RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1376/2001 **ATAS/769/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 16 septembre 2004

3ème chambre

En la cause

Madame B_____ recourante

contre

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

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Juliana BALDE et Doris WANGELER, juges

EN FAIT

1. Madame B_____, née en mars 1951, divorcée, est mère de deux enfants. Elle a vécu jusqu'en 1971 en Iran, en Angleterre jusqu'en 1980, puis en Allemagne jusqu'en 1984. Elle est arrivée en Suisse le 29 août 1984. Elle a travaillé en qualité de vendeuse auprès de Y_____ SHOP. Du 8 mai 2000 au 4 juin 2000, elle a dû interrompre son activité pour des raisons de santé. Elle l'a reprise à 50% jusqu'au 20 mars 2001 avant de se retrouver dans l'incapacité totale de travailler (pièce 3, fourre 5 OCAI).

2. En date du 30 mai 2000, l'assurée a présenté une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI). A l'appui de sa requête, elle a indiqué qu'elle souffrait de fibromyalgie.

3. Le Dr L_____, rhumatologue, a effectivement diagnostiqué une fibromyalgie. S'y ajoutaient un état dépressif, réactionnel à un conflit de couple, et des cervicalgies chroniques sur spondylodiscarthrose. Le médecin a précisé que depuis le 4 juin 2000, la patiente présentait une incapacité de travail de 50% dans sa profession, après une période d'incapacité totale, du 8 mai au 3 juin 2000 (rapport médical du 19 juin 2000 : pièce 9, fourre 3 OCAI).

4. Ces diagnostics ont été confirmés le 29 mars 2001 par le Dr M_____, spécialiste en néphrologie, qui a en outre fait état du fait que le tunnel carpien gauche avait été opéré le 23 mars 2001. Il a été expliqué à cet égard que, depuis 1997, la patiente avait connu le développement progressif d'une symptomatologie caractérisée par un engourdissement matinal de la main gauche en particulier. Une neuropathie canalaire carpienne avait finalement été diagnostiquée en avril 2001 et opérée en mars 2001. Pour le reste, le médecin a fait état de douleurs multiples, à prédominance rhumatologique mais touchant également les centres-systèmes, notamment digestif, accompagnées d'une fatigue intense. Selon lui, la patiente pourrait continuer à exercer sa profession à mi-temps et ce, depuis le 5 juin 2000. Auparavant, du 8 mai 2000 au 4 juin 2000, l'incapacité était totale (pièce 10, fourre 3 OCAI).

5. Au vu de ces éléments, l'OCAI, par décision du 15 août 2001, a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 50% à partir du 8 mai 2001 et lui a octroyé une demi-rente avec effet au 1er août 2001 (pièce 10, fourre 1 OCAI).

6. Dans un courrier adressé à l'OCAI en date du 29 août 2001, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était aggravé, qu'elle était suivie par un psychologue et qu'elle était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 21 mars 2001 (pièce 12, fourre 3 OCAI). Ses dires ont été confirmés par le Dr M_____ en date du 20 septembre 2001 (pièce 13, fourre 3 OCAI).

7. Le 14 septembre 2001, l'OCAI a rendu une seconde décision concernant le montant dû à titre rétroactif pour la période du 1er mai 2001 au 31 juillet 2001 (pièce 11, fourre 1 OCAI).

8. Par courrier du 8 octobre 2001, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 14 septembre 2001 en alléguant être dans l'incapacité totale de travailler depuis le 21 mars 2001. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière.

9. Le Dr N_____, psychiatre, a établi un rapport médical en date du 29 octobre 2001. Il y pose les diagnostics suivants : dépression chronique, troubles somatoformes douloureux et syndrome d'apnées du sommeil. Il a été relevé que ce syndrome contribuait largement à la fatigue, aux céphalées et à l'état dépressif. Le médecin a qualifié l'état de la patiente de stationnaire. Il a évalué son incapacité de travail à 100% depuis le 21 mars 2001 (pièce 14, fourre 3 OCAI).

