REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/564/2007 **ATAS/1461/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 20 décembre 2007

En la cause

Madame V_____, domiciliée AUX AVANCHETS, recourante
représentée par CAP Protection Juridique

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Olivier LEVY et Christine KOEPPEL, juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame V_____, née en 1958, a été victime d'un accident le 26 octobre 2000 : elle a chuté en se levant du lit et son compagnon lui est ensuite tombé sur le dos.

2. L'assurée travaillait à l'époque en qualité d'aide de cuisine à temps partiel auprès de X_____ (département de SAIRGROUP) à Genève. Son cas a été pris en charge par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA; cf. pces 7-11, 7-118 et 7-122 OCAI).

3. Suite à l'accident, les médecins ont tout d'abord diagnostiqué une contusion dorsale (pce 7-121 OCAI), puis un œdème médullaire et une fracture des vertèbres D4-D5-D6, enfin un tassement de celles-ci (pces 7-109 et 7-81 OCAI). L'assurée s'est vu prescrire différents médicaments, un coussin spécial, un corset et des séances de physiothérapie. Les médecins de la CLINIQUE ROMANDE DE RÉADAPTATION(ci-après : CRR), où l'assurée a été hospitalisée du 4 juillet 2001 au 14 août 2001, ont constaté une fracture des plateaux supérieurs de D4-D5 et D6. Ils ont fixé la date de reprise du travail à 50 % au 27 août 2001 (pce 7-70 OCAI).

4. Dans son rapport d'examen final du 4 mars 2002, le docteur A_____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré l'état de santé de l'assurée comme stabilisé. Il a estimé que la poursuite de la physiothérapie n'était plus indiquée, au contraire de la prise d'antalgiques. Il a précisé que l'assurée ne pouvait plus faire de mouvements répétitifs de flexion/extension du dos, ni porter de charges moyennes à lourdes à bout de bras et au-dessus du niveau des épaules. Le médecin a jugé que l'assurée, à condition de respecter ces limitations et de pouvoir alterner les positions assise et debout, pourrait travailler à plein temps et à plein rendement (pce 7-36 OCAI).

5. En date du 30 septembre 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) en invoquant les suites de son accident et en demandant l'octroi d'une rente d'invalidité (pce 25-1 OCAI).

6. Répondant à un questionnaire pour les assurés exerçant une activité à temps partiel (pce 15-2 OCAI), l'intéressée a indiqué travailler 4 heures par jour, 15 jours par mois en moyenne, en fonction des besoins de son employeur, étant précisé que ce dernier n'engageait pas de personnel auxiliaire à temps plein. L'assurée a affirmé ne pas envisager de modifier son taux d'activité.

7. Invité à fournir des renseignements, le docteur B_____, médecin traitant de l'assurée et spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics suivants : cervico-dorsalgies récidivantes, status après tassements traumatiques des plateaux

supérieurs de D4 à D6 (octobre 2000) et protrusions discales C5-C4 et C5-C6. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100 % du 26 octobre 2000 au 26 août 2001, puis de 50 % sans diminution de rendement pour une durée indéterminée. Il a mentionné un tableau de dorsalgies aiguës s'étant chronicisé et avoir pu diagnostiquer des dysfonctions du dos répondant bien à des thérapies "manipulatives". Il a jugé la situation de sa patiente stationnaire. Par ailleurs, il a estimé qu'il n'était d'une part pas possible d'améliorer la capacité de travail de sa patiente dans son poste actuel et d'autre part, pas exigible qu'elle exerce une autre activité (pce 11 OCAI).

8. Dès le 1er février 2003, l'assurée a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage. Elle a en effet été licenciée pour raisons économiques le 29 novembre 2002 pour le 31 janvier 2003 (pces 26 et 31 OCAI).

9. L'administration lui ayant fait parvenir une nouvelle fois un questionnaire pour personne exerçant une activité à temps partiel, l'assurée a déclaré travailler à temps partiel suite à une réduction imposée par son employeur. Elle a ajouté que, sans atteinte à la santé, elle aurait augmenté son taux d'activité à 100 % pour améliorer son revenu (pce 28 OCAI).

