REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3085/2007 **ATAS/108/2008**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 30 janvier 2008

En la cause

Madame D_____, domiciliée à THONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître de WECK Dominique	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine KOEPPEL et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame D_____, mariée et mère de deux enfants, a présenté le 12 novembre 2004 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), tendant à l'octroi de mesures de reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente. Elle alléguait souffrir de douleurs au dos, aux mains et aux épaules présentes depuis 1997, la situation s'étant péjorée à partir de 2002. Elle avait travaillé en dernier lieu comme employée d'entretien pour deux entreprises de nettoyage et s'était annoncée au chômage le 25 octobre 2002.

2. A la demande de l'OCAI, la société X_____ SA, a déclaré, en date du 24 mars 2005, qu'elle avait employé l'assurée pour des activités de nettoyage du 1er avril 1996 jusqu'au 19 juillet 2003, à raison de 5 heures ½ par jour pendant cinq jours et demie par semaine, pour un salaire de 17 fr. 05 de l'heure (+ 8.33%). Le dernier jour de travail effectif avait été le 19 octobre 2002, l'assurée ayant été en arrêt de travail à 100% jusqu'au terme des rapports de travail. Par ailleurs, du 14 janvier au 26 juin 2002, l'assurée avait été en arrêt maladie et du 26 juin 2002 au 16 octobre 2002 en congé maternité. Selon l'attestation à l'intention de l'assurance-chômage jointe au questionnaire pour l'employeur, l'assurée avait réalisé en 2001 un salaire annuel de 23'025 fr. pour le compte de X_____ SA.

3. La société Y_____ SA a déclaré en date du 19 août 2005 que l'assurée avait travaillé en tant qu'employée d'entretien du 1er octobre 1998 au 30 août 2002, à raison de 20 heures par semaine, pour un salaire horaire de 17 fr. 85. Le dernier jour de travail effectif avait été le 14 janvier 2002, l'assurée ayant été en incapacité de travail à 100% à partir de cette date. Selon le décompte de salaire annexé au questionnaire pour l'employeur, l'assurée avait réalisé en 2001 un salaire annuel de 16'055 fr. 60.

4. Selon les documents de l'assurance-chômage, reçus par l'OCAI les 13 janvier et 23 août 2005, un délai-cadre d'indemnisation avait été ouvert en faveur de l'assurée le 25 octobre 2002, qui avait ensuite présenté une incapacité de travail pour cause de maladie à partir du 29 octobre 2003 et avait ainsi bénéficié des indemnités journalières versées par les prestations cantonales en cas de maladie jusqu'au 1er octobre 2004. Elle s'était ensuite réinscrite au chômage en vue de bénéficier d'un nouveau délai-cadre d'indemnisation depuis le 25 octobre 2004, en déclarant dans sa demande qu'elle était disposée à travailler à plein temps mais qu'elle était toujours en arrêt maladie. Elle avait ainsi été déclarée inapte au placement dès le 26 octobre 2004 par l'assurance-chômage.

5. Le Dr L_____, spécialiste FMH en rhumatologie - médecine interne et médecin traitant, a exposé dans son rapport à l'OCAI du 29 décembre 2005 que sa patiente, qu'il suivait depuis le 25 novembre 2002, se plaignait essentiellement de douleurs dans la région cervicale, des épaules, des coudes, des poignets et des

