

EN FAIT

1. Madame P _____, ressortissante espagnole née en 1957, est arrivée en Suisse en 1982. Depuis lors, elle a exercé la profession de nettoyeuse pour la société SEREG SA. Suite à la fermeture définitive de l'hôtel dans lequel elle travaillait, son contrat de travail a été résilié avec effet au 30 septembre 1997.
2. A compter du 22 septembre 1997, l'assurée s'est trouvée dans l'incapacité totale de travailler. Son médecin-traitant, le Dr A _____, a indiqué par courrier du 20 novembre 1997 à la CAISSE VAUDOISE (assureur perte de gain de l'employeur ; ci-après : la caisse) que sa patiente souffrait d'hernie discale L4-L5, de protrusion discale L5-S1 et d'un canal lombaire étroit.
3. Selon un certificat médical du 28 août 1998 du Dr B _____, rhumatologue mandaté par la caisse, l'intéressée souffre de fibromyalgie, de cervicalgies sur troubles statiques et de lombalgies sur syndrome facettaire. Le médecin a estimé que sa capacité de travail en tant que femme de chambre était nulle. Quant à la reprise d'une autre activité professionnelle, il a considéré qu'elle devait être envisagée avec le médecin traitant, le Dr C _____. Le Dr B _____ a réservé son pronostic.
4. Interrogé par la caisse, le Dr C _____ a indiqué le 21 avril 1998 que sa patiente était incapable de travailler à 50 %, qu'elle ne pouvait pas porter de lourdes charges ni rester de longs moments debout. Le médecin n'a pu faire aucun pronostic.
5. Le 5 mars 1999, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), visant à l'obtention d'une rente en raison de douleurs ostéoarticulaires multiples.
6. Dans un rapport du 15 avril 1999, le Dr C _____ a diagnostiqué une fibromyalgie et un état dépressif. Il a indiqué que sa patiente était totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} mai 1999 et ce, pour une durée indéterminée. Il a souligné qu'elle avait tenté de reprendre une activité à mi-temps mais que cette tentative s'était soldée par un échec et une péjoration de son état de santé ; un état dépressif était apparu dans le courant de l'année 1998 ; tous les traitements entrepris avaient échoué.
7. Le 6 août 2001, le Dr C _____ a qualifié l'état de santé de sa patiente de stationnaire et réservé son pronostic.
8. Le 17 mars 2003, le service médical régional AI (SMR) a rendu un rapport d'examen clinique bi-disciplinaire, réalisé par les Drs D _____, rhumatologue, et G _____, psychiatre. Les diagnostics suivants ont été posés :

discrets troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec maladie discale des deux derniers étages, possible ancienne hyperlaxité ligamentaire, excès pondéral et trouble somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique (F 45.4).

Les experts ont estimé que l'entité fibromyalgique restait discutable, avec des plaintes douloureuses sans base organique nette et une absence de substrat probant quant à la pathogénèse de ce tableau clinique. Ils ont considéré que s'il y avait eu une comorbidité psychiatrique au syndrome douloureux somatoforme persistant, elle n'avait pas eu la sévérité d'une affection psychiatrique justifiant une incapacité de travail significative. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux était en effet souvent accompagné d'une symptomatologie anxio-dépressive d'intensité légère. L'examen clinique psychiatrique ne permettait pas de parler d'une quelconque comorbidité psychiatrique. Il n'était pas possible de mettre en évidence une relation de causalité entre les constatations cliniques objectives et l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant.

En conclusion, l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme douloureux persistant sans comorbidité psychiatrique qui puisse justifier une incapacité de travail. La pathologie rachidienne contre-indiquait toutefois totalement les activités de femme de ménage : il fallait éviter le port de charges de plus de 10 kg, les positions à genoux ou accroupie, de même que les positions instables. Dans une activité respectant ces limitations, les experts ont estimé qu'une capacité de travail complète était exigible, avec une diminution du rendement de 10 % compte tenu de la prise de médicaments antalgiques.

9. Sur la base de ce rapport, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a fixé la perte de gain de l'assurée à 11 %.
10. Par décision du 3 février 2004, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle conservait une capacité de travail de 90 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. La comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 11,2 %, n'ouvrant droit à aucune prestation.
11. Le 16 février 2004, l'assurée s'est opposée à cette décision. Elle a allégué que les médicaments et la psychothérapie n'avaient eu que très peu d'effets sur la fibromyalgie, que les douleurs étaient intenses et multiples : maux de tête, aux lombaires, au dos, aux hanches, sensations de brûlure, bouffées de chaleur, crampes aux pieds, au dos, aux mains et aux articulations, douleurs menstruelles et lors de relations sexuelles, manque d'équilibre, vertiges, problèmes digestifs, intestinaux et urinaires, pertes de mémoire, douleurs à la mâchoire et aux muscles du visage, et enfin, récents problèmes aux yeux. Son mari s'occupait de tout à la maison et l'assurée bénéficiait également de l'aide de ses filles. Elle a dit ne pas voir comment elle pourrait reprendre le travail dans ces conditions.