10. Le 16 juin 2003, la SUVA a rendu une décision octroyant à l'intéressée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %, ainsi qu'une rente d'invalidité LAA fondée sur une incapacité de gain de 20 % dès le 1er mai 2003 (pce 5-2 OCAI). La SUVA s'est référée à l'avis rendu par son médecin d'arrondissement le 13 septembre 2002; ce dernier avait estimé que la reprise de l'activité habituelle à plein temps (soit 18 heures par semaine) pouvait se faire moyennant une diminution de 20 % pour tenir compte de la nécessité de prendre des pauses prolongées (pce 7-10 OCAI).
11. Le docteur B_____ a précisé, dans un rapport du 27 décembre 2004, que sa patiente ne pouvait exercer une activité professionnelle à plus de 50 % pour les raisons précédemment invoquées; elle n'était plus en incapacité de travail depuis juin 2003 mais au chômage (pce 29 OCAI). Il a une nouvelle fois énuméré les limitations fonctionnelles de sa patiente, indiquant qu'elle devait éviter le port de charges lourdes et pouvoir alterner fréquemment les positions (pce 38 OCAI).

12. Afin de déterminer l'origine des douleurs et évaluer la capacité de l'assurée à exercer une activité adaptée, le médecin-conseil de l'Office de l'assurance-invalidité du Jura - appelé à instruire le dossier de l'assurée en raison de la surcharge de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève -, a décidé de la soumettre à une expertise confiée au COMAI de Genève (pce 32 OCAI).

13. Le 18 avril 2005, le docteur C_____, radiologue, a rédigé un rapport après avoir effectué des radiographies de la colonne dorsale de l'assurée. Il a relevé une stabilité radiographique par rapport aux images du mois de février 2001 de la scoliose dorsale haute à convexité droite avec compensation dorsale basse à

convexité gauche, ainsi qu'un discret aspect cunéiforme de D4, D5 et D6, connu, post-traumatique, inchangé (pce 39 OCAI).

14. Le Centre d'expertise médicale de Genève (ci-après : le CEM), a rendu son rapport d'expertise le 18 mai 2005 (pce 40 OCAI).

    Les experts ont posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant sous la forme de dorsalgies chroniques post-traumatiques (tassement des murs supérieurs de D4, D5 et D6, confirmé par une IRM en novembre 2000) évoluant indépendamment des séquelles orthopédiques. Ils ont estimé que les lésions ostéo-articulaires n'expliquaient pas le syndrome douloureux; dans la mesure où les lésions dues à l'accident pouvaient être considérées comme guéries et où leur gravité n'avait jamais correspondu au degré d'invalidité subjective, les médecins ont retenu comme unique diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail celui de trouble somatoforme douloureux persistant.

    Ils ont évalué la capacité de travail à 6 heures par jour dans l'activité habituelle sans diminution de rendement, moyennant une adaptation du poste, à savoir éviter le port et le soulèvement de charges lourdes et instaurer un environnement tempéré.

    Ils ont encore mentionné que l'intéressée a présenté une capacité de travail de 50 % depuis octobre 2002 et qu'une amélioration progressive a été acquise avec le temps et les formations dont elle a bénéficié lors de la période de chômage, pour atteindre la capacité précédemment mentionnée.

    Les experts ont également mis en avant l'absence de tout diagnostic psychiatrique et la nécessité pour l'assurée d'avoir recours à un ergothérapeute sur sa future place de travail pour lui permettre d'intégrer les principes d'ergonomie du dos dans son quotidien professionnel.

    Une amélioration de la capacité de travail au poste occupé jusqu'alors a également été jugée possible, pour atteindre 100 % à long terme, moyennant une application ergonomique pour le rachis dorsal et une adaptation du cahier des charges (soulager l'assurée du soulèvement ou port de charges lourdes et des passages entre une température froide et chaude).

    Dans l'exercice d'une activité adaptée, c'est-à-dire se pratiquant à température ambiante stable et évitant le port de charges au-dessus des épaules, la capacité de travail a été jugée totale.