pieds, apparues en 1997 et qui s'étaient intensifiées à partir d'octobre 2002. Saisir et couper des objets lui étaient difficiles et elle était victime de lâchages ainsi que de paresthésies des mains par intermittence. L'assurée avait subi une cure du tunnel carpien droit par voie endoscopique le 1er décembre 1998, ainsi qu'une neurolyse du nerf médian par voie ouverte à gauche le 9 décembre 2003 et à droite le 29 juin 2004 (Dr M_____). Au titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, le médecin traitant signalait un état inflammatoire persistant avec plaintes musculosquelettiques depuis au moins 2002, un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgique depuis l'été 2003, un trouble fonctionnel douloureux costo-vertébro-transversaire D7 à D9 à gauche, un syndrome du tunnel carpien bilatéral depuis 1998, des cervicalgies, une hypotonie, un excès pondéral et une thymie dépressive. Du 30 mai au 6 juin 2003, l'assurée avait séjourné dans la division de rhumatologie de l'Hôpital cantonal, le diagnostic de fibromyalgie ayant été posé à cette occasion. Selon le médecin traitant, le pronostic était conditionné par l'évolution du syndrome douloureux, qui ne constituait pas une évolution normale après cure du canal carpien. Il attestait une incapacité de travail entière, de durée indéterminée, depuis le 29 octobre 2003, mais il estimait que le retour à une activité d'employée d'entretien devait être possible dans un délai de six à douze mois, d'abord à temps partiel et en évitant les travaux lourds, ce laps de temps étant nécessaire pour que l'empreinte de la douleur s'atténue.

6. Dans un avis médical du 21 août 2006, le Dr N_____, du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a préconisé la mise en place d'une expertise rhumatologique, afin de déterminer les éventuelles limitations fonctionnelles et les capacités de travail résiduelles, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

7. Le Dr O_____, spécialiste FMH en rhumatologie - médecine interne, a examiné l'assurée le 17 octobre 2006 à la demande de l'OCAI. Selon son rapport d'expertise daté du 23 octobre 2006, l'assuré souffrait de fibromyalgie (18/18 points) et de rachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, ces deux affections ayant des répercussions sur la capacité de travail. Quant aux douleurs aux poignets, l'assurée avait été opérée d'un syndrome du tunnel carpien, dans un premier temps par voie endoscopique à droite en 1998, puis par voie ouverte, à gauche en 2003 et à droite en 2004, sans amélioration subjective de la douleur. Toutefois, le status postopératoire du tunnel carpien ne paraissait pas constituer un élément invalidant, l'examen électro-neuromyographique du 11 janvier 2005 n'ayant pas montré d'anomalies, à l'exception d'un ralentissement modéré de la conduction des fibres sensitives des deux nerfs médians nettement moins marqué que celui constaté en octobre 2003 et probablement séquellaire. Il n'y avait pas non plus de signes d'algoneurodystrophie. Le bilan radiologique était rassurant et l'ensemble des éléments objectifs ne permettait pas, à eux seuls, d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout l'impotence

fonctionnelle tant au niveau privé que professionnel dont se plaignait l'assurée. Elle souffrait d'un possible syndrome anxio-dépressif. Sur le plan thérapeutique, l'expert préconisait une prise en charge physiothérapeutique et l'introduction d'une médication antidépressive dans le but d'améliorer le seuil de tolérance à la douleur. Du point de vue rhumatologique, l'assurée présentait une capacité de travail de 60% dans l'ancienne activité d'employée d'entretien, qui était censée passer à 80%, voire plus, après trois mois de traitements physiothérapeutique et psychothérapeutique. Dans une activité adaptée, en limitant les longs trajets, les mouvements d'antéversion, les ports de charges de plus de 10kg et les mouvements en porte-à-faux, la capacité de travail était entière, les limitations étant essentiellement imputables au vécu douloureux chronique et à la fibromyalgie. Dans l'activité ménagère, la capacité de travail était de 80%. Selon l'expert, depuis octobre 2004, soit trois mois après l'opération du poignet droit, la capacité de travail pouvait être évaluée à 50% et en janvier 2005 à 80% voire 100%.

8. Après avoir pris connaissance de l'expertise rhumatologique, le SMR a fait procéder à un examen psychiatrique de l'assurée, en date du 5 avril 2007. Le Dr P_____, psychiatre au SMR, a exposé dans son rapport du 26 avril 2007 que l'assurée ne décrivait pas de troubles psychiques, nonobstant ses difficultés somatiques. Elle n'avait jamais fait de demande de soins psychiatriques, en dehors de sa participation aux groupes de thérapie cognitivo-comportementale pour la douleur. A l'anamnèse, elle ne présentait aucune maladie psychiatrique ou trouble de la personnalité et l'examen psychiatrique ne permettait pas de constater une symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse. Quant à l'état de fatigue dont se plaignait l'assurée, il faisait partie du syndrome fibromyalgique. En conclusion, la capacité de travail de l'assurée sur le plan psychiatrique était entière.

