

## **GE\_GERICHTE A/1267/2007 vom 21. Oktober 2008**

GE Cour de justice, 2008-10-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1267\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1267_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/1267/2007 du 21 octobre 2008

IT: GE\_GERICHTE A/1267/2007 del 21 ottobre 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 21.10.2008 A/1267/2007

A/1267/2007 ATAS/1176/2008 du 21.10.2008 ( AI ) , REJETE Recours TF déposé le 28.11.2008, rendu le 10.06.2009, ADMIS, 9C\_978/2008 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1267/2007 ATAS/1176/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 2 du 21 octobre 2008 En la cause Madame H\_\_\_\_\_, domiciliée à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Viviane SCHENKER recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame H\_\_\_\_\_, (ci-après : la recourante), née en 1972 et ressortissante bolivienne, a vécu en situation irrégulière en Suisse dès la fin de l'année 1996. Elle a travaillé en tant que maman de jour, engagée à l'heure en 2000 et 2001, puis à plein temps en 2003 et 2004. Elle a régularisé sa situation à partir du 18 mai 2005. Le 18 mars 2005, la recourante a fait une fausse couche après 21 semaines de grossesse et a donné naissance à un fœtus mort-né. Lors de cet accouchement, elle a bénéficié d'une péridurale et a ressenti des décharges électriques dans le membre inférieur gauche au moment de la pose du cathéter vers 23 heures. Après l'intervention, la recourante a mentionné un retard de réveil du membre inférieur gauche suivi, le 19 mars 2005 vers 7h30, de l'apparition de douleurs dans la région lombaire avec irradiations dans les fesses principalement à gauche jusqu'au gros orteil. Dans un rapport du 30 mars 2005, le Dr L\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de neurologie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a indiqué qu'un syndrome déficitaire n'avait pas pu être mis en évidence et qu'une IRM lombaire du même jour n'avait révélé que quelques discopathies étagées. Le 4 avril 2005, une électroneuromyographie a permis d'exclure des lésions axonales radiculaires importantes tout en restant compatible avec une atteinte L5 gauche discrète. Les examinateurs ont indiqué que l'aspect déficitaire était davantage en rapport avec une impotence fonctionnelle qu'avec des lésions axonales motrices. Dans un rapport de sortie du 9 mai 2005, consécutif au séjour de la recourante du 31 mars au 3 mai 2005 au service de médecine interne de réhabilitation des HUG, le Dr M\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, d'une part à titre principal, des lombosciatalgies gauches associées à une hypoesthésie et à une parésie du pied gauche survenant au décours d'une péridurale, d'autre part à titre de comorbidités, un status post-colique néphrétique en 2004, un status post-multiples fausses couches, une interruption volontaire de grossesse à 11 semaines. Il a également fait état de complications sous forme d'une thrombose veineuse poplitée gauche et d'une endométrite bactérienne compliquée d'une candidose. En reprenant l'histoire de la patiente, il a observé divers épisodes de ruptures potentiellement évocateurs d'un passé difficile en plus des importantes difficultés sociales actuelles. Dans un rapport de sortie du 15 août 2005, à la suite de l'hospitalisation de la recourante du 30 juillet au 11 août 2005 au service de médecine interne de