12. Interrogée par l'OCAI, la Dresse E _____, ophtalmologue, a diagnostiqué dans un rapport du 17 mai 2004 un status oculaire normal pour l'âge, à savoir une presbytie débutante.
13. Par décision sur opposition du 16 juin 2004, l'OCAI a confirmé sa décision initiale. Il a relevé que l'examen clinique bi-disciplinaire avait permis de définir précisément l'atteinte à la santé et que, compte tenu des limitations fonctionnelles mises en évidence, une activité adaptée, telle que celle d'ouvrière de conditionnement permettrait de conserver une capacité de travail de 90 %.
14. Le 15 juillet 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au moins dès le 1^{er} mai 1999. Elle a fait valoir que l'existence seule de troubles psychiques suffisait à reconnaître un droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Elle s'est référée aux avis des Drs A _____, C _____ et B _____, selon lesquels elle était incapable de travailler depuis le 1^{er} mai 1998. Elle a par ailleurs allégué qu'il serait illusoire d'exiger d'elle qu'elle exerce une activité adaptée à raison de 90 %, ce d'autant qu'un syndrome dépressif était venu se greffer sur les atteintes rhumatologiques. Sans formation professionnelle, il lui paraissait difficilement possible de se reclasser. L'atteinte à son intégrité physique existant depuis 1997, il y avait lieu de considérer qu'il ne subsistait aucune capacité de gain.
15. Le 5 août 2004, l'assurée a complété son recours. Elle a fait valoir que l'avis des médecins du SMR, qui, malgré la fibromyalgie et d'importantes limitations fonctionnelles, préconisaient la reprise d'une activité lucrative à 90 %, divergeait de ceux des Drs A _____, C _____ et B _____. Elle a allégué que c'était à tort que l'expertise bidisciplinaire avait écarté toute affection psychiatrique et conclu qu'il se justifiait de lui reconnaître une invalidité de 50 % au moins.
16. Dans sa réponse du 15 septembre 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours en se référant à la motivation de la décision attaquée.
17. Par courrier du 19 novembre 2004, la recourante a persisté dans ses conclusions et sollicité l'apport de l'expertise rendue par le Dr F _____ pour le compte de la SWICA.
18. Le 26 novembre 2004, l'assurée a produit cette expertise, datée du 21 septembre 1999.

Selon ce médecin, l'état général de l'assurée paraît satisfaisant. A l'examen de la colonne vertébrale, le médecin a relevé des troubles statiques avec une scoliose lombaire à convexité gauche et un syndrome vertébral lombaire. Il a également diagnostiqué un canal lombaire étroit, une hernie discale L4-L5, une protrusion discale L5-S1, une sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures sans pincement et des lésions dégénératives précoces au niveau des articulations sacro-

iliaques à prédominance droite. Enfin, il a relevé des troubles statiques du rachis cervical sous forme de scoliose.

Selon le médecin, ce tableau est tout à fait évocateur d'une fibromyalgie et la patiente – qui connaissait le diagnostic – le « brandissait comme une justification à son incapacité de travail ». Sur le plan psychique, le médecin n'a pas relevé de signes dépressifs évidents mais a estimé qu'une reprise d'activité professionnelle n'était absolument pas envisageable.

19. Par courrier du 14 janvier 2005, l'OCAI a relevé que ce rapport était ancien et n'apportait aucun élément susceptible de mener à une appréciation différente du cas, dans la mesure où il se bornait à signaler que l'assurée souffrait de fibromyalgie et qu'elle était très plaintive.
20. Cette appréciation a été transmise à la recourante par le Tribunal de céans qui a ensuite gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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 connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce reste toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre

2002, eu égard au principe selon lequel, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 126 V 166). En effet, bien que la décision litigieuse date de 2004, l'état de fait invoqué par l'assurée à l'appui de sa demande de prestations est bien antérieur à l'entrée en vigueur de la LPGA, tout comme le moment éventuel de la survenance de l'invalidité.

En matière de procédure toutefois, les dispositions de la LPGA s'appliquent à tous les cas dès son entrée en vigueur.

Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité au sens de la présente loi 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'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1^{er} LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3 % au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins, en vertu du deuxième alinéa.

5. Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se baser sur les rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

Dans le cadre 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 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 15).

Le droit fédéral ne fixe aucune prescription sur la manière d'apprécier les moyens de preuve, le principe de la libre appréciation des preuves s'appliquant en matière de procédure administrative.

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références; VSI 2001 p. 108 ; ATFA non publié du 9 avril 2002 en la cause I 379/01).

Enfin, lorsqu'il apprécie des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. Par ailleurs, 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 par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 ; cf. aussi ATF 127 V 298).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption

que les troubles somatoformes douloureux ou 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, en effet, 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 de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de 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 (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 (ATFA non publié du 13 mai 2005 en la cause I 258/04 ; voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet consid. 1.2. destiné à la publication de l'ATFA I 770/03 du 16 décembre 2004).

En résumé, la jurisprudence exige la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. Lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une

réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358, ATFA non publié du 30 novembre 2004 en la cause I 630/03).

7. En l'espèce, le dossier contient principalement un rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR, les rapports des Drs B_____ et F_____ et les pièces médicales fournies par le Dr C_____, médecin traitant de l'assurée.

a) L'examen du SMR a été réalisé par deux médecins : un spécialiste en rhumatologie, le Dr D_____ et un spécialiste en psychiatrie, le Dr G_____. Ont été retenus comme diagnostics : de discrets troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec maladie discale des deux derniers étages, une possible ancienne hyperlaxité ligamentaire, un excès pondéral et un trouble somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique.

Sur le plan psychiatrique, il a été relevé que l'assurée ne présente aucun ralentissement psychomoteur et que ses réponses aux questions ont été vives et adaptées, sans symptomatologie dépressive. Aucun élément psychotique floride n'a été mis en évidence ; quelques éléments anxieux sont apparus lorsque l'assurée exprimait ses soucis pour sa famille ; il n'y a toutefois ni angoisses persistantes, ni éléments en faveur d'un trouble d'anxiété généralisée ou phobique. L'assurée a indiqué souffrir de troubles sexuels dus à ses douleurs. Les experts ont conclu qu'en dehors de l'exagération des douleurs somatiques et de quelques légers troubles de la mémoire, l'examen clinique psychiatrique se situait dans les limites de la norme.

L'évolution des douleurs qui ont débuté en 1997 a été défavorable avec des douleurs annoncées à 7-8 sur 10 et touchant quasiment tout l'organisme, avec des zones intensément douloureuses sur 60 % du corps. Selon les experts, il n'y a pas eu de facteur traumatique déclenchant, mais la symptomatologie est survenue au moment de difficultés professionnelles, alors que les filles de l'assurée commençaient à subvenir à leurs besoins. L'assurée est dépendante pour les activités à domicile, mais conserve des loisirs. L'examen clinique a montré un excellent état général sans atteinte évidente de la trophicité musculaire, hormis une ptose abdominale avec insuffisance de la sangle compatible avec l'âge et le sexe. Les experts ont trouvé les points habituels de fibromyalgie, sauf au niveau de la ceinture lombo-pelvienne, mais ils ont relevé également des douleurs à la pression des muscles et des douleurs avec un « jump sign » très manifeste à l'ensemble de la palpation du dos. Ce tableau dépasse celui de la fibromyalgie et évoque un trouble somatoforme douloureux. Les examens complémentaires ont confirmé un discret trouble statique rachidien, de même qu'une pathologie discale aux deux derniers étages. Il n'a pas été possible de mettre en évidence une relation de causalité entre

les constatations cliniques objectives et l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant.

Selon les experts, la pathologie rachidienne contre-indique totalement les activités de femme de ménage. L'assurée doit éviter le port de charges de plus de 10 kg, les positions à genoux ou accroupie, de même que les positions instables. Dans une activité respectant ces limitations, elle pourrait retrouver une capacité de travail complète, avec une diminution du rendement de 10 % tenant compte de la prise de médicaments antalgiques.