9. Le 7 mai 2007, le Dr Q_____ du SMR a retenu comme atteinte principale à la santé un syndrome du tunnel carpien des deux côtés, opéré à gauche le 9 décembre 2003, après récidive de l'opération de 1998, et à droite le 29 juin 2004. Elle avait ainsi présenté une incapacité de travail entière, d'un peu plus de six mois, en relation avec l'opération du mois de décembre 2003 et des complications qui en avaient suivi. Après l'opération du côté droit le 29 juin 2004, et en l'absence de complications, on ne pouvait justifier une incapacité de travail au-delà de trois mois. Ainsi, dès le 1er octobre 2004, l'assurée présentait une capacité de travail entière aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, dans la mesure où le diagnostic de fibromyalgie ne permettait pas de justifier une diminution prolongée de la capacité de travail, l'assurée ne souffrant d'aucune pathologie psychiatrique reconnue comme invalidante.

10. Par projets de décision datés du 16 mai 2007, l'OCAI a fait savoir qu'il entendait rejeter aussi bien la demande de mesures professionnelles que celle d'une rente, au motif que la seule atteinte à la santé reconnue comme invalidante, à savoir le

syndrome du tunnel carpien bilatéral, était à l'origine d'une incapacité de travail d'une durée inférieure au délai d'attente d'une année.

11. En date du 18 juin 2007, l'assurée, représentée par Me Dominique de WECK, avocat, a fait savoir qu'elle contestait la position du SMR niant tout caractère invalidant aux maux dont elle souffrait. Elle avait été opérée aux deux mains et elle souffrait de fibromyalgie. Un nouvel examen médical paraissait en tout état nécessaire.

12. Par décisions séparées datées du 20 juin 2007, l'OCAI a rejeté les arguments de l'assurée et a confirmé les projets de décision du 16 mai 2007 refusant toute prestation. Il ressortait en effet du rapport d'expertise du Dr O_____ que la recourante ne présentait aucune affection rhumatismale inflammatoire ou dégénérative, la capacité de travail étant entière au plan somatique. Quant à la suspicion d'état dépressif évoquée par l'expert, elle avait été écartée par le psychiatre du SMR et la fibromyalgie n'était pas invalidante. Enfin, l'incapacité de travail en lien avec la pathologie du tunnel carpien bilatéral avait été d'une durée inférieure à une année. Dans ces conditions, un nouvel examen médical n'était pas nécessaire.

13. Par acte mis à la poste le 13 août 2007, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre ces deux décisions en concluant principalement à leur annulation et à l'octroi d'une rente entière ainsi qu'à des mesures de reclassement dans une nouvelle profession. Selon elle, le rapport du Dr O_____ était lacunaire s'agissant de l'état fonctionnel des membres supérieurs. Par ailleurs, les conclusions de l'expert étaient en nette contradiction avec l'appréciation médicale du médecin traitant, raison pour laquelle il convenait d'entendre ce dernier voire de mettre en place une contre-expertise. A l'appui de son recours, elle produisait, notamment, un courrier de la Dresse R_____, responsable du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, adressé le 11 mars 2005 au chirurgien ayant opéré les deux mains, selon lequel l'assurée présentait des douleurs musculaires et articulaires diffuses des deux membres supérieurs ainsi que de la région cervicale et lombaire dans le cadre d'une fibromyalgie diagnostiquée en 2003. Les douleurs des deux mains avaient le même caractère que les autres douleurs et étaient très probablement à mettre en relation avec la fibromyalgie, l'ENMG de janvier 2005 ayant montré une bonne récupération des deux nerfs médians. L'administration d'un antidépresseur pour élever le seuil de la douleur était préconisée.