15. Appelé à se prononcer sur le rapport d'expertise, le médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a décrété qu'au vu du diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) sans comorbidité psychiatrique, il n'y avait pas d'invalidité au sens de l'art. 4 LAI (pce 43 OCAI).

16. L'OCAI a donc rejeté la demande de prestations de l'assurée par décision du 29 septembre 2005, motifs pris que le trouble somatoforme diagnostiqué ne remplissait pas les conditions permettant de lui reconnaître un caractère invalidant et que les médecins traitants n'avaient émis aucun commentaire sur l'expertise effectuée (pce 44 OCAI).

17. Par acte du 31 octobre 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision (pce 45 OCAI). Elle contestait le diagnostic retenu, estimant souffrir d'une atteinte vertébrale et musculaire au niveau du dos. Par ailleurs, elle faisait valoir que l'OCAI n'avait aucunement tenu compte des limitations fonctionnelles reconnues par les médecins experts, ni des conséquences sur la capacité de travail que ces derniers avaient pourtant clairement mis en évidence. Elle a encore fait parvenir à l'administration copie du rapport émanant du médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi du 30 mars 2006. Celui-ci estimait que l'incapacité de travail dans la profession d'aide de cuisine était totale, mais que dans une activité adaptée, la capacité se révélait au contraire entière, avec une bonne motivation pour une reprise du travail et un faible risque d'absentéisme (pce 51 OCAI).

18. L'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré par décision du 12 janvier 2007, reprenant les motifs exposés dans sa décision initiale de refus.

19. L'assurée interjette recours contre cette décision, dont elle requiert l'annulation, en concluant à la reconnaissance de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier celui à des mesures de réadaptation professionnelle, et au renvoi de la cause à l'administration pour complément d'instruction. Subsidiairement, elle demande à être mise au bénéfice d'une rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2001.

    En substance, elle allègue que le rapport d'expertise sur lequel s'est fondé l'OCAI pour retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant contient des contradictions. Elle conteste d'ailleurs le diagnostic retenu et soutient que l'administration aurait dû procéder à une évaluation concrète de sa capacité de travail résiduelle, étant donné qu'elle ne peut plus exercer son ancienne profession d'aide de cuisine. Selon elle, le dossier doit donc être complété, attendu qu'elle subit une diminution de sa capacité de gain de 40 % au moins.

20. Dans sa réponse au recours, l'OCAI s'est référé à sa décision. Il estime que l'expertise sur laquelle il s'est fondé a une valeur probante pleine et entière. Pour le surplus, il passe en revue les critères autorisant la reconnaissance du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux pour conclure à leur absence dans le cas de l'assurée.

21. Dans un courrier du 4 mai 2007, l'assurée fait encore remarquer que la décision de l'OCAI fait totalement abstraction de la reconnaissance d'une invalidité de la part de

la SUVA, qui lui a octroyé une rente fixée à 20 %, et n'a - à tort - pas procédé à une comparaison des revenus avant de statuer sur sa demande.

22. Dans une écriture subséquente dont copie a été remise à l'OCAI, la recourante a réaffirmé ne pas être atteinte d'un trouble somatoforme; elle a produit à l'appui de son affirmation plusieurs rapports médicaux.

Le premier est un rapport du 12 septembre 2007 rédigé par la doctoresse D_____, spécialiste en radiologie, concernant une IRM pratiquée le même jour. Ce médecin conclut, au niveau dorsal, à un ancien tassement du plateau supérieur de D4, et à un moindre degré D5 et D6, avec des discrets remaniements inflammatoires pouvant entrer dans le cadre d'une discarthrose inflammatoire secondaire au niveau du plateau supérieur de D4. Quant au niveau cervical, elle fait état d'une hernie discale C3-C4 médiane paramédiane droite au contact mais sans compression du cordon médullaire, ni myélopathie associée, d'une discopathie protrusive en C5-C6 sans compression médullaire associée et d'un début d'uncarthrose à droite et petite protrusion discale à l'entrée du canal radiculaire à gauche sans compression radiculaire. Enfin, elle mentionne une lésion nodulaire thyroïdienne gauche.