réhabilitation des HUG, le Dr N \_\_\_\_\_ a fait état d'une récurrence de lombosciatalgies apparue brusquement le 28 juillet 2005. Il a indiqué qu'une nouvelle électromyographie, pratiquée le 6 juillet 2005, avait confirmé une petite perte axonale motrice avec signes de réinnervation collatérale dans le territoire radiculaire L5 gauche. Il a précisé qu'un suivi psychologique avait infirmé l'existence d'un état dépressif mais confirmé la présence d'une importante anxiété. Il a exposé qu'une physiothérapie à visée antalgique avait apporté un contrôle satisfaisant des douleurs permettant un retour à domicile de manière autonome. Le 25 novembre 2005, la recourante a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et à une rente. Elle a précisé que, depuis son accouchement au mois de mars 2005, sa jambe gauche ne s'était pas réveillée à la suite d'une péridurale ce qui l'empêchait de marcher et entraînait une incapacité de travail entière depuis le 19 mars 2005. Dans un rapport du 8 décembre 2005, le Dr O \_\_\_\_\_, interniste, outre les diagnostics déjà connus, a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité travail, un état dépressif réactionnel dans un contexte de fausse couche, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une notion de fibromyalgie. Il a attesté une incapacité de travail de 100 % dès le 18 mars 2005, mais précise que l'état s'améliore. Le 31 mai 2006, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : OCAI) a confié un mandat d'expertise médicale au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité de Nyon (CEMED) qui a eu lieu le 21 juin 2006. Les experts, les Drs P \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, et Q \_\_\_\_\_, neurologue, ont rendu leur rapport d'expertise le 29 août 2006. Dans le cadre de l'anamnèse, les experts mentionnent que la recourante dit ne pas être déprimé. Elle souffre de douleurs dans la région lombaire irradiant dans la fesse gauche et le long de la jambe gauche, exacerbées lors de certains mouvements du tronc, ou d'une position assise prolongée, et en cas de toux, d'éternuement ou de respiration profonde. Elle se déplace avec une canne anglaise. Ils rappellent également qu'elle a travaillé en Bolivie dans le secteur privé (relations publiques) durant 10 ans, puis, en Suisse, comme maman de jours à raison de 4 francs de l'heure, puis dans la restauration en 1998, à raison de 12 fr. de l'heure, également dans le nettoyage, sans être déclarée. Dans le cadre de l'examen clinique, somatique et psychiatrique, les experts ont trouvé la recourante souriante, énergique, aucun comportement douloureux n'a été observé, à part quelques grimaces de douleurs, et elle a pu rester assise durant tout l'entretien. Son français est très bon. Ils ont mis en évidence des phénomènes de lâchages étagés au niveau du membre inférieur gauche dépassant clairement un territoire radiculaire ou tronculaire ainsi qu'une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre inférieur gauche sans altération des sensibilités profondes. En revanche, ils n'ont constaté ni signe dépressif et anxieux, ni élément de la lignée psychotique. Ils ont relevé que si la description des troubles et le résultat de l'examen somatique ne permettaient pas d'écarter une discrète irritation radiculaire, les plaintes exprimées par la patiente ainsi que l'importance de la gêne qui en découlait paraissaient majeures et disproportionnées par rapport au facteur causal alors que l'examen somatique proprement dit mettait en évidence des déficits neurologiques à la fois majeurs et atypiques incompatibles avec une origine somatique. Ils ont expliqué que, selon la littérature, l'anesthésie péridurale comportait un taux de complications neurologiques moyens de 1 pour 11'000 et que les atteintes constatées dans ces cas-là consistaient généralement, soit en une atteinte radiculaire isolée, soit en une polyradiculopathie, soit enfin très rarement en une atteinte médullaire. Ils ont précisé que les atteintes majeures étaient généralement liées à un hématome épidual ou à un abcès et que, dans le cas des atteintes discrètes, le mécanisme d'atteinte restait incertain,