14. Dans sa réponse du 17 septembre 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours. En premier lieu, la fibromyalgie dont souffrait l'assurée n'était en l'espèce pas invalidante. En effet, au regard également du rapport psychiatrique du Dr P_____, la recourante ne présentait aucune comorbidité psychiatrique et elle ne réunissait pas plusieurs des critères jurisprudentiels. De plus, l'appréciation

médicale du Dr O_____ méritait d'être suivie, son rapport ayant pleine valeur probante. Par conséquent, il n'était pas nécessaire de procéder à un examen médical supplémentaire.

15. En date du 5 octobre 2007, la recourante a communiqué au Tribunal de céans un courrier de la Dresse R_____ au Dr L_____ du 13 septembre 2007, duquel il ressortait que la recourante avait exprimé le souhait de participer à la thérapie cognitivo-comportementale de groupe qui s'était déroulée de décembre 2005 à février 2006. Elle avait pris part à deux séances sur les huit programmées, ce qui ne lui avait pas permis de développer des techniques personnelles de gestion de la douleur. Elle avait aussi été incluse dans une étude clinique du 16 octobre 2006 jusqu'au 16 avril 2007, testant l'effet du milnacipran versus placebo chez les patients souffrant de fibromyalgie. La recourante ayant réagi favorablement à l'essai clinique, la Dresse R_____ suggérait l'administration d'un médicament similaire à celui testé pour soulager la douleur.

16. Une copie de la correspondance de la recourante a été communiquée à l'intimé pour information en date du 10 octobre 2007. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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.

2. a) La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. De jurisprudence constante, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445). Ainsi, le droit éventuel à une rente d'invalidité, qui prendrait naissance au plus tôt en octobre 2004 (l'incapacité de travail significative ayant débuté le 29 octobre 2003), est-il régi par la LPGA, et par les dispositions de la LAI postérieures au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse du 20 juin 2007 (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4), soit notamment les nouvelles dispositions légales entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (5ème révision de la LAI). Cela étant, on relèvera que les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de

l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343); il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

b) Enfin, le 1er juillet 2006 sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 13 août 2007 contre les décisions de l'OCAI du 20 juin 2007 est recevable (art. 56 ss LPGA), compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

4. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et susceptibles d'ouvrir le droit 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 et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée 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 mesure de réadaptation exigible. 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) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa version en vigueur depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente pour un taux d'invalidité de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, à trois-quarts de rente pour un taux de 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

c) Ainsi, 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 353 consid. 3b/bb).

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

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

7. a) 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 toutefois 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).

b) En ce qui concerne tout particulièrement la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, le Tribunal fédéral a posé certains principes (ATF 132 V 65). Il a jugé que les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux présentaient des points communs, en ce que leurs manifestations cliniques étaient pour l'essentiel similaires et qu'il n'existait pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rendait la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne pouvait pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseignait pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution, ou le pronostic qu'on pouvait poser dans un cas concret. Il a été déduit de ces caractéristiques communes qu'en l'état actuel des connaissances, il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie.

c) Aussi, convenait-il, également en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 131 V 50). Comme en matière de troubles somatoformes douloureux, il y avait toutefois lieu de reconnaître l'existence de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Ces critères permettant de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie étaient les suivants: la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformément aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il y avait également lieu de tenir compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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). 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 Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Enfin, à l'instar de ce qui était le cas pour les troubles somatoformes douloureux, il convenait de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissaient insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65, précité, consid. 4.2.1 et 4.2.2).