Dans un courrier du 28 septembre 2007 adressé au docteur B_____, le docteur E_____, spécialiste en neurochirurgie, expose que l'examen clinique fait apparaître essentiellement une hyperréflexie des quatre membres témoignant d'une irritation médullaire bien expliquée par l'IRM avec la présence d'une hernie médiane C3-C4. Celle-ci est considérée responsable d'une bonne partie de tous les symptômes. Il n'y a pas de déficit moteur à l'examen clinique, raison pour laquelle le spécialiste estime qu'il n'y a pas d'urgence à proposer un geste chirurgical, qui se révélerait toutefois être la solution de choix si l'état de la patiente devait s'aggraver ou si les douleurs devenaient intenables.

Le docteur B_____ a rédigé un rapport dans lequel il mentionne que sa patiente souffre de douleurs cervico-dorsales depuis l'accident d'octobre 2000 (tassement des plateaux supérieurs de D4, D5 et D6), ainsi que d'une hernie discale cervicale. Il ajoute que l'ensemble de la pathologie contre-indique l'exercice de la profession d'aide de cuisine dans laquelle la capacité de travail est estimée nulle. Le pronostic est fonction de l'évolution de la hernie cervicale. Le médecin déclare finalement que, compte tenu du jeune âge de sa patiente (moins de 50 ans), il serait judicieux d'envisager un recyclage professionnel, qui pourrait éventuellement se faire via l'assurance-invalidité, dans une activité légère, telle qu'une activité de bureau (informatique, secrétariat, etc.) ou une activité de représentation (hôtesse d'accueil, réceptionniste, etc.). Une capacité de travail entière pourrait être envisagée dans ce type de professions, pour autant que l'intéressée entretienne son dos grâce à des exercices de gymnastique appropriés.

23. Le Tribunal a accusé réception de la lettre de la recourante et de ses annexes le 31 octobre 2007. Il l'a par ailleurs informée que son recours était en cours d'instruction et qu'un jugement serait rendu dans les prochaines semaines.

24. Dans un courrier reçu le 22 novembre 2007, l'OCAI a signalé persister dans ses conclusions. La recourante a fait de même par lettre du 10 décembre 2007.

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). Le Tribunal de céans est dès lors compétent pour traiter du cas d'espèce.

2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. La décision sur opposition litigieuse, du 12 janvier 2007, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. Conformément au principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement des bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, il y a lieu d'examiner le droit à une rente au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329).

   Pour les mêmes motifs, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, sont applicables dans les limites fixées ci-avant.

4. Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

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).

6. En l'espèce, l'intimé a nié tout droit aux prestations à la recourante sur la base d'une expertise confiée au CEM. Les experts de cette institution ont posé comme seul diagnostic un trouble somatoforme douloureux persistant qui a été considéré, par l'administration, comme n'ayant pas un caractère invalidant eu égard à l'absence des critères posés par la jurisprudence.

   La recourante, quant à elle, critique l'expertise, notamment en faisant valoir de nombreuses contradictions, et nie sa valeur probante. Elle estime par ailleurs que le diagnostic qui a été posé par les examinateurs n'est pas fondé et qu'elle souffre de pathologies purement somatiques.

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet,

l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (F_____-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, 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, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, 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).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; F_____/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

8. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, qu'elle 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

9. Dans leur rapport d'expertise du 18 mai 2005, les experts du CEM ont posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de dorsalgies chroniques post-traumatiques évoluant indépendamment des séquelles orthopédiques. Or, aucune référence n'est faite à un système de classification reconnu des maladies psychiatriques dans le rapport. On ne sait dès lors quel type de trouble somatoforme les médecins ont diagnostiqué : la 4ème édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé, Paris, 2003 (ci-après : DSM - IV) ne mentionne pas moins de 6 pathologies spécifiques différentes (avec parfois des sous-types) dans la catégorie des troubles somatoformes (trouble somatisation F45.0, trouble somatoforme indifférencié F45.1, trouble de conversion F44.x, trouble douloureux F45.4, hypocondrie ou trouble : peur d'une dysmorphie corporelle F45.2, trouble somatoforme non spécifié F45.9). C'est le médecin du SMR, le docteur F_____, spécialiste en médecine générale et non en psychiatrie, qui précise le diagnostic en mentionnant la référence à la cote F45.4, correspondant au trouble douloureux.

