RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/959/2004 **ATAS/641/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 27 juillet 2005

En la cause

Madame L_____, représentée par Maître HOLLOWAY Adrian, en l'Etude duquel elle élit domicile	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

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

EN FAIT

1. Madame L_____, née en juin 1963, de nationalité portugaise, mariée, deux enfants, est arrivée en Suisse en 1988. Sans formation, elle a travaillé comme femme de chambre jusqu'en 1994, date à laquelle elle a cessé son activité pour s'occuper de son fils, âgé d'un an, malade. Après une période de chômage de deux ans, l'intéressée a repris une activité de femme de ménage à l'EMS X_____, à 50 %, puis à 100 % dès le 1er mai 1998.

2. L'intéressée a été en incapacité de travail à 100 % dès le mois de septembre 1999. Durant les deux années qui ont suivi, l'intéressée a été mise en arrêt maladie de 50 à 100 % durant un à plusieurs mois ; depuis le mois de décembre 2001, elle a cessé définitivement son activité.

3. Le 9 février 2001, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), visant l'octroi d'une rente, en raison de douleurs dorsales.

4. L'assurée a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance perte de gain de son employeur ; ce dernier a résilié son contrat de travail pour le 28 février 2003.

5. Dans un rapport du 18 novembre 1999 au Docteur A_____, rhumatologue, le Docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et affections rhumatismales, a mentionné que sa patiente souffrait de crises douloureuses depuis trois ans, se manifestant par une fatigue intense générale, des douleurs des deux épaules et de la nuque. Il n'avait pas constaté de signe inflammatoire, ni de troubles de la mobilité. Lors de la consultation du 17 novembre 1999, il a constaté une douleur très violente à la palpation des muscles trapèzes. Vu l'absence suffisante de points douloureux et le profil psychologique de la patiente, vive, enjouée, un contexte de fibromyalgie lui paraissait inhabituel.

6. Le Docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a adressé un rapport en date du 3 avril 2000 au médecin-conseil de l'INTRAS, expliquant que la patiente avait été examinée par un rhumatologue et un psychiatre et qu'elle suivait une psychothérapie. Les investigations ont permis de conclure à une fibromyalgie. Il a confirmé que l'incapacité de travail était justifiée, mais que le maintien d'une vie active était indispensable au succès du traitement de la maladie. Il a proposé un essai de reprise de travail à 50 % dans un premier temps, le pronostic étant toutefois réservé.

7. Le Docteur A_____ a adressé un rapport à l'OCAI en date du 5 avril 2001. Il a posé le diagnostic de fibromyalgie dans un contexte dépressif et de troubles dégénératifs lombaires. L'assurée a été mise en incapacité de travail oscillant de 50 à 100 % depuis 1999. Il a indiqué que l'activité de nettoyeuse, à 50 %, était

difficilement réalisable actuellement, mais qu'une activité légère, sans efforts physiques et sans stress, était adaptée, de suite.

8. Le 13 février 2002, le Docteur B_____ a précisé que l'état de santé de l'assurée depuis le 9 novembre 2000 était inchangé et l'examen clinique parfaitement superposable. La capacité fonctionnelle de travail était variable, mais la grande fatigabilité limitait la poursuite de son activité professionnelle à plus de 50 %. Le pronostic était relativement sombre.

9. Le Docteur D_____, psychiatre, a adressé un rapport à l'OCAI le 18 mars 2002. Il a posé le diagnostic de fibromyalgie avec répercussions sur la capacité de travail, et de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, sans répercussion sur la capacité de travail. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, le Docteur D_____ a précisé que la patiente ne présentait pas de maladie psychiatrique invalidante, qu'elle n'avait pratiquement pas de limitations fonctionnelles purement psychiatriques et que sa capacité de travail dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée était de 50 %. Du point de vue psychiatrique, le pronostic était favorable.

10. L'assurée a fait l'objet d'un examen pluridisciplinaire par le Service médical régional AI - SMR LEMAN en date du 15 mai 2003. Les médecins ont posé les diagnostics de fibromyalgie, troubles statiques rachidiens, syndrome de déconditionnement global, obésité et une hypertension traitée. Compte tenu de l'absence de limitation fonctionnelle psychiatrique, ils ont conclu à une capacité de travail exigible à plus de 80 % dans une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles et de 70 % dans l'activité habituelle.

11. Par décision du 12 novembre 2003, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente à l'assurée, au motif qu'elle présentait une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle, soit un degré d'invalidité de 30 %.

