RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4069/2005 **ATAS/422/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 26 avril 2006

En la cause

Madame B_____, domiciliée GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître VOUILLOZ Daniel	recourante

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Mmes Karine STECK et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Madame B_____, née le 1960, de nationalité portugaise, est en Suisse depuis 1995, époque à laquelle elle était venue rejoindre le père de ses deux enfants, aujourd'hui majeurs.

2. Sans formation professionnelle, l'assurée a travaillé comme femme de ménage ou dans des activités de nettoyage, d'abord au Portugal, puis en Suisse. D'avril à décembre 1995, elle a exercé une activité à temps très partiel pour l'entreprise X_____ à Genève, son époux l'empêchant d'aller travailler davantage à l'extérieur.

3. La séparation de corps des époux a été prononcée le 21 janvier 1999 et l'assurée a repris, dès le 1er juillet 1999, une activité comme nettoyeuse à raison de 4 heures par jour, cinq jours par semaine, pour l'entreprise Y_____. Après le divorce, elle s'est remariée en octobre 2002 avec un compatriote.

4. Depuis le 28 septembre 2001, l'assurée est en incapacité de travail en raison notamment d'une épicondylite droite pour laquelle elle est prise en charge par le Docteur A_____, rhumatologue à Genève. En plus d'un status algique, l'assurée présente une évolution dépressive, avec deux tentamens, pour laquelle elle est suivie à la consultation psychiatrique ambulatoire des HUG.

5. Le 30 avril 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), visant à l'octroi d'une rente.

6. L'OCAI s'est procuré le dossier médical de la patiente auprès de SWICA Organisation de santé (ci-après SWICA), assureur perte de gain pour cause de maladie. SWICA est intervenu dès 2000 pour diverses incapacités de travail prescrites par les Docteurs B_____ et A_____, dues à une épicondylite.

7. Dans son rapport du 14 mai 2002 à l'OCAI, le Docteur A_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé les diagnostics de fibromyalgie, état dépressif et épicondylite droite chronique et indiqué que la patiente était en arrêt de travail à 100 % dès le 28 septembre 2001, pour une durée indéterminée. Il a exposé qu'il avait d'abord suivi la patiente pour une épicondylite droite, rebelle à tous les traitements. L'échographie a révélé des séquelles importantes et cette maladie rend, à elle seule, impossible son travail de nettoyeuse. A ce problème s'est ajouté un état dépressif lié à son divorce et au fait que son fils est toxicomane; l'état dépressif à entraîné de gros troubles du sommeil qui ont débouché sur une fibromyalgie. S'agissant des capacités professionnelles, le Docteur A_____ a indiqué que l'activité de nettoyeuse n'est plus possible et qu'il faudrait que la patiente puisse bénéficier d'un stage de réinsertion pour la tester.

8. Le Docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI en date du 25 mai 2002. Il a posé les diagnostics suivants, avec répercussions sur la capacité de travail : épicondylite du coude droit depuis début 2000, état dépressif, urticaire chronique, insuffisance veineuse chronique, syndrome post-thrombotique, opération varices saphènes bilatérales. Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils sont les suivants : ulcère gastrique, gastrite chronique, thrombopénie auto-immune primaire, splénectomie, thrombose partiellement occlusive de la veine cave inférieure, récidivante. Il a indiqué que l'incapacité de travail comme employée de nettoyage est de 100 % dès le 27 octobre 1994. Dans un rapport annexe, il a détaillé les différentes périodes d'incapacité de travail depuis 1994. Dans le questionnaire concernant la réinsertion professionnelle, le Docteur B_____ a déclaré que la capacité de travail pouvait être améliorée, en évitant les activités lourdes. La capacité de travail pour des activités légères, telles que vendeuse, caissière ou réceptionniste, était probablement conservée à raison de 4 heures par jour, en évitant les mouvements répétitifs des membres supérieurs, ce dès le 1er juillet 2002 au plus tôt..