mais le facteur évoqué le plus souvent était une action toxique de la médication injectée. Toutefois, dans les deux cas, une IRM permettait de mettre en évidence les atteintes. Ils ont ajouté qu'à moins d'une atteinte majeure, liée habituellement à l'existence d'un processus structurel, l'évolution des troubles était généralement favorable étant donné que très peu de patients restaient handicapés à moyen et long terme. Ils ont estimé que, compte tenu de ces éléments, l'évolution neurologique de la recourante apparaissait particulièrement atypique et divergeait de l'évolution habituelle. Ils ont conclu qu'à l'écoute de la patiente et à l'étude du dossier, il n'y avait pas d'éléments déterminants en faveur d'un problème majeur intervenu lors de l'anesthésie épidurale susceptibles d'expliquer la persistance des plaintes et de rendre compte des déficits importants constatés encore actuellement. Ils ont considéré qu'en l'absence d'une explication somatique aux troubles, les lombosciatalgies gauches ne justifiaient pas d'incapacité de travail sur le plan physique, la capacité de travail étant également entière sur le plan psychique, sans diminution de rendement. Par projet de décision du 12 janvier 2007, l'OCAI a rejeté la demande pour le motif que l'expertise médicale confirmait l'absence d'une pathologie psychique et ne retenait aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le 17 janvier 2007, la recourante a exprimé son désaccord avec la décision et a produit un rapport du Dr O \_\_\_\_\_ du même jour. Dans ce document, le médecin traitant a souligné que la patiente avait toujours maintenu la même version quant à l'origine de la parésie avec douleurs invalidantes. Il a estimé que ces faits, qu'ils fussent d'origine psychique ou somatique, avaient une influence claire sur sa capacité de travail. Par décision du 26 février 2007, l'OCAI a confirmé sa position. Il a relevé que, selon l'expertise médicale, les deux électromyographies permettaient d'écarter raisonnablement une atteinte neurologique périphérique et que l'IRM lombaire révélait des discopathies en L1-L2 et L5-S1 sans évidence de compression radiculaire ou d'autres pathologies intrarachidiennes significatives susceptibles d'expliquer les plaintes. Il a précisé que le rapport du Dr O \_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément nouveau. Par acte du 28 mars 2007, la recourante a déposé un recours contre ladite décision auprès du Tribunal de céans. Elle a soutenu que cette décision allait totalement à l'encontre de l'appréciation de son médecin traitant et qu'elle était contredite par les rapports des HUG du 9 mai 2005 ainsi que du 4 juillet 2006. Elle a relevé qu'elle n'avait jamais eu connaissance de l'expertise médicale de sorte qu'elle n'avait pas pu se prononcer à son sujet. Elle a conclu à l'octroi d'un délai pour compléter son recours. Elle a produit un rapport du 4 juillet 2006 de la Dresse R \_\_\_\_\_, médecin adjoint responsable du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, faisant état d'un essai à domicile d'un stimulateur électrique transcutané. Après que, le 5 avril 2007, le Tribunal ait accordé un délai à la recourante pour compléter son recours, cette dernière a sollicité, le 15 juin 2007, un deuxième échange d'écriture. Dans sa réponse du 2 juillet 2007, l'intimé a conclu au rejet de recours et a renvoyé à la motivation contenue dans la décision attaquée. Il a relevé que cette dernière reposait sur une expertise pluridisciplinaire complète et récente. Dans sa réplique du 20 août 2007, la recourante a conclu sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre de toutes mesures probatoires utiles, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière depuis le 19 mars 2005 pour une durée indéterminée. Elle a soutenu qu'il importait peu que l'anesthésie ait été entachée d'erreur ou non car il était établi qu'elle était la cause naturelle des lombosciatalgies déficitaires du membre inférieur gauche dont elle se plaignait depuis le 18 mars 2005 dans la mesure où elle n'avait jamais présenté de tels troubles auparavant et qu'aucune autre hypothèse à ses douleurs n'avait jamais été avancée par quiconque. En outre, elle a allégué que l'existence d'un facteur causal