10. Le Dr O_____, psychiatre, s'est également prononcé en date du 29 octobre 2001 (pièce 14, fourre 3 OCAI). Son diagnostic est le même que celui des médecins précédents, à savoir dépression chronique et fibromyalgie et apnées du sommeil. Selon lui, l'incapacité de travail serait totale depuis le 21 mars 2001 après avoir été de 50% de juin 2000 à mars 2001. L'état de l'assurée a été qualifié de stationnaire.

11. Informé de ces éléments, le médecin conseil de l'OCAI a relevé que l'état de santé de la patiente était qualifié par le Dr N_____ de stationnaire. Il en a tiré la conclusion qu'il n'y avait donc pas eu aggravation et que l'évaluation de l'incapacité de travail était simplement différente de celle du Dr M_____. Une expertise médicale a été préconisée (pièce 15, fourre 3 OCAI).

12. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans son préavis du 17 janvier 2002, a fait valoir que la décision fixant le taux d'invalidité était entrée en force et que seule celle du 14 septembre 2001 - fixant le montant rétroactif dû pour la période du 1er mai au 31 juillet 2001 - pouvait être remise en cause. Il a conclu à l'irrecevabilité pour cause de tardiveté du recours en tant qu'il remettait en question le taux d'invalidité. L'OCAI, dans son préavis, soutient qu'on ne saurait admettre sur la base du mémoire de recours et des pièces médicales versées au dossier postérieurement à la décision d'octroi d'une demi-rente que l'assurée présenterait un degré d'invalidité ouvrant droit à une rente entière. Afin d'établir s'il y avait eu modification de l'état de santé de nature à influencer le droit à la rente, l'OCAI a cependant proposé de suspendre la procédure et de procéder à une expertise médicale.

13. Par jugement incident du 19 juillet 2002, la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité a suspendu la procédure et un mandat d'expertise a été confié au MEDAS à Berne en octobre 2002.

14. Ce dernier a rendu son rapport en date du 28 juillet 2003.

Le rhumatologue a diagnostiqué un syndrome de fibromyalgie généralisé accompagné d'un syndrome de fatigue chronique. S'agissant de la capacité de travail, il a conclu que d'un point de vue rhumatologique, la patiente pourrait exercer à plein temps une profession légère et adaptée à ses limitations. A cet égard, il a été précisé qu'en raison de la discopathie cervicale et lombaire, des travaux utilisant principalement la partie supérieure du corps ou nécessitant une position monotone n'étaient pas exigibles. En revanche, une activité permettant de changer souvent de position afin de soulager les parties molles douloureuses et évitant la montée fréquente d'escaliers, d'échelles ou la position accroupie a été jugée admissible. Le rhumatologue a toutefois précisé que la rentabilité serait diminuée d'environ 30% en raison des douleurs. Un travail à mi-temps comme vendeuse, permettant à l'assurée de s'asseoir de temps à autre, serait selon lui envisageable.

Le collège des médecins a exprimé l'opinion que l'assurée avait utilisé toutes ses ressources et qu'après un arrêt de travail de deux ans, la symptomatologie de la fibromyalgie ne s'était pas améliorée ; au contraire, s'y était greffée une dysthymie dont les symptômes allaient probablement perdurer. Ils ont conclu que les douleurs, la grande fatigue et la difficulté à gérer les problèmes du quotidien, ainsi que la concentration diminuée ne permettaient plus à l'assurée d'exercer son activité de vendeuse durant des journées entières. Ils ont souligné qu'elle ne pourrait notamment plus travailler dans la zone de transit de l'aéroport car il y règne un grand stress dû aux contingences des horaires et des voyageurs. En revanche, ils ont estimé qu'à la condition de pouvoir aménager des pauses et des changements de position fréquents, toute activité n'impliquant ni pression ni responsabilités serait envisageable (par exemple vendeuse avec un cahier des charges adapté, à raison de cinq à sept heures par jour). Les médecins ont noté une diminution de rendement de 20 à 30% pour tenir compte des douleurs et de la dysthymie.