9. Le Docteur B_____ a adressé un rapport intermédiaire à l'OCAI en date du 3 mars 2004, aux termes duquel l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire et qu'elle était sous traitement antalgique et antidépresseur.

10. L'OCAI a soumis le dossier de l'assurée au Service médical régional AI SMR LEMAN. Ce dernier, dans un avis du 14 avril 2004, a demandé un examen bi-disciplinaire au SMR, rhumatologique et psychiatrique.

11. Le SMR LEMAN a examiné l'assurée le 19 juillet 2004. Dans leur rapport du 21 juillet 2004, les médecins du SMR relèvent à l'anamnèse que l'assurée présente depuis 1998 des douleurs épicondyliennes du membre supérieur droit. En 2000, elle présente une exacerbation importante de la symptomatologie douloureuse et des limitations fonctionnelles pour lesquelles elle consulte le Docteur A_____. L'échographie du coude pratiquée le 11 janvier 2002 a confirmé la présence d'une épicondylite chronique, sans calcification visible ni autre lésion dans les différents segments de l'articulation. L'anamnèse psychosociale et psychiatrique révèle une enfance pauvre et un premier mariage marqué par des tensions et des violences, plus particulièrement durant la procédure de séparation où l'assurée doit demander la protection de la police. Son fils aîné, resté avec le père, présente d'importants problèmes de toxicomanie et est suivi dans un centre thérapeutique spécialisé. L'assurée présente ensuite une évolution dépressive et est sur le point d'entreprendre un traitement auprès d'un psychiatre privé. Au status psychiatrique, l'assurée ne présente pas de trouble du cours de la pensée ou d'autre signe de la lignée psychotique. La thymie est modérément dépressive, avec au premier plan, une anxiété, alimentée de préoccupations de type hypochondriaque. L'assurée souffre d'insomnies avec ruminations anxieuses et on note un retrait social relatif. Les

diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail retenus par le SMR LEMAN sont une épicondylite chronique du coude droit et un trouble dépressif et anxieux mixte, d'intensité actuelle moyenne, chez une personnalité émotionnellement labile à traits hypochondriaques et abandonniques. Les limitations fonctionnelles concernent uniquement le coude droit. Dans l'activité habituelle de nettoyeuse, l'incapacité de travail est de 100 % dès le 28 septembre 2001. Dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible est de 100 %. Les médecins admettent que les troubles psychiques présentés par l'assurée entraînent une diminution de rendement de l'ordre de 20 % dans une telle activité. Pour le surplus, ils estiment qu'il n'y a pas de contre-indication formelle à des mesures professionnelles.

12. L'assurée a été convoquée le 28 février 2005 par le service de réadaptation professionnelle de l'OCAI. Lors de cet entretien, elle a déclaré qu'elle devait être opérée prochainement d'une hernie, s'est plainte de douleurs, a dit qu'elle était d'accord de travailler, mais qu'elle se sentait incapable.

13. L'OCAI a demandé un rapport complémentaire au Docteur B_____. Dans son rapport du 7 mars 2005, ce dernier a mentionnée que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, en raison de l'état psychologique et des douleurs chroniques. La patiente était incapable d'exercer une activité lucrative.

14. La Division de réadaptation professionnelle a rendu son rapport le 24 mai 2005. Considérant l'assurée comme personne active à plein temps, il a procédé à la comparaison des revenus et établi le degré d'invalidité à 13,02 %.

15. Par décision du 11 août 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle ne présentait aucune perte de gain liée à son atteinte à la santé, de sorte qu'elle n'était pas invalide au sens de la loi.

16. L'assurée a formé opposition en date du 25 août 2005, alléguant que de l'avis de ses médecins traitants, elle n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle à 80 %. Elle a produit un certificat médical établi par le Docteur B_____ le 20 septembre 2005, ainsi qu'un avis de sortie de l'Unité d'urgences psychiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) datant du 19 septembre 2005, selon lequel la patiente souhaitait entamer un suivi psychiatrique et était adressée à la consultation de son secteur.

