de substitution, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives tous secteurs confondus, à savoir 3'871 fr. par mois (ESS 2004, tableau TA1, domaine 15 - 37, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,6 heures en 2004, La Vie économique 10/2005 p. 82 tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 3'929 fr. (3871 / 40 x 41,6), ce qui donne un salaire annuel de 47'148 fr.

Lorsque, comme en l'espèce, le revenu d'invalide est évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens, certains empêchements propres à la personne de l'invalide (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) exigent que l'on réduise le montant des salaires ainsi obtenus (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa). De telles réductions ne doivent toutefois pas être effectuées de manière schématique, mais doivent tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé (ATF 126 V 80 consid. 5b/bb). 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 126 V 80 consid. 5b/cc; VSI 2002 p. 64).

L'intimé a procédé à un abattement supplémentaire de 10 %, pour tenir compte des limitations physiques, de sorte que le revenu d'invalide s'établit à 42'433 fr. 20. Comparé au revenu sans invalidité de 39'600 fr. que réaliserait le recourante en 2004, force est de constater qu'il n'y a en l'espèce aucune perte de gain.

Au vu de ce qui précède, la recourante ne peut prétendre à une rente ou à d'autres prestations de l'assurance-invalidité.

Mal fondé, le recours doit être rejeté.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que le procédure est gratuite.

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

Le greffier	La présidente
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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