   L'expert consultant psychiatre du CEM a relevé, au terme de son examen (p. 10 du rapport d'expertise), l'absence de diagnostic psychiatrique. Il a encore souligné que la capacité de travail de l'assurée, du point de vue mental, devait être considérée comme entière, en l'absence de signe d'une atteinte psychique. On comprend dès lors assez mal comment, après s'être concertés, les médecins ont pu aboutir à la conclusion que l'intéressée présentait toute de même une affection psychiatrique, à savoir un trouble somatoforme. La seule mention du contexte (absence de toute explication somatique et organique aux douleurs exprimées par l'assurée) n'est de loin pas suffisante pour justifier le diagnostic finalement posé. Non seulement cela ne correspond en rien aux critères définis par le DSM-IV (voir p. 561 ss de cet ouvrage), mais cela contredit clairement l'absence de diagnostic psychiatrique mise

en évidence auparavant. Les médecins ont d'ailleurs précisé (sous point B.3) qu'il n'existait pas de trouble psychiatrique.

Dans un premier temps, l'expert psychiatre a considéré que la capacité de travail résiduelle de la recourante était entière d'un point de vue psychiatrique. Puis, dans leurs conclusions communes, les experts l'ont évaluée à 6 heures par jour dans l'activité habituelle, moyennant une adaptation du cahier des charges, ceci en l'absence de tout autre diagnostic que celui de trouble somatoforme douloureux. Répondant à la question de savoir comment avait évolué la capacité de travail, les médecins ont affirmé que cette dernière avait été de 50 % depuis octobre 2002 et s'était améliorée progressivement avec le temps et les formations dont la recourante a bénéficié lors de sa période de chômage pour atteindre 6 heures par jour.

Force est de constater que les arguments mentionnés pour expliquer l'évolution favorable de la capacité de travail ne sont nullement d'ordre médical; ils ne sauraient donc justifier valablement une appréciation médicale de la capacité de travail.
Il est par ailleurs difficile de suivre le raisonnement des médecins qui, après avoir fixé la capacité de travail à 6 heures par jour dans l'activité habituelle compte tenu des limitations fonctionnelles (adaptation du cahier des charges), ont estimé qu'à long terme, cette capacité serait totale, tout en constatant qu'elle l'était déjà dans une activité adaptée dont on relèvera qu'elle correspond en tous points à l'activité habituelle après modification du cahier des charges.

On relèvera finalement que la cause des limitations fonctionnelles reconnues par les experts n'est pas claire non plus : s'ils estiment qu'il n'y a aucune pathologie somatique ni cause organique expliquant les douleurs, les médecins retiennent tout de même que des contractures musculaires (douloureuses) justifient les limitations fonctionnelles, qui sont aussi, si l'on essaie de suivre leur raisonnement pour le moins confus, le fruit des douleurs subjectives de l'assurée.

Dans ces circonstances, soit en l'absence d'un diagnostic posé lege artis sur les critères d'une classification reconnue et compte tenu des multiples contradictions figurant dans les conclusions du rapport d'expertise relatives tant au diagnostic même qu'aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail, le rapport d'expertise du CEM du 18 mai 2005 doit se voir nier toute valeur probante.

Au demeurant, les conclusions auxquelles sont parvenus les experts du CEM sont par ailleurs suffisamment remises en question par le rapport de radiologie de la doctoresse D_____ du 12 septembre 2007 et celui du docteur E_____ du 28 septembre 2007 pour que la juridiction de céans s'en écarte. Ces spécialistes font en effet clairement état de troubles relativement importants au niveau du rachis cervical. Certes, lesdites constatations sont postérieures à la décision dont est recours et le juge doit en principe tenir compte de l'état de fait tel qu'il se présentait au moment de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2). Cela étant, il n'est

point possible d'affirmer que les lésions objectivées (hernie cervicale, protrusion discale cervicale, uncarthrose et discarthrose) ne sont apparues qu'après la décision du 12 janvier 2007. Bien au contraire, vu l'absence d'examen IRM depuis 2000 et la constance des plaintes durant les derniers mois, il y a lieu de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en droit des assurances sociales, que lesdites lésions existaient avant que la décision attaquée ne soit rendue.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il convient de ne pas retenir les conclusions du rapport du CEM.