12. L'assurée a formé opposition en date du 8 décembre 2003, complétée par les écritures de son mandataire du 31 janvier 2004.

13. Le 22 mars 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, se référant à l'expertise pluridisciplinaire du SMR LEMAN.

14. Représentée par son mandataire, l'assurée a interjeté recours le 6 mai 2004. Elle conteste la valeur probante des conclusions de l'expertise du SMR LEMAN, lesquelles sont contredites par tous les médecins qui l'ont examinée ; selon ceux-ci, sa capacité de travail est tout au plus de 50 %, de sorte qu'elle a droit à une demi-rente d'invalidité.

15. Dans sa réponse du 3 juin 2004, l'OCAI s'est référé à sa décision et a conclu au rejet du recours.

16. Le 30 juin 2004, l'assurée a persisté dans ses conclusions et sollicité des mesures de réadaptation professionnelles.

17. Le 28 juillet 2004, l'OCAI, après avoir réexaminé le dossier avec la division de réadaptation professionnelle, a admis qu'en principe, l'assurée pouvait prétendre à des mesures professionnelles et a proposé le renvoi du dossier pour examen desdites mesures et nouvelle décision.

18. Dans ses dernières conclusions, l'assurée s'est opposée au renvoi du dossier à l'OCAI et a conclu principalement à l'octroi d'une demi-rente, subsidiairement, à l'octroi de mesures de réadaptation.

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 let. a) LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi 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.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). 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). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).

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

4. 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 (cf. art. 7 et 8 LPGA). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

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

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. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance.

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 ; consid. 4.3.1 de l'arrêt P. du 1er mai 2003, I 780/02). 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins

(art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003). Depuis l'entrée en vigueur de la 4ème révision AI 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 d'invalidité de 50 % au moins, à trois-quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60 % au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins (cf. art. 28 al. LAI, teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004).

5. 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).

6. En l'espèce, les différents médecins ayant examiné la recourante sont unanimes à décrire que la patiente souffre de douleurs musculaires depuis 1999, sans déficit neurologique ni signe inflammatoire, peu objectivables. Ils ont conclu à une fibromyalgie (cf. rapports des Docteurs B_____, C_____, A_____). Les limitations fonctionnelles, variables, sont induites par les douleurs, la sensation de faiblesse musculaire et la fatigue ; selon ces médecins, l'activité de nettoyeuse est difficilement réalisable, et la capacité de travail de la recourante est de 50 % dans une activité légère, sans effort physique ni stress.

   Le Docteur D_____, médecin psychiatre, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec une humeur dépressive, sans répercussion sur la capacité de travail. Il a précisé que les symptômes dépressifs étaient en rapport avec son état général, que la patiente ne présentait pas de maladie psychiatrique invalidante, ni de

limitations fonctionnelles psychiatriques et que le pronostic du point de vue psychiatrique était favorable. Le diagnostic avec influence sur la capacité de travail était celui de fibromyalgie et l'assurée avait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

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

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

   Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für

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

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

8. En l'occurrence, les experts du SMR LEMAN ont procédé à l'examen clinique de la recourante et ont constaté qu'elle présentait des troubles de la statique rachidienne mineurs, une bonne mobilité du rachis et des articulations périphériques avec des douleurs en fin de course sur tous les niveaux, ainsi qu'un déconditionnement physique sous forme d'une diminution globale de la force musculaire. Les radios de la colonne cervicale et lombaire ne montraient pas de signe dégénératif ou inflammatoire. Les critères de fibromyalgie avec 16 tender-points présents sur 18, des troubles du sommeil et une faiblesse marquée sont remplis.

Sur le plan psychiatrique, la Doctoresse E_____ n'a pas objectivé de symptômes de la lignée dépressive, en faveur d'un diagnostic de dépression

majeure, ni de symptômes de la lignée psychotique. Durant l'entretien, il n'a pas été mis en évidence de signe de souffrance, ni de trouble de la personnalité morbide.

Dans leur appréciation consensuelle du cas, les médecins du SMR LEMAN parviennent à la conclusion que l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique limitant sa capacité de travail et que le trouble de l'adaptation de l'humeur est en rémission complète. On peut donc attendre de l'assurée qu'elle mobilise ses ressources pour reprendre une activité professionnelle. Pour tenir compte de ses douleurs chroniques et du déconditionnement global, la recourante doit pouvoir travailler à plus de 80 % dans une activité adaptée ; quant à l'activité de femme de ménage, si elle n'est pas idéale, elle est exigible à 70 % au moins.