d) Le Tribunal fédéral a estimé que quand bien même le diagnostic de fibromyalgie était d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convenait ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, ce d'autant plus que les facteurs psychosomatiques avaient, selon l'opinion médicale dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de

sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

8. a) En l'espèce, il ressort de l'expertise rhumatologique du Dr O_____, du 23 octobre 2006, que la recourante présente des polyarthralgies sans signe de synovite ou de ténosynovite, dans un contexte de fibromyalgie (dix-huit points de fibromyalgie sur dix-huit) avec nette diminution du seuil de tolérance à la douleur et des rachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Le bilan radiologique est rassurant et il n'y a pas de trouble dégénératif ou de signe pouvant évoquer une maladie inflammatoire sous-jacente ou une algoneuro-dystrophie. L'ensemble des éléments objectifs ne permet ainsi pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout l'impotence fonctionnelle. S'agissant tout particulièrement des douleurs aux poignets, elles apparaissent aussi s'insérer dans un contexte fibromyalgique, les deux opérations chirurgicales effectuées respectivement en décembre 2003 et en juin 2004 ayant objectivement réussi et le bilan neurologique effectué en janvier 2005 (Dr S_____ des HUG) ayant été positif. Du point de vue thérapeutique, en plus de la prise en charge physiothérapeutique, une médication antidépressive serait susceptible d'améliorer le seuil de tolérance à la douleur.

   c) Au plan psychiatrique, le rapport du Dr P_____, psychiatre au SMR, qui revêt pleine valeur probante au sens de la jurisprudence évoquée ci-dessus, exclut la présence d'une quelconque affection psychiatrique invalidante. Ce praticien n'a observé aucun trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire d'évocation, ni aucun trouble du cours de la pensée ou du contenu. Il a constaté une tristesse réactionnelle aux difficultés somatiques, mais sans idées noires ou suicidaires, et un intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités agréables conservés. Aucune maladie psychiatrique ni trouble de la personnalité ne sont ressortis à l'anamnèse et l'examen psychiatrique n'a permis de constater aucune symptomatologie psychotique, dépressive ou anxieuse. L'état de fatigue ainsi que les troubles du sommeil en relation avec les douleurs rapportés par l'assurée font partie, selon l'expert, du syndrome fibromyalgique.

9. a) De la documentation médicale précitée, il ressort que les différents médecins consultés ne sont pas parvenus à mettre en évidence une atteinte objectivable à la santé qui revête une certaine importance et soit susceptible d'expliquer les plaintes de l'assurée. Sur le plan somatique, le Dr O_____ affirme que les limitations fonctionnelles observées sont selon lui essentiellement imputables au vécu douloureux chronique et à la fibromyalgie. Cette appréciation rejoint celles des rhumatologues des HUG, qui ont diagnostiqué en premiers une fibromyalgie en

2003, les examens effectués lors d'une hospitalisation de plusieurs jours, notamment les bilans radiologique, sanguin et cardiologique, s'étant révélés normaux, et la présence d'un rhumatisme inflammatoire ou d'autres affections ayant été écartée. Elle concorde avec l'évaluation de la Dresse R_____ du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG (rapport du 11 mars 2005, p. 2) qui considère que les douleurs aux mains ont le même caractère que les autres douleurs et sont très probablement à mettre en relation avec la fibromyalgie. Par ailleurs, le Tribunal de céans constate que même si le Dr L_____, médecin-traitant, évoque, dans son rapport à l'OCAI du 29 décembre 2005, toute une série de diagnostics (état inflammatoire persistant, syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, trouble fonctionnel douloureux costo-vertébro-transversaire, cervicalgies, thymie dépressive, syndrome du tunnel carpien, hypotonie, excès pondéral) ayant selon lui des répercussions sur la capacité de travail, il ne fait pas pour autant état d'un trouble somatique objectif significatif. Il admet d'ailleurs que l'évolution du syndrome douloureux après cure du tunnel carpien n'était pas normale et qu'objectivement, il était difficile d'identifier la cause du syndrome douloureux.