somatique combiné à des facteurs psychiques conduisait à une diminution du seuil de tolérance à la douleur et que l'intimé avait fait abstraction de ce diagnostic clair. Elle a exposé qu'elle avait satisfait à son obligation de réduire le dommage en se soumettant à d'innombrables traitements et examens médicaux. Elle a observé que l'expertise médicale était lacunaire en tant qu'elle n'avait pas étudié l'existence d'éventuels facteurs psychiques pouvant influencer physiquement la tolérance à la douleur et qu'elle n'avait pas procédé à une évaluation du diagnostic de fibromyalgie ou de troubles somatoformes douloureux. Elle a également reproché à l'expert de s'être borné à affirmer qu'elle ne souffrait pas de dépression ce qui était insuffisant au vu de la complexité de la médecine. Elle a estimé que, contrairement aux conclusions des experts, les divers autres rapports médicaux établissaient qu'elle se trouvait en incapacité totale d'exercer son activité habituelle. Elle a produit divers rapports médicaux. Par ordonnance du 22 août 2007, le Tribunal a transmis à l'intimé l'écriture de la recourante et son chargé de pièces, l'a invité à se déterminer sur lesdites pièces et a ordonné une comparution des mandataires. Lors de l'audience du 16 octobre 2007, une expertise médicale conduite par un médecin anesthésiste, portant sur les conséquences théoriques possibles d'une péridurale d'une part, et sur l'examen concret de ces possibilités d'autre part, a été ordonnée. Les parties se sont mises d'accord sur le nom de l'expert, et on indiqua ne pas avoir de question particulière. L'ordonnance d'expertise a été adressée le 26 octobre 2007 au Dr S \_\_\_\_\_, anesthésiste à l'hôpital de Morges. Dans son rapport d'expertise du 1er juillet 2008, l'expert procède tout d'abord à l'anamnèse, puis mentionne les données subjectives. Il expose ensuite les conséquences possibles d'une anesthésie péridurale, à savoir une complication traumatique, une complication infectieuse, une complication toxique, et une complication fonctionnelle. En réponse aux questions il confirme qu'objectivement la recourante présente une incapacité fonctionnelle importante. Il estime vraisemblable qu'une lésion de la racine L5 ait contribué aux douleurs, mais l'importance de la lésion est modeste, son étendue limitée et son évolution objective favorable. Ainsi, l'atteinte neurologique documentée ne permet pas d'expliquer l'ensemble des douleurs et des atteintes fonctionnelles. Il a par ailleurs exclu une complication infectieuse, une complication toxique ainsi qu'une complication fonctionnelle. La douleur est un facteur limitant majeur de la capacité de travail, mais les symptômes sont en l'occurrence d'origine multifactorielle et la contribution de la neuropathie n'est que partielle. Il est probable que la patiente a été en incapacité de travailler depuis le 18 mars [2005] dans l'activité de nettoyage, mais l'expert ne répond pas à la question de savoir quelle activité lucrative adaptée serait exigible d'elle. Il dit la recourante accessible à une réadaptation professionnelle adaptée, en précisant qu'elle a suivi une formation professionnelle de niveau universitaire en Bolivie, et qu'elle souhaiterait bénéficier d'une formation lui permettant d'effectuer un travail de bureau. Une approche multidisciplinaire du traitement de la douleur est nécessaire à l'amélioration de la capacité de travail. Considérée isolément, l'atteinte neurologique a un pronostic spontanément favorable. Les douleurs de la recourante ne peuvent être mises en doute et les limitations fonctionnelles sont importantes, bien qu'elle ait pu voyager sans trop de difficultés. Par ordonnance du 4 juillet 2008, le Tribunal a communiqué le rapport d'expertise aux parties, et leur a fixé un délai au 15 août 2008 pour leur détermination. Par écriture du 15 août 2008, la recourante persiste dans ses conclusions. Elle considère qu'il convient de suivre l'expert, qui retient une incapacité fonctionnelle importante, se manifestant par un déficit moteur majeur et des douleurs invalidantes. Des troubles dégénératifs expliquent les douleurs aux changements de position et à l'effort. Les douleurs limitent fortement la capacité de travail, et la recourante est

probablement incapable de travailler depuis le 18 mars 2005, l'activité de nettoyage n'étant pas compatible avec les douleurs. Une réadaptation professionnelle est possible, or elle n'a pas été examinée par l'OCAI. Ainsi les conclusions de l'expert contredisent celles de la précédente expertise du CEMED. Par écriture du même jour, l'OCAI conclut au rejet du recours, et se réfère à l'avis du SMR du 16 juillet 2008. Selon celui-ci, la recourante présente un tableau de douleurs chroniques, tel que l'a retenu l'expert, dans lequel la lésion de la racine L5 ne joue que peu de rôle, son évolution ayant été favorable. Après communication de ces écritures aux parties le 22 août 2008, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). La question litigieuse est de savoir si la recourante est incapable de travailler au sens de l'assurance invalidité, dans une mesure propre à lui ouvrir le droit aux prestations. Elle sollicite, plus précisément, l'octroi d'une rente entière d'invalidité, depuis le 19 mars 2005, subsidiairement l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.