17. Par décision du 14 octobre 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée.

18. Représentée par Maître Daniel VOUILLOZ, l'assurée a interjeté recours le 21 novembre 2005. Elle conteste le calcul effectué par la Division de réadaptation professionnelle, notamment le délai de carence ainsi que la détermination du revenu d'invalide, et les conclusions du SMR quant à l'activité raisonnablement exigible. Elle conclut à l'octroi de trois-quarts de rente et, subsidiairement, demande le renvoi de la cause à l'OCAI pour complément d'instruction.

19. Dans sa réponse du 22 décembre 2005, l'OCAI conclut au rejet du recours. Il relève toutefois qu'il a considéré, à tort, la recourante comme une personne active, alors même que les pièces du dossier ne démontrent nullement que tel aurait été son statut. Toutefois, après rectification des données figurant sur son rapport du 24 mai 2005, l'OCAI déclare que, dans la meilleure des hypothèses pour l'assurée, seul un degré d'invalidité de 21,7 % ne peut lui être reconnu, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Quant aux mesures professionnelles, elle n'apparaissent pas indiquées, l'assurée ne les demandant pas, au vu de ses conclusions prises dans le cadre de son recours.

20. Par courrier du 27 janvier 2006, la recourante précise qu'elle est d'accord que son revenu annuel brut sans invalidité soit arrêté à 43'935 fr., tel qu'il résulte du calcul effectué par l'OCAI le 22 décembre 2005. Pour le surplus, elle persiste intégralement dans ses conclusions.

21. Les écritures de la recourante ont été communiquées à l'OCAI le 31 janvier 2006. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

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. Lorsque

toutefois l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer le principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement de bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Aussi le droit à une rente doit-il être examiné 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 433 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. La décision sur opposition du 14 octobre 2005 a été reçue par la recourante le 20 octobre, selon l'accusé de réception PostMail de Swiss Post. Le dernier jour du délai de recours étant arrivé à échéance le samedi 19 novembre 2005, il a été reporté au premier jour ouvrable qui suit, soit le lundi 21 novembre 2005 (cf. art. 38 al. 3 LPGA). En conséquence, le recours déposé dans les formes requises au greffe du Tribunal de céans le 21 novembre 2005 est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B LPA).

5. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

   L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature e sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

   Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier

2004, entrée en vigueur de la 4e révision AI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'est est invalide à 70% au moins.

A teneur de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme

rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

7. a) En l'espèce, il résulte du dossier médical de la recourante qu'elle souffre depuis juillet 2000 d'une épicondylite récidivante au niveau du coude droit, qui a été traitée par infiltrations, antalgiques, anti-inflammatoires et physiothérapie. A cette affection se sont ajoutées des douleurs et un état dépressif. Selon le Docteur A_____, rhumatologue et médecin traitant, la recourante est en incapacité de travail totale depuis le 28 septembre 2001 en raison d'une épicondylite droite chronique, d'une fibromyalgie et d'un état dépressif (cf. rapport du 14 mai 2002). Il a indiqué que l'épicondylite, rebelle à tous les traitements, justifiait, à elle seule, l'incapacité de travail dans l'activité de nettoyeuse. Il a proposé que la patiente soit soumise à un stage de réinsertion, afin que l'on puisse la tester.