15. Le 1er août 2003, la cause a été transmise au Tribunal cantonal des assurances sociales.

16. De son côté, le service médical régional AI (SMR) Léman, dans son rapport du 22 septembre 2003, a relevé que la sévérité de la dysthymie était la plupart du temps insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen et qu'il n'y avait donc pas lieu de la reconnaître comme invalidante.

17. Sur la base de ces considérations, l'OCAI, dans son préavis du 25 septembre 2003, a exprimé l'avis que l'assurée était capable d'exercer une activité de vendeuse à 50% et maintenu sa décision du 14 septembre 2001.

18. La recourante ne s'est pas exprimée.

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 (TCAS), composé de cinq juges, dont un président et un vice-président, cinq suppléants et seize juges assesseurs (art. 1 let. r et 56T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des seize juges assesseurs par le Tribunal fédéral (TF) le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente (art. 162 LOJ) permettant au TCAS de siéger sans assesseurs, à trois juges titulaires, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

   Statuant sur un recours de droit public, le TF a, dans un arrêt rendu le 1er juillet 2004, confirmé que cette disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était, de surcroît, conforme au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004).

2. 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 de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI ; 831.20) et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (RAI ; 831.201). Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

3. a) Il n'est pas contesté que le recours du 8 octobre 2001, dirigé contre la décision du 14 septembre 2001, a interjeté en temps utile devant la juridiction compétente. Il est donc recevable, conformément aux art. 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS), dans leur teneur valable jusqu'au 31 décembre 2002.

   b) S'agissant de sa décision du 15 août 2001, l'autorité intimée soutient qu'elle serait entrée en force, faute de recours en temps utile. L'assurée lui a pourtant adressé un courrier en date du 29 août 2001 – soit dans le délai de recours -, dans lequel elle invoquait une aggravation de son état de santé en y joignant un certificat médical du Dr M_____ attestant d'une totale incapacité de travail à compter du 28 mars 2001. Il convient de déterminer si cette lettre peut être considérée

comme un recours, que l'OCAI aurait dû transmettre en tant que tel à l'autorité compétente.

Le recours doit indiquer notamment les conclusions et les motifs du recourant. Cette exigence a pour but de fixer le juge sur la nature et l'objet du litige. La jurisprudence admet cependant que les conclusions et les motifs puissent résulter implicitement du mémoire de recours. Il faut cependant pouvoir déduire de ce dernier, considéré dans son ensemble, à tout le moins ce que le recourant demande, d'une part, et quels sont les faits sur lesquels il se fonde, d'autre part. Ce n'est que s'il manque soit des conclusions, soit des motifs, même implicites, que le recours est alors jugé irrecevable d'entrée de cause, sans que le recourant ait la faculté de remédier à cette irrégularité (cf. notamment ATF 116 V 353 consid. 2b ; Alfred KÖLZ / Isabelle HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, Zurich 1993, p. 159).

En l'espèce, il convient de ne pas se montrer trop strict. On peut considérer qu'il ressort implicitement du courrier du 29 août 2001 que la décision qui venait d'être rendue par l'OCAI était contestée dans la mesure où l'assurée y affirme que son incapacité de travail est totale depuis le mois de mai 2001 et non plus de 50%. Par ailleurs, les faits sur lesquels elle se base sont évidents puisqu'elle produit un certificat médical pour étayer ses dires. Dès lors, ce courrier aurait dû être considéré comme un recours et transmis en tant que tel à l'autorité cantonale de recours, seule habilitée à statuer sur sa recevabilité.

4. Quant au fond, la recourante conteste le taux d'invalidité de 50% retenu par l'OCAI.

a) L'invalidité est définie par la loi comme 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 (art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain consiste en la diminution moyenne prévisible des possibilités de gain de la personne concernée sur l'ensemble du marché du travail équilibré pouvant entrer en considération pour elle.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyer une demi-rente et, si son invalidité atteint 66 2/3 %, une rente entière (art. 28 al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre droit à une demi-rente (art. 28 al. 1bis LAI).

b) 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, il faut mentionner - outre les affections 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 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 définie aussi objectivement que possible. Il convient donc de déterminer si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré l'atteinte à sa santé mentale, exercer une activité que lui offre, compte tenu de ses aptitudes, un marché du travail équilibré. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée.