a) On rappellera qu'aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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; ATF non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

b) Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (ATF 126 V 9 consid. 2b, 160 consid. 3a, 118 V 82 consid. 3a et les références). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI;

ATF 126 V 9 consid. 2b et les références). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Par ailleurs, conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. (ATF 124 V 269 consid. 4 et les références; VSI 2000 p. 300 consid. 4; RCC 1980 p. 252; ZAK 1980 p. 270). Ces mesures comprennent notamment, des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement). c) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. 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. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3). Par ailleurs, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les seules plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit en effet 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 et être reporté à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et ATFA du 30 novembre 2004, cause I 600/03). d) Enfin, s'agissant de l'appréciation des faits et des preuves on rappellera que le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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 351 consid. 3). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. De même, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En l'espèce, la recourante souffre de lombosciatalgies gauches et de troubles sensitivo-moteur globaux du membre inférieur gauche. Elle ne souffre pas de trouble psychique invalidant. Ces éléments ne sont pas contestés. La recourante est en totale incapacité de travail depuis le mois de mars 2005, pour ces raisons. Les premiers experts n'ont toutefois pas retenu d'incapacité totale de travail au sens de l'assurance invalidité, au motif que les douleurs n'étaient pas objectivées et que les troubles constatés objectivement n'expliquaient pas les douleurs de la recourante. La recourante conteste les conclusions de cette expertise, qui a cependant une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence susmentionnée. Il convient de rappeler ici qu'une expertise judiciaire a été diligentée non pas en raison de l'absence de force probante de la première expertise, mais en raison du fait qu'il subsistait un doute sur l'origine des douleurs, qu'il convenait d'écarter en mandatant un expert en anesthésie. L'expert judiciaire a exclu que la recourante souffre d'une conséquence de la périurale, à l'exception d'une lésion modérée de la racine L5, qui a évolué favorablement. Il mentionne, certes, la totale incapacité de travail, et relève la véracité des douleurs alléguées ainsi que l'importance des limitations fonctionnelles. Il n'en découle toutefois pas, au contraire de ce qu'indique la recourante, qu'une pleine incapacité de travail de nature à générer un droit à une rente entière d'invalidité puisse être retenue. L'expert a en effet retenu une origine multifactorielle aux douleurs, y compris des éléments psychosociaux, déjà constatés par les HUG. Il a également mentionné expressément que l'incapacité de travail était relative au métier de nettoyeuse. On peut sans autre le suivre, au vu des diagnostics susmentionnés, et des limitations fonctionnelles retenues, et exposées d'ailleurs par la recourante elle-même dans le cadre de la première expertise. L'expert judiciaire n'a toutefois pas indiqué dans quelle autre activité la recourante pourrait travailler. Cela étant, il apparaît qu'une activité légère, permettant d'alterner les positions, est exigible de la recourante. Au vu des activités exercées précédemment par la recourante, et des salaires ainsi obtenus, il apparaît qu'une comparaison des revenus ne s'impose pas car les postes correspondant aux limitations susmentionnées ne sont pas moins bien rémunérés que les activités exercées précédemment, bien au contraire. En outre, ces activités sont possibles sans réadaptation professionnelle au sens strict. Certes, le souhait de la recourante de se reconverter dans une activité de bureau est louable. Elle ne peut toutefois obtenir la mise à niveau nécessaire par le biais de l'assurance invalidité, mais bien plutôt par celui de l'assurance-chômage. Elle pourrait, cela étant, solliciter de l'assurance invalidité d'être mise au bénéfice d'une aide au placement (sens large), de façon à bénéficier de conseils et de

soutien pour trouver un emploi adapté. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut être que rejeté. Il sera en revanche renoncé à la perception d'un émolument. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :  
Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à la perception de l'émolument. 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 Brigitte BABEL La présidente Isabelle DUBOIS Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.