   Le Docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie, avait examiné la recourante les 5 avril 2001 et 7 février 2002 à la demande de SWICA. Dans son premier rapport, il avait relevé qu'à l'examen clinique, il n'y avait pas de douleur à la palpation du niveau de l'épicondyle, ni sur la musculature épicondylienne. Il n'y avait pas non plus de limitation fonctionnelle au niveau des différentes articulations du membre supérieur droit. L'évolution semblait favorable sous traitement et il pensait que la patiente pourrait reprendre le travail à la fin du traitement, au plus tard fin avril 2001. Dans son second rapport du 21 février 2002, le Docteur C_____ notait dans ses constatations objectives la présence de signes évoquant un état dépressif. Au status local, le membre supérieur droit est eutrophique, sans cyanose, ni œdème. La mobilité de toutes les articulations - doigts, poignet, coude et épaule droits - est totale et indolore. Au niveau de la ceinture scapulo-humorale, il a relevé la présente de douleur au niveau du trapèze, ainsi qu'un point douloureux dans la région sous-acromiale antérieure. Selon lui, il s'agissait d'une épicondylite chronique du coude droit évoluant depuis près de deux ans avec échec de tous les traitements conservateurs. Un traitement chirurgical avait été évoqué par le Docteur A_____, mais dans le contexte psychosocial actuel, les chances de succès lui paraissaient faibles. Il concluait que l'incapacité de travail comme nettoyeuse était justifiée, compte tenu de l'épicondylite. Il était probable que la situation psychosociale jouait un rôle non négligeable dans l'évolution actuelle et le pronostic lui paraissait très réservé.

   Le Docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant, a indiqué que sa patiente souffrait de plusieurs affections ayant des répercussions sur la capacité de travail, notamment d'une épicondylite du coude droit depuis 2000, d'un état dépressif et d'un urticaire chronique depuis 1994, d'une insuffisance veineuse chronique et d'un syndrome port-thrombotique depuis 1996 et de status après opération des varices saphènes bilatérales depuis 1999. Selon le médecin traitant, l'incapacité de travail en tant que nettoyeuse était de 100 % dès le 27 octobre 1994 et toujours en cours. S'agissant des capacités professionnelles, il a

indiqué que sa patiente pouvait travailler en position assise 4 heures par jour, en position debout 2 heures par jour et garder même la position du corps pendant 2 heures. Elle devait en revanche éviter de lever, porter ou déplacer des charges ainsi que les mouvements répétitifs des membres ou du dos. Elle pouvait travailler dans une activité adaptée et non exposée au froid, telle que vendeuse, caissière ou réceptionniste, 4 heures par jour dès le 1er juillet 2002. Dans un rapport du 3 mars 2004, le Docteur B_____ a précisé que l'état de santé de sa patiente était demeuré stationnaire et qu'elle était sous traitement antalgique et antidépresseur.

b) Au vu du diagnostic de fibromyalgie et d'état dépressif, c'est à juste titre que l'OCAI a ordonné un examen bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

En effet, dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents 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 conformes 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 sera également tenu 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). Enfin, on conclura 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 résultent 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 demeurent 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 laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (arrêt S. précité, consid. 4.2.1 et 4.2.2).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion 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 (arrêt S. précité, consid. 4.3).

8. Le SMR LEMAN a procédé à l'examen clinique de la recourante, du point de vue rhumatologique et psychiatrique. La patiente se plaignait d'une exacerbation important de la symptomatologie douloureuse et des limitations fonctionnelles depuis 2000, liées à son épicondylite. Depuis 2002, elle présente des cervicalgies basses, se plaint de manque de force dans les bras et les jambes. Au status, il est noté que lors de l'habillage et du déshabillage, l'assurée exclut son membre supérieur droit de toute sollicitation, mais des incohérences sont relevées lorsqu'elle ne se sent pas observée. Sur le plan ostéo-articulaire, la palpation de épineuses du rachis cervical est décrite comme douloureuse, de même que le trigger du trapèze de l'épaule. Au status psychiatrique, la recourante est lucide, orientée et ne présente par de trouble du cours de la pensée ou d'autre signe de la lignée psychotique. La thymie est modérément dépressive avec, au premier plan, une anxiété, alimentée de préoccupations de type hypochondriaque. Elle souffre d'insomnies avec des

ruminations anxieuses. L'épicondylite chronique du coude droit et un trouble dépressif et anxieux mixte (F41.2), d'intensité actuelle moyenne, chez une personnalité émotionnellement labile à traits hypochondriaques et abandonniques ont été retenus comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail.