L'examen des rapports du SMR permet de se convaincre qu'il n'existe pas de maladie psychiatrique, de trouble de la personnalité morbide, ni de limitations fonctionnelles qui puissent justifier, du point de vue médico-juridique, d'une incapacité de travail au-delà d'une diminution de rendement de 10 %. Ce rapport, plus détaillé que les autres pièces, se fonde sur une étude attentive du dossier, prend en considération la situation médicale de l'assurée dans son ensemble, aussi bien objectivement que subjectivement. Pour rendre leurs conclusions, les spécialistes ont effectué divers examens, pris en compte les plaintes émises par l'assurée et acquis une pleine connaissance de l'anamnèse. Leurs conclusions sont dûment motivées. Le rapport respecte donc en tous points les exigences posées par la jurisprudence citée supra et il y a lieu en conséquence de lui attribuer une pleine valeur probante.

b) Le rapport du Dr G _____, date de 1999 et a donc été rendu plus de trois ans avant celui du SMR. On remarquera toutefois que les diagnostics posés à l'époque sont proches de ceux retenus par le SMR, notamment en ce qui concerne le status psychiatrique et les atteintes à la colonne vertébrale. S'agissant de la fibromyalgie et de la manière dont se manifeste cette maladie, les deux rapports sont également superposables. Celui du Dr F _____ ne saurait donc remettre en question l'expertise du SMR.

c) Quant à l'appréciation du Dr C _____, médecin traitant de l'assurée, elle n'est pas aussi complète que le rapport fourni par le SMR, qui est le fruit d'une discussion de spécialistes. A noter que le Dr C _____ n'a diagnostiqué qu'une fibromyalgie et un état dépressif. Or, la fibromyalgie a été également retenue par le SMR sous forme de trouble somatoforme douloureux et la présence d'un état dépressif a été écarté de manière convaincante.

d) Au vu des diagnostics retenus, il y a lieu de nier l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de réintégrer un processus de travail, n'est pas exigible de la part de la recourante.

8. Reste à examiner la présence éventuelle d'autres critères, dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux et de vérifier ainsi les conclusions auxquelles est parvenu le SMR.

On ne voit pas que la recourante réunit en sa personne plusieurs de ceux-ci (ou du moins pas dans une mesure très marquée) au point de fonder un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

Le premier critère a trait à la présence, en sus du trouble somatoforme douloureux persistant, d'une affection corporelle chronique ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Certes, des troubles de la statique vertébrale ont été diagnostiqués par les médecins du SMR. Ces troubles ont une influence sur la capacité de travail de la recourante depuis plusieurs années, dans la mesure où ils l'empêchent d'effectuer certaines activités. Toutefois, ils ont été qualifiés de discrets et sont les seuls troubles somatiques diagnostiqués en plus de la fibromyalgie. D'un autre côté, ces douleurs sont présentes depuis plusieurs années sans qu'une véritable amélioration ait pu être constatée, même de manière temporaire, et elles ont pris une place centrale dans la vie de l'assurée, si bien que le critère des affections corporelles chroniques pourrait être tenu pour établi.

En revanche, il n'apparaît pas à la lecture des rapports médicaux figurant au dossier que la recourante subirait une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie : sa vie sociale n'apparaît pas sensiblement perturbée, même s'il est possible qu'elle vive quelque peu en retrait ; elle sort chaque après-midi prendre le café avec une amie et peut également compter sur la présence de plusieurs autres amis qui lui rendent régulièrement visite. Compte tenu de son âge, de sa capacité d'assumer la responsabilité de certaines tâches quotidiennes ainsi que l'éducation de ses enfants, force est de constater qu'elle n'a pas non plus épuisé toutes ses ressources adaptatives. Les médecins du SMR ont également relevé l'absence de perturbations de l'environnement psychosocial, malgré l'allégation de lourds handicaps par l'assurée. Ce critère ne peut donc pas être considéré comme rempli.

L'existence d'un état psychique cristallisé marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique ne saurait pas non plus être admise, en raison de l'absence de diagnostic psychiatrique significatif. L'examen du SMR se situe dans les limites de la norme et il n'existe ni symptomatologie dépressive, ni éléments psychotiques florides. On ne saurait dans un tel cas parler d'un état psychique cristallisé, de sorte que ce critère n'est pas non plus rempli en l'espèce.

Enfin, on ne saurait admettre l'existence d'un échec des traitements pratiqués conformément aux règles de l'art, en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux.

En effet, bien que l'assurée ait suivi une thérapie cognitive et comportementale durant une année, cela ne suffit pas à admettre que ce critère soit rempli. En dehors de ce traitement, il ne ressort pas du dossier que la recourante aurait entrepris absolument tout ce qui était en son pouvoir afin de surmonter les effets de son trouble. C'est le lieu de souligner que les experts du SMR ont mis en évidence que les limitations liées à l'exercice d'une activité résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. En particulier, ils se sont déclarés surpris par l'allégation d'intenses douleurs dont le descriptif demeurait vague, de même que par l'attitude démonstrative et peu convaincante de la recourante. Ils ont plutôt conclu à l'existence de bénéfices secondaires liés au statut d'invalidé : ce dernier donne à la recourante un « label de maladie » qui maintient son estime de soi, tout en lui permettant de bénéficier d'une aide plus consistante de sa famille.