b) En l'occurrence, ni l'existence d'un substrat organique permettant d'expliquer l'ensemble des plaintes de la recourante, ni la présence de troubles psychiques avérés ayant valeur de maladie (ou d'indices justifiant la mise en œuvre d'investigations supplémentaires sur cette question) n'a été rendu vraisemblable. En effet, le Dr P_____ a exclu la présence d'une quelconque affection psychique invalidante. En particulier, le psychiatre a exclu le diagnostic de dépression, évoqué par le rhumatologue traitant (« thymie dépressive ») et par le Dr O_____ (« possible syndrome anxio-dépressif »). On ajoutera, au besoin, que selon la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, applicable par analogie lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (supra, consid. 6c), les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit., p. 81, note 135), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF non publié du 5 octobre 2006, I 582/05 ; ATF non publié du 20 avril 2006, I 805/04; voir également FAUCHERE, A propos de l'article de Jean PIRROTTA «Les troubles somatoformes douloureux du point de vue de l'assurance-invalidité», in SZS/RSAS 2006 p. 135).

c) Par ailleurs, on ne voit pas que la recourante réunisse en sa personne les critères jurisprudentiels susceptibles de fonder un pronostic défavorable quant à l'exigibilité, au plan psychique, d'une reprise de l'activité professionnelle. Certes y a-t-il lieu de tenir pour établie l'existence d'affections corporelles chroniques dès lors qu'à la date déterminante, l'assurée souffrait depuis plusieurs années de polyarthralgies et de rachialgies diffuses chroniques (rapport du Dr O_____, p.

12). Cependant, cette symptomatologie ne l'empêche pas d'accomplir les activités ménagères légères (rapport du Dr O_____, p. 6 ; rapport du Dr P_____, p. 3). En outre, elle bénéficie d'une vie de famille harmonieuse (rapport du Dr P_____, p. 3). Elle sort quotidiennement pour accompagner sa fille à l'école ou effectuer notamment des courses (rapport du Dr O_____, p. 6 ; rapport du Dr P_____, p. 3). Elle rencontre des copines pour un café une fois par mois. L'assurée n'a donc à l'évidence pas épuisé toutes ses ressources adaptatives et elle ne subit pas de perte d'intégration sociale. De plus, elle n'a jamais consulté sur le plan psychiatrique (rapport du Dr P_____, p. 2), à l'exception de quelques séances de thérapie cognitivo-comportamentale de groupe pour la douleur. Il n'y a par conséquent pas lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art.

10. a) On conclura ainsi que, sur le plan psychiatrique, la fibromyalgie ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail de la recourante puisse être raisonnablement exigée d'elle. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail.

b) Au plan somatique, le Dr O_____ a fait état d'une capacité de travail de 60% dans l'ancienne activité de nettoyeuse, pouvant rapidement passer à 80% voire plus, une fois introduite la prise en charge psychothérapeutique médicamenteuse et à la condition que le traitement physiothérapeutique fut poursuivi. Ce même médecin a aussi indiqué qu'à partir de janvier 2005, l'activité professionnelle antérieure, voire une activité adaptée, était raisonnablement exigible à 90% ou même 100%. Quant au Dr L_____, il a estimé nulle la capacité de travail de l'assurée dans son ancienne activité. Il a toutefois précisé qu'après une période de six à douze mois, nécessaire à la normalisation sous traitement, afin que l'empreinte de la douleur s'atténue, le retour à l'activité d'employée de nettoyage devait être possible, d'abord à temps partiel et en évitant les travaux lourds.

c) A l'instar des médecins du SMR, il y a lieu d'observer que les appréciations de ces deux médecins s'agissant des répercussions des affections dont souffre la recourante sur sa capacité de travail semblent avant tout reposer sur des considérations de nature psychique, en relation avec le seuil subjectif de la douleur et la fibromyalgie. Il en va de même des limitations fonctionnelles décrites, qui sont selon l'expert « essentiellement imputables au vécu douloureux chronique et à la fibromyalgie ». Par ailleurs, il y a lieu de constater que les douleurs aux deux poignets sont de même nature que les autres douleurs et s'insèrent dans le cadre de la fibromyalgie, comme le relève la Dresse R_____ dans son rapport du 11 mars 2005, en se référant à l'examen neurologique de janvier 2005 qui « objective une bonne récupération des deux nerfs médians », ainsi que le Dr O_____.