Dans leur appréciation consensuelle du cas, les médecins du SMR LEMAN ont relevé qu'à l'examen clinique, ils ont été frappés par une exclusion quasi complète du membre supérieur droit lors de l'habillage et le déshabillage; lors du testing analytique, les amplitudes articulaires et les épreuves de force sont fortement limitées en actif, alors qu'en passif, on obtient des amplitudes quasi complètes au prix d'une verbalisation douloureuse majeure. De même, des discordances et incohérences majeures ont été relevées entre l'anamnèse et l'examen clinique, face aux plaintes de l'assurée. Sur le plan strictement rhumatologique, seul a été retenu comme possiblement invalidant le diagnostic d'épicondylite droite chronique que le traitement conservateur n'a pas réussi à améliorer, les autres plaintes relevant plus de l'autolimitation que d'un réel empêchement ostéoarticulaire ou neurologique.

Du point de vue psychiatrique, un trouble dépressif et anxieux mixte est mis en évidence, avec des préoccupations hypochondriaques, actuellement d'intensité moyenne sous traitement lege artis d'antidépresseur. Il est rappelé que l'assurée a vécu une première union empreinte de tensions et de violence, avec une procédure judiciaire extrêmement pénible durant laquelle elle se verra menacée de mort par son mari. Le divorce a été prononcé en 2002. A cette même période, l'assurée est confrontée à l'agonie de sa mère ainsi qu'à la toxicomanie de son fils aîné, soigné dans un établissement spécialisé, et ira jusqu'à commettre deux tentamen.

Les limitations fonctionnelles sur le plan somatique concernent uniquement le coude droit, l'assurée devant éviter le port de charges de plus de 8 kg, les mouvements de flexion contrariée du carpe, ainsi que les mouvements de serrage et dévisage répétés. Les limitations fonctionnelles du point de vue psychique sont une diminution de l'élan vital, des insomnies, une anxiété alimentée de préoccupations hypochondriaques, une anhédonie et une aboulie modérées et un retrait social relatif. L'incapacité de travail dans l'activité de nettoyeuse est de 100 % depuis le 28 septembre 2001. Le SMR LEMAN conclut que dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100 %, avec une diminution de rendement de l'ordre de 20 %, en raison des troubles psychiques. Il n'y a au surplus aucune contre-indication formelle à des mesures professionnelles d'un point de vue psychiatrique.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le diagnostic de fibromyalgie n'a pas été confirmé par le SMR LEMAN. Pour le surplus, le Tribunal de céans constate que le rapport du SMR LEMAN remplit toutes les exigences de la jurisprudence pour se voir attribuer pleine valeur probante ; en effet, il comporte une anamnèse et une description de la situation médico-sociale détaillée, les médecins ont procédé à des examens complets, ils ont pris en compte les plaintes de

la recourante, enfin, l'appréciation médicale et les conclusions sont dûment motivées.

9. La recourante conteste les conclusions du SMR LEMAN, alléguant d'une part que son médecin traitant, le Docteur B_____, attestait en 2002 qu'elle ne pouvait exercer une activité adaptée qu'à 50 %, et que, d'autre part, son état de santé s'est aggravé, selon un rapport de son médecin traitant du 17 mars 2005, de sorte qu'elle est incapable d'exerce une quelconque activité.

Il sied de rappeler que selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

En l'occurrence, le Tribunal relève que les conclusions émises par le Docteur B_____ en 2002 sont en contradiction avec celles du SMR LEMAN; en effet, pour les mêmes atteintes à la santé, le médecin traitant retenait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Cette appréciation divergente du médecin traitant n'est cependant pas de nature à remettre en cause le rapport du SMR LEMAN dont les conclusions ont emporté la conviction du Tribunal de céans.

S'agissant de l'aggravation de l'état de santé alléguée par la recourante, il sied de relever que les affections somatiques mentionnée par le Docteur B_____ dans son rapport du 20 septembre 2005 sont déjà connues. Sur le plan psychique, il indique un état dépressif réactionnel sévère, traité par Efexor, sans plus de détails, pour lequel une prise en charge psychiatrique est prévue à la consultation des IUPG. Or, ainsi que le relève la Doctoresse D_____ du SMR dans un avis du 30 septembre 2005, le diagnostic posé par l'Unité d'urgences psychiatriques des HUG dans son avis de sortie du 19 septembre 2005, soit le code F32.1, correspond à un épisode dépressif moyen. Le moyen soulevé par la recourante s'avère ainsi mal fondé.