Il apparaît que les troubles psychiques en cause ne se manifestent pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de la capacité de travail de la recourante. Il y a donc lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail. Aussi les troubles psychiques présentés par l'intéressée n'entraînent-ils, à long terme, pas de limitation de sa capacité de travail, susceptible de conduire à une invalidité au sens de la loi.

Par contre, les atteintes somatiques limitant la capacité de travail de la recourante dans sa profession doivent être prises en considération dans la fixation de cette capacité. L'office intimé était dès lors fondé à considérer que la capacité de travail découlant de l'atteinte à la santé est entière (avec une diminution de 10 % du rendement) dans une activité adaptée telle qu'elle a été préconisée par le SMR dans son rapport du 17 mars 2003.

9. S'agissant d'un assuré ayant dû interrompre ou cesser son activité lucrative pour cause de maladie ou d'accident et qui, sans handicap, continuerait à exercer une activité lucrative, le taux d'invalidité doit être déterminé en recourant à la méthode générale de comparaison des revenus (Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité - CIIAI, n° 3009).

Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalidé 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).

Sont déterminants pour la comparaison des revenus les rapports existants 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 ; ATFA I 670/01 du 2 février 2003).

En conséquence, à la lecture de la jurisprudence précitée, l'année déterminante pour la comparaison sera l'année 2000, soit une année après l'arrêt définitif de travail.

S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du dossier qu'au moment où la recourante a cessé son activité professionnelle en 1999, elle était employée comme femme de ménage pour un salaire horaire de 19 fr. 20 de l'heure (selon CCT de 1998 applicable jusqu'au 31.12.2000) à raison de 8,5 heures par semaine, soit un salaire annuel sans invalidité en 1999 de 42'432.-.

10. Le revenu d'invalidé, selon la jurisprudence, doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalidé doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (cf. ATF 126 V 76). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale (ATF 124 V 323 ; VSI 1999 p. 182). Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais 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'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 ; VSI 2002 p. 70).
11. 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 dans le secteur de la production en 1998, à savoir 3'507 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 1998, tableau TA3; n° 10-45, 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 (41,9 heures en 1998 ; Office fédéral de la statistique, Chiffres clés du marché du travail), ce montant doit être porté à 3'674 fr. ($3'507 \times 41,9 / 40$), ce qui donne un salaire annuel de 44'083 fr. Réactualisé pour l'année 1999 par la biais de l'indice des salaires nominaux par catégories de travailleurs (femmes ouvrières ; 1998 = 2'379, 1999 = 2'394) le salaire sans invalidité en 1999 est de 44'361 fr. ($44'083 \times 2394 / 2379$).

S'agissant de la déduction à apporter à ce montant, dans un arrêt du 23 octobre 2000 (ATFA non publié en la cause I 177/00), le Tribunal fédéral a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de retenir un abattement de 10% en raison de la limitation à des activités légères dans le cadre d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, car au regard du large éventail d'activités que recouvre cette catégorie, on doit convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et permettent l'alternance des positions et sont donc adaptées au handicap des assurés qui ne peuvent plus effectuer de travaux lourds et doit éviter les positions statiques prolongées.

En l'espèce, la réduction de 10 % du rendement retenue par le SMR est due à la prise régulière de médicaments par la recourante. Dans la mesure où celle-ci souffre de certaines limitations complémentaires et qu'elle n'a plus travaillé depuis plusieurs années, il y aura lieu de tenir compte dans le cas d'espèce d'un abattement supplémentaire de 10 % de sorte qu'il en résulte un revenu d'invalidité de 35'266 fr. ($44'083 \times 0.8$).

Si l'on compare ce montant avec le revenu sans invalidité ($[42'432 - 35'266] / 42'432 \times 100$), on obtient un degré d'invalidité de 24 %, insuffisant pour permettre l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité.

12. S'agissant d'éventuelles mesures de réadaptation (art. 8 et 17 LAI), elles n'apparaissent pas utiles. Les professions qui peuvent encore être exercées par la recourante ne nécessitent aucune formation particulière, car elles consistent en des activités simples, pratiques et répétitives. Si nécessaire, l'assurée pourrait être formée directement en entreprise par une simple mise au courant.
13. Le recours se révèle dès lors mal fondé et 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).

La greffière :

Janine BOFFI

La Présidente :

Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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