Partant, c'est à juste titre que le SMR a considéré qu'après une période de récupération d'au maximum trois mois après la deuxième opération du poignet droit le 29 juin 2004, soit dès octobre 2004, l'affection au poignet n'est plus susceptible de constituer un diagnostic séparé pouvant justifier une incapacité de travail de longue durée.

d) En tant qu'aucun caractère invalidant ne peut être reconnu à la symptomatologie douloureuse, il apparaît que la recourante dispose bien d'une capacité de travail entière dans son ancienne activité d'employée d'entretien comme le soutiennent les médecins du SMR. Cette question peut toutefois demeurer ouverte, dès lors qu'elle présente, en tout état de cause, une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr O_____ (éviter les longs trajets, les mouvements en porte-à-faux, les mouvements d'antéversion et les ports de charges de plus de 10 kg). Dans ces conditions, d'autres investigations médicales ne sont en l'espèce pas nécessaires. En particulier, la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire ne se justifie pas, compte tenu des rapports établis par les différents médecins ayant examiné la recourante jusqu'en 2006 et du caractère manifeste de la fibromyalgie ainsi que des aspects psychiques prédominants de cette affection. De même, des investigations complémentaires concernant les membres supérieurs ne s'avèrent pas nécessaires, la recourante ayant fait l'objet de nombreux examens, notamment neurologiques, postérieurement à ses opérations aux poignets.

11. a) Il reste à évaluer le taux d'invalidité de la recourante.

b) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATF 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 2a et 2b).

c) La méthode de comparaison des revenus est applicable dans le cas particulier, dès lors qu'il apparaît - au degré de vraisemblance requis - que la recourante aurait continué à exercer une activité lucrative à plein temps si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. En effet, avant la survenance des affections de nature fibromyalgique, la recourante travaillait à raison de 20 heures par semaine pour la société Y_____ SA et à raison de 26 h 25 par semaine pour la société X_____ SA, soit à temps complet. Il apparaît d'ailleurs que lors de son

inscription au chômage le 4 novembre 2004, la recourante a déclaré qu'elle était disposée à travailler à plein temps.

d) Pour procéder à la comparaison des revenus selon l'art. 28 al. 2 LAI et 16 LPGA, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité, soit au plus tôt en 2004, à savoir une année après le début de l'incapacité de travail significative (qui a débuté le 29 octobre 2003; art. 29 al. 1 let. b LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte, dans la mesure où elles sont susceptibles d'influencer le droit à la rente.

e) S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort des deux questionnaires d'employeur que la recourante a réalisé en 2001 un salaire annuel de 23'025 fr. auprès de X_____ SA et de 16'055 fr. 60 auprès de Y_____ SA, soit au total un revenu de 39'080 fr. 60 qui, indexé à l'évolution des salaires jusqu'en 2004 (+ 2.3% en 2002, + 1.7% en 2003 et + 1.1% en 2004) se monte à 41'106 fr. 35.

e) En ce qui concerne le revenu d'invalide, compte tenu de l'activité adaptée de substitution que pourrait exercer la recourante, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé toutes branches économiques confondues, qui s'élevait en 2004, à 3'893 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, [ESS], TA1). Annualisé, le salaire est de 46'716 fr. 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 en 2004 (41.6 heures: Office fédéral de la statistique, Statistique de la durée normale de travail dans les entreprises [DNT]), ce montant doit être porté à 48'584 fr.60. En procédant à un abattement de 10 % sur ce salaire statistique (ATF 126 V 78 consid. 5), ce qui constitue un maximum pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée, on obtient un revenu d'invalide de 43'726 fr.

f) Le revenu d'invalide étant supérieur à celui obtenu sans invalidité, force est de constater que la recourante n'a droit à aucune prestation de l'assurance-invalidité.

12. Le recours doit ainsi être rejeté. Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

La secrétaire-juriste :

Verena PEDRAZZINI
RIZZI

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