En conséquence, le Tribunal de céans retient que la recourante présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20 % en raison des troubles psychiques.

10. a) L'évaluation de l'invalidité chez les assurés actifs doit être déterminée sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b).

b) En vertu de l'art. 27bis al. 1 RAI, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 5 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI pour cette activité. 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 l'assuré est affecté dans les deux activités en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et les références, 104 V 136 consid. 2a).

. c) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 41 LAI), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 al. 2 et 3 LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). 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) Statut : détermine sur la base de e que l'assuré, en vonne santé, aurait fait.

En l'occurrence, la recourante n'a, certes, jamais travaillé à plein temps. Cependant, il convient de rappeler que son premier mari refusait de la laisser travailler à l'extérieur. Lorsque la séparation de corps a été prononcée le 21 janvier 1999, elle avait refusé toute contribution financière de la part de son mari, par crainte de représailles. Elle a été aidée par l'Hospice Général, qui l'a incitée à reprendre une activité professionnelle. A cette même époque, la recourante a connu divers problèmes de santé et familiaux (mort de sa mère, toxicomanie du fils aîné). Après le divorce, prononcé en 2002, la recourante s'est remariée en octobre 2002 avec un compatriote. Selon les pièces figurant au dossier, ce dernier réalise un revenu de 3'450 fr. par mois, la fille de la recourante effectuait un apprentissage et l'Hospice Général a accordé une aide financière dès le 1er octobre 2002.

En conséquence, l'on peut admettre, selon le degré de vraisemblance prépondérante, qu'en bonne santé, la recourante devrait travailler à plein temps, pour des raisons financières, de sorte qu'il convient d'évaluer son invalidité selon la méthode générale de la comparaison des revenus.

11. En ce qui concerne la comparaison des revenus, sont déterminants les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222; 128 V 174). En l'occurrence, c'est l'année 2002 qui est déterminante, dès lors que la recourante est en incapacité de travail totale depuis le 28 septembre 2001.

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

En l'occurrence, compte tenu de l'activité légère de substitution, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives tous secteurs confondus, à savoir 3'800 fr. par mois (ESS 2002, tableau TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une

durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,7 heures en 2002, La Vie économique 10/2005 p. 82 tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 3'982 fr. 35 (3800 / 40 x 41,7), ce qui donne un salaire annuel de 47'788 fr. 20. Adapté à un rendement de 80 % tel qu'il a été retenu dans la présente procédure, le salaire avec invalidité se monte à 38'230 fr. 60 (47'788,20 x 0.80).

Lorsque, comme en l'espèce, le revenu d'invalide est évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens, certains empêchements propres à la personne de l'invalide (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) exigent que l'on réduise le montant des salaires ainsi obtenus (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa). De telles réductions ne doivent toutefois pas être effectuées de manière schématique, mais doivent tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé (ATF 126 V 80 consid. 5b/bb). Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc; VSI 2002 p. 64).

L'intimé a procédé à un abattement supplémentaire de 10 %. Le Tribunal de céans considère toutefois qu'en l'espèce il n'y a pas lieu de procéder à un abattement supplémentaire, dès lors que les limitations fonctionnelles dans une activité adaptée sont d'ordre psychique dont il a été déjà tenu compte ci-dessus et que les activités simples et répétitives recouvrent un large éventail d'activités légères adaptées au handicap de la recourante qui doit éviter de porter des charges lourdes.

Comparé au revenu sans invalidité de 43'935 fr. en 2002, non contesté par la recourante, le degré d'invalidité s'établit à 13 % ([43'935-38'230,60] x 100 /43'935 = 12,98 %), taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente ou à d'autres prestations de l'assurance-invalidité.

12. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

Le greffier	La présidente
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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