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 qu'on ne saurait exiger de lui, pour des raisons sociales et pratiques, qu'il mette à profit sa capacité de travail ou – condition alternative – qu'une telle exigence serait insupportable pour la société (ATF 127 V 298 consid. 4c in fine , 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b ; VSI 2000 p. 153 consid. 2a ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références citées).

c) 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. 217ss 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; arrêt I 683/03 du 12 mars 2004, destiné à la publication, 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 (ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.1).

d) 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 admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (arrêt I 683/03 du 12 mars 2004 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. 64ss, 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. 76ss, spéc. p. 81ss). 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. 87ss) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.2 ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; arrêt N. précité consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

e) 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; arrêt I 683/03 du 12 mars 2004, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76ss, spéc. 80ss).

f) Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurances sociales, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés au considérant 4.1.2 ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. arrêt I 683/03 du 12 mars 2004, consid. 2.2.4. et les arrêts cités ; ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.3).

g) Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs

les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés aux consid. 4.1.2 et 4.1.3 ci-dessus (ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.4 ; arrêt I 683/03 du 12 mars 2004, consid. 2.2.2 et les arrêts cités. précité consid. 2.2.5).

5. a) En l'espèce, le diagnostic n'est pas contesté. Il ressort, tant des certificats médicaux versés à la procédure que de l'expertise mise en œuvre, que la recourante est atteinte de fibromyalgie, d'état dépressif réactionnel à un conflit de couple, de cervicalgies chroniques sur spondylodiscarthrose sévère et d'apnées du sommeil engendrant un syndrome de fatigue chronique.

Il est évident, au vu de ces certificats, que - contrairement à l'opinion du médecin-conseil de l'OCAI - l'état de santé de l'assurée s'est aggravé antérieurement à la décision litigieuse. Tant le Dr N_____ que le Dr O_____ ont conclu à une incapacité totale de travailler depuis le mois de mars 2001. On ne saurait conclure du fait qu'ils ont qualifié l'état de la patiente de « stationnaire » que celui-ci le serait depuis des mois, mais bien plutôt qu'il s'est stabilisé après s'être aggravé. Il y a lieu de relever à cet égard que leurs certificats ont été établis le 29 octobre 2001, soit quelques mois après l'aggravation constatée, justement.

Reste à déterminer si ces atteintes à la santé sont invalidantes et dans quelle mesure.

b) Il convient avant tout de relever que le rapport d'expertise basé sur l'anamnèse personnelle, un examen clinique, une évaluation psychiatrique ainsi qu'une évaluation rhumatologique, répond aux réquisits de la jurisprudence et qu'il convient dès lors de lui accorder pleine valeur probante.

Au vu des diagnostics qui ont pour les experts valeur de maladie, se pose en premier lieu la question de l'admission d'une comorbidité. Or, au diagnostic de fibromyalgie s'ajoutent également celui d'état dépressif chronique. Certes, selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING / MOMBOUR / SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des

troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (arrêt I 683/03 du 12 mars 2004, consid. 3.3.1 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 81, note 135). Tel n'est pas le cas en l'occurrence puisqu'il est clairement établi que l'état dépressif de l'assurée est réactionnel à une mésentente conjugale chez une personnalité narcissique. Cependant, la dysthymie diagnostiquée ne revêt pas une gravité suffisante pour admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme.

Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères, dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. A l'examen des rapports médicaux figurant au dossier, on peut tenir pour établie l'existence d'affections corporelles chroniques (spondylodiscarthrose sévère, apnées du sommeil, cervicalgies chroniques). Par ailleurs, l'assurée a manifestement fait preuve de motivation et a déployé des efforts certains. Il a ainsi été relevé que l'assurée a suivi un traitement de dix-huit séances de physiothérapie qui n'ont pas amené d'amélioration réelle, mais qu'elle a malgré tout poursuivi son travail de vendeuse à 100%, jusqu'à ce que l'état dépressif se manifeste, au cours de l'an 2000. Les experts ont en outre relevé une perte d'intégration sociale, dans la mesure où l'assurée présente une diminution de l'allant, des perturbations du sommeil, des difficultés de concentration, une tendance à pleurer, un manque de joie, une certaine incapacité à effectuer les tâches de routine quotidiennes. S'ensuivent logiquement un retrait social et une vue pessimiste de l'avenir. Enfin, le collège des médecins a exprimé l'opinion que l'assurée avait utilisé toutes ses ressources et relevé qu'après un arrêt de travail de deux ans, la symptomatologie de la fibromyalgie ne s'était pas améliorée ; au contraire, s'y était greffée une dysthymie dont les symptômes allaient probablement perdurer. Dès lors il y a lieu de reconnaître le caractère invalidant des troubles somatoformes en l'espèce.

c) Quant à la capacité de travail résiduelle, les experts ont estimé que les douleurs, la grande fatigue et la difficulté à gérer les problèmes du quotidien, ainsi que la concentration diminuée ne permettaient plus à l'assurée d'exercer son activité de vendeuse durant des journées entières. Leurs conclusions, selon lesquelles l'assurée pourrait travailler avec une diminution de rendement de 20 à 30% et à condition de pouvoir aménager des pauses et des changements de position fréquents, dans toute activité n'impliquant ni pression ni responsabilités paraissent convaincantes et rejoignent celles du rhumatologue. Il convient dès lors de s'y référer pour déterminer le degré d'invalidité.

6. a) Pour les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison de revenus : on compare le salaire que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui - après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail - à celui qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison doit en règle générale se faire de telle manière que les deux

revenus hypothétiques soient chiffrés le plus exactement possible et mis en parallèle, leur différence permettant de déterminer le degré d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Si leur montant ne peut être déterminé avec précision, il conviendra de les évaluer selon les éléments connus dans le cas particulier et de comparer entre elles les valeurs approximatives ainsi retenues (VSI 2000 consid. 1b 84; VSI 2000 consid. 1a 316).

Sont déterminants pour la comparaison des revenus les rapports existant au moment de la naissance du droit à la 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 ; cf. aussi ATFA I 440/01 du 22 août 2002 et ATFA I 761/01 du 18 octobre 2002).

b) En l'occurrence, la naissance du droit à la rente remonte au 8 mai 2001. Le salaire de l'assurée s'élevait, en 2000, à Fr. 3'650.— par mois, ce qui représente un revenu annuel de Fr. 48'950.— (3650.-- x 13 + gratification de 1'500.--), soit, en 2001, un revenu annuel de Fr. 50'173.-- (2245 [indice 2001] / 2190 [indice 2000] = 1.025 ; 1.025 x 48'950.-). C'est ce montant qu'il y a lieu de retenir comme revenu de non invalide.

S'agissant du revenu d'invalide, il convient, 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'assuré n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 s. consid. 3b/aa et bb; VSI 2002 p. 68 consid. 3b). Compte tenu d'un salaire mensuel brut en 2000 de Fr. 3'741.-- pour une activité simple et répétitive dans le commerce de détail, à raison de 40 heures par semaine (ESS 2000, TA 1), soit Fr. 3'918.70 pour 41,9 heures habituelles (La Vie économique 12/2002 p. 88 tableau B 9.2), le revenu d'invalide annuel doit être fixé à Fr. 47'024.40 en 2000, soit Fr. 48'200.-- en 2001. Etant donné une incapacité de travail de 30%, le revenu brut déterminant s'élève à Fr. 33'740.--.

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 s. consid. 5b/aa). De telles réductions ne doivent 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).

Or, en l'espèce, même en appliquant la déduction maximale de 25% et en arrondissant le résultat en vertu de la jurisprudence récente (ATFA U 27/02 du 19 décembre 2003), on obtient un taux d'invalidité de 50% qui n'ouvre droit qu'à une demi-rente (49,56 %, arrondi à 50%). En conséquence, le recours est 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 plis 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).

La greffière:	La Présidente :
Janine BOFFI	Karine STECK

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