La recourante conteste le rapport d'expertise, au motif que ses conclusions sont en contradiction avec celles des différents médecins qui l'ont examinée et qui estiment qu'elle ne peut plus travailler qu'à 50 %.

Il sied de relever que l'administration et, en cas de recours, le juge attendent de l'expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que ses conclusions s'appuient sur des considérations médicales et non pas des jugements de valeur (voir à ce sujet Jacques Meine, L'expert et l'expertise – critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss, ainsi que François Paychère, Le juge et l'expert – plaidoyer pour une meilleure compréhension, p. 133 ss, in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002 ; ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Dès lors, les médecins mandatés en qualité d'expert ne sauraient être liés par les conclusions retenues par des confrères.

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale. Par ailleurs, 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).

Le Tribunal de céans constate que le rapport du SMR LEMAN se fonde sur des examens complets et qu'il prend en compte les plaintes exprimées par la

recourante. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Enfin, les conclusions des experts sont dûment motivées et convaincantes.

Au vu de ce qui précède, le rapport d'expertise du SMR LEMAN remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document.

De surcroît et contrairement à ce que soutient la recourante, les conclusions du SMR LEMAN ne s'opposent pas à celles des autres médecins, notamment celles du Docteur D_____. Ce dernier a en effet confirmé que la patiente ne présentait pas d'affection ni de limitation psychiatriques et que le trouble de l'adaptation était en relation avec son état général. D'ailleurs, sur le plan psychiatrique, le pronostic est favorable. Quant aux Docteurs B_____, A_____ et C_____, ils expliquent l'incapacité de travail uniquement en raison des douleurs ressenties par l'assurée, tout en admettant qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles objectives, le Docteur C_____ précisant encore que le maintien d'une vie active est indispensable au succès du traitement de la maladie.

Le diagnostic de fibromyalgie ne suffit pas, en soi, pour conclure à une invalidité. En présence de troubles douloureux sans cause organique, tels les troubles somatoformes douloureux persistants, il convient d'examiner si ces troubles et leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière des différents critères décrits ci-dessus, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée.

En l'espèce, la recourante ne présente aucune comorbidité psychiatrique. Or, la reconnaissance du caractère invalidant des troubles douloureux chez une assurée encore jeune doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. Meyer-Blaser, op. cit. p. 87) ; dans de tels cas en effet, il convient d'admettre que la personne n'a pas épuisé toutes ses ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs. Reste à examiner si l'on est présence d'autres critères, dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant des troubles douloureux. Si le critère des affections corporelles chroniques peut être admis, au regard du dossier médical,, la recourante ne subit en revanche pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ; elle est à même d'effectuer un certain nombre de tâches ménagères, de préparer les repas et de s'occuper de sa dernière fille, en

bas âge, en alternance avec son époux. Elle fait des promenades avec sa fille, effectue quelques courses. La vie sociale est décrite comme normale, elle voit régulièrement ses amis et son frère.

Il apparaît ainsi que la fibromyalgie en cause ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, il exclut toute mise en valeur de la capacité de la recourante. Il y a lieu au contraire d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter les douleurs et de se réinsérer dans un processus de travail, étant rappelé qu'en tenant compte des limitations fonctionnelles minimes, en relation avec les troubles statiques rachidiens, le SMR LEMAN a conclu à une capacité de travail résiduelle de 70 % dans l'activité habituelle et de 85 à 80 % dans une activité adaptée.

L'OCAI était en conséquence fondé à refuser l'octroi d'une rente d'invalidité à la recourante.

9. En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de façon notable.

   Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

   Dès lors que l'ancienne activité de femme de ménage exercée par la recourante n'apparaît pas adaptée à son état de santé actuel et qu'elle présente une diminution de sa capacité de gain de 20 % au minimum, il appartiendra à l'OCAI d'examiner quelles mesures de réadaptation entrent en ligne de compte.

   La cause sera en conséquence renvoyée à l'OCAI, comme il le proposait d'ailleurs, afin qu'il examine quelles mesures entrent en considération et rende une décision sur ce point.

10. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, obtiendra une indemnité réduite à titre de dépens (art. 89H LPA ; art. 61 let. g LPGA).

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. Rejette les conclusions de Madame L_____ visant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

3. Renvoie la cause à l'OCAI pour examen des mesures de réadaptation et nouvelle décision.

4. Condamne l'OCAI à payer à la recourante la somme de fr. 500 à titre de participation à ses fais et dépens.

5. 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