10. La recourante fait également grief à l'intimé d'avoir fait fi de l'évaluation de son invalidité effectuée par la SUVA, et des conclusions médicales auxquelles cet assureur était parvenu.

Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs pertinents. A cet égard, une appréciation divergente mais soutenable, éventuellement même équivalente, n'est pas suffisante. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288; voir aussi ATF 131 V 123 s. consid. 3.3.3). Par exemple, le Tribunal fédéral des assurances a considéré

comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 294consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3). Par contre, l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité, même si elle est entrée en force (VSI 2004 p. 188 consid. 5).

En l'espèce, il est constant que la SUVA a rendu une décision portant sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et que cette décision est entrée en force. Or, la SUVA a reconnu à l'assurée un taux d'invalidité de 20 % suite à une longue instruction - notamment des aspects médicaux; elle s'est fondée sur des rapports complets et précis de divers médecins, dont l'un a été rédigé après que l'assurée a effectué un séjour de plus d'un mois au sein de la CRR (une part importante de ce séjour a été passée en atelier). Les conclusions retenues par la SUVA, soit une diminution du rendement de l'intéressée de 20 % dans son activité habituelle aménagée pour tenir compte des nécessaires pauses et une atteinte importante et durable à son intégrité physique due à l'accident d'octobre 2000 (cf. art. 24 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents qui pose les conditions du versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité), ne peuvent dès lors être écartées sans autre. Bien au contraire, les principes rappelés supra en matière d'équivalence de la notion d'invalidité dans les assurances invalidité, militaire et accidents commandent que l'intimé tienne compte des considérations de la SUVA. Certes, les conclusions auxquelles est parvenu l'assureur-accidents ne peuvent être reprises telles quelles, étant donné, entre autres, le statut mixte de la recourante (cf. infra, consid. 12) et les pathologies nouvellement mises à jour par l'IRM du 12 septembre 2007. Il n'en demeure pas moins que les divergences - à tout le moins médicales - doivent s'estomper, dans le sens où l'intimé est tenu de reconnaître, comme atteinte à la santé, les séquelles de l'accident du mois d'octobre 2000.

11. Eu égard à la mise en évidence par examen radiologique d'atteintes inconnues au moment de la décision litigieuse, l'instruction du dossier doit être complétée pour déterminer la capacité de travail résiduelle de l'intéressée. Cela étant, et quand bien même il n'est point possible de se fonder sur l'expertise commandée par l'intimé, cette évaluation devra se faire sous la forme d'un stage d'évaluation professionnel. En effet, les documents médicaux au dossier sont suffisants pour déterminer les activités encore exigibles de la part de la recourante et les limitations fonctionnelles qu'elle rencontre. Les conclusions unanimes des médecins ayant examiné l'intéressée justifient une incapacité de travail totale dans la profession d'aide de cuisine (les nombreuses contre-indications ne permettent pas à l'intéressée de trouver un poste adapté dans ce domaine d'activité). Demeure dès lors inconnu le taux de capacité résiduelle dans une activité adaptée, principalement sous l'angle du rendement.

Il appartiendra donc à l'intimé de mettre en œuvre ledit stage d'évaluation, de procéder ensuite à la détermination des activités exigibles et de se positionner sur les mesures d'ordre professionnel auxquelles peut prétendre la recourante. Sans préjuger du sort de celles-ci, il apparaît évident, au vu du parcours professionnel de cette dernière, qu'elle a à tout le moins droit à une orientation professionnelle (art. 15 LAI), ainsi qu'à une aide au placement incluant éventuellement une mise au courant (art. 18 al. 1 LAI).

12. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

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

En l'espèce, la recourante a travaillé, jusqu'à son licenciement, à temps partiel pendant 10 ans pour le compte de SAIRGROUP, département X_____ . Durant cette période, sa fille, étudiante, partageait son appartement et était à sa charge. Il ressort de l'extrait de compte individuel de l'intéressée qu'elle a auparavant effectué diverses activités professionnelles pour des revenus fort modestes la plupart du temps (pce 20 OCAI), ce dont on peut raisonnablement

déduire qu'il s'agissait pour la majeure partie d'entre eux d'emploi à temps partiel. Dans le questionnaire sur le statut qu'elle a rempli le 15 octobre 2002, elle a déclaré qu'elle n'avait jamais envisagé de modifier son taux d'activité (à la hausse ou à la baisse), que son employeur n'engageait pas d'auxiliaire à temps plein depuis qu'elle avait commencé son activité auprès de lui, et qu'elle avait travaillé à 100 % en 1990 et 1991 pour le compte des Hôpitaux universitaires de Genève, ce qui se vérifie à la lecture de l'extrait de compte individuel. Répondant à un questionnaire subséquent (daté du 20 décembre 2004), la recourante a fait savoir que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à temps plein, afin d'améliorer ses revenus. Elle a également précisé que si elle n'avait été employée pendant 10 ans qu'à temps partiel, c'était en raison d'une réduction imposée par l'employeur, pour lequel elle avait néanmoins effectué quelques périodes à 100 % (mai-juin 1994, décembre 1996 et septembre-octobre 1997).

Il y a donc lieu de résoudre la question de savoir si la recourante doit être considérée comme une personne active ou partiellement active (statut mixte), étant donné qu'à ce jour, elle n'a pas repris d'activité.

Force est de constater que la recourante a accepté un poste à temps partiel en 1994 et l'a conservé durant 10 années, quand bien même sa fille vivait à son domicile et était à sa charge. Elle n'a pas cherché à compléter son activité professionnelle en œuvrant pour un second employeur, ce qui aurait été envisageable vu ses horaires de travail. Elle a certes travaillé à quelques reprises à plein temps, mais ce n'était manifestement que temporaire et pour de relativement brèves périodes. En conséquence, si le motif avancé pour fonder une hypothétique reprise d'activité à temps complet est tout à fait compréhensible - à savoir l'amélioration des revenus -, il ne saurait à lui seul justifier la reconnaissance d'un statut de personne active. En effet, la recourante s'est toujours accommodée de revenus relativement faibles - pour des raisons inexpliquées et inexplicables - tout en ayant un enfant à charge, d'une part. Or, sa fille est aujourd'hui indépendante financièrement et semble vouloir s'établir avec son ami (cf. rapport d'expertise du CEM). Les charges financières de la recourante s'en trouvent par conséquent allégées. D'autre part et en application d'une jurisprudence constante, il convient d'accorder la préférence à ses premières déclarations (en l'occurrence l'absence de volonté de modifier son taux d'activité), faites alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c).

En conséquence, le Tribunal de céans estime que la recourante doit être considérée comme une personne exerçant une activité à temps partiel.

13. Lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire 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 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).

S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question.

La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001, p. 158, consid. 3c; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1, du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2, du 28 février 2003, I 685/02, consid. 3.2).

En l'espèce, la recourante travaillait en moyenne 18 heures par semaine et la durée hebdomadaire usuelle de travail de l'entreprise pour un plein temps était de 41 heures (8.2 heures 5 jours par semaine ; cf. pce 14-1 OCAI). Le taux d'activité de l'intéressée est dès lors de 44 %.

La répartition des activités lucrative et ménagère se détermine donc comme suit :

- activité lucrative : 44 %

- activité ménagère : 56 %.

Pour le surplus, l'intimé n'ayant pas procédé à une enquête ménagère, le dossier doit lui être retourné pour qu'il mette en œuvre une telle mesure d'instruction afin de fixer le taux d'invalidité global de la recourante.

14. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il procède selon les considérants ci-avant. La recourante, représentée par un mandataire, a droit à une indemnité pour ses dépens fixée en l'espèce à 1'000 fr.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.

3. Annule les décisions de l'intimé du 29 septembre 2005 et 12 janvier 2007.

4. Renvoie le dossier à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.

7. 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

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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