RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1507/2003 **ATAS/915/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

4ème chambre

du 10 novembre 2004

En la cause

Madame S_____, comparant par Me Alexia GABIOUD-JENNY en l'étude de laquelle elle élit domicile	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97 à Genève	intimé

Siégeant : Mme Juliana Baldé, Présidente, Mmes Karine STEK et Doris WANGELER, juges.

EN FAIT

1. Madame S_____, ressortissante suisse née en janvier 1944, a exercé la profession d'esthéticienne indépendante jusqu'au 17 septembre 1998, date dès laquelle elle a présenté une incapacité totale de travail.

2. En date du 23 mars 2000, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une fibromyalgie. L'atteinte existait depuis août 1998 et elle pouvait alors travailler environ 12 heures par semaine, soit deux à trois heures par jour depuis le 15 avril 1999.

3. Son médecin-traitant, la Dresse A_____ a, dans un rapport du 20 avril 2000 à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), diagnostiqué une fibromyalgie, une ménopause et une « sp cholécystectomie ». L'assurée avait nécessité un traitement médical depuis février 1998 ; l'état de santé actuel était stationnaire. La patiente avait présenté une incapacité totale de travail du 17 septembre 1998 au 14 avril 1999, puis une incapacité de 75% depuis le 15 avril 1999 pour une durée indéterminée. Les plaintes de la patientes étaient les suivantes : fatigue, très grande fatigabilité, douleurs articulaires et musculaires en augmentant, gonflement de la main et du poignet des deux côtés. Le médecin a indiqué qu'il s'agissait d'une patiente énergique, battante, désirant reprendre le travail, mais très handicapée par ses douleurs.

4. Le deuxième médecin-traitant de l'assurée, le Dr B_____ a adressé en date du 23 septembre 2000 un rapport à l'OCAI. Il a diagnostiqué une fibromyalgie primitive. L'état de santé était stationnaire, l'atteinte à la santé existait depuis 1997 et l'incapacité de travail avait été totale du 7 septembre 1998 au 31 mai 1999, puis à 75% dès le 1er juin 1999. Il a formulé les remarques suivantes : « (…) Douleurs musculaires migrantes ; insertionnites à répétition et localisations diverses (nuque, épaules, dos, hanches, talons). Impotences fonctionnelles douloureuses multiples. Intolérance à l'effort, fatigue chronique intense; sommeil non récupérateur. (…) Tous les bilans de laboratoire et radiologiques sont négatifs. On constate un état dépressif de type essentiel (MARTY), larvé et nié. Douleurs et fatigue sont d'une telle intensité que la patiente reste parfois alitée toute la journée. Depuis juin 1999, elle se force à une petite activité de 25% (...) ».

5. Sur mandat de l'OCAI, l'assurée a été soumise à deux expertises, l'une rhumatologique, l'autre psychiatrique.

6. Dans son rapport d'expertise du 6 février 2002, le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne et affections rhumatismales, a diagnostiqué, en état actuel de la situation, une fibromyalgie. Il a estimé que cette symptomatologie de douleurs et de faiblesse musculaire ne permettait pas à l'assurée de travailler à plus de 25%. Il paraissait inenvisageable à l'expert de recycler l'assurée dans une activité

adaptée, car l'effort d'un nouvel apprentissage ne pouvait pas être exigé, bien que dans les conditions actuelles, la motivation paraissait optimale. L'expert a expliqué que les troubles actuels avaient commencé brusquement en 1997, peu après la ménopause, et s'étaient installés rapidement en l'espace de quelques semaines. L'expertisée ressentait une énorme fatigue, une grande faiblesse musculaire qui prédominait le matin et s'accompagnait de douleurs musculaires. Le sommeil était inefficace. L'assurée se plaignait de vertiges, de nausées, de troubles digestifs. La faiblesse musculaire rendait la marche très difficile, la montée d'escaliers très problématique. Elle s'aggravait dès que la patiente augmentait les efforts. Cette faiblesse s'accompagnait de douleurs musculaires décrites comme des courbatures qui prédominaient dans la nuque, dans la ceinture scapulaire, dans les deux membres supérieurs et inférieurs, jusque dans les extrémités. A cette époque, les mains et les chevilles étaient enflées. Les médicaments anti-inflammatoires et antalgiques restaient inefficaces; un traitement de Tryptisol avait amélioré le sommeil. L'assurée suivait très régulièrement de nombreux traitements (drainages lymphatiques, acupuncture, chromopuncture, calcium, magnésium, vitamines, thérapies de lumière, DHEA, etc.) qui lui apportaient un certain soulagement subjectif sans changer la situation extrêmement invalidante. Mise en arrêt de travail en septembre 1998, l'assurée avait essayé, au prix de grands efforts, de maintenir une activité professionnelle et de garder son cabinet d'esthéticienne en tentant d'aménager les meilleures conditions possibles. Enfin, l'expertisée ne montrait pas de signes frappants de désespoir ou de tristesse, ne présentant aucun signe dépressif.

7. Les Drs D_____ et E_____ du Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève ont établi un rapport d'expertise en date du 14 mars 2002. Ils ont expliqué qu'en 1976, l'expertisée avait ouvert son propre salon de beauté qui avait très vite bien marché. Elle travaillait à 90%. En 1996, elle avait fait un leasing pour son commerce (achat d'appareils) et en 1997, les douleurs musculaires étaient apparues, ainsi qu'une fatigue importante. L'assurée avait dû arrêter son travail pendant un an. Elle l'avait repris par la suite, mais jamais à plus de 25%. Elle restait très motivée par son activité et mettait toute son énergie à la continuer. L'expertisée était jusqu'en 1997 une femme sportive; elle pratiquait le vélo, le ski, la plongée sous-marine et le parachutisme. Elle avait toujours eu une bonne hygiène de vie. C'est en été 1997 qu'elle décrivait l'apparition brutale en deux ou trois semaines d'une fatigue très importante accompagnée de douleurs vives au niveau du trapèze, des triceps, de la paume des mains, des pouces, des fessiers, des muscles du bas du dos et de la face latérale des mollets. Les douleurs étaient intolérables et la contraignaient à rester alitée. De nombreux traitements avaient été entrepris et l'expertisée s'était montrée d'après son médecin-traitant, la Dresse A_____, très combative et prête à tout essayer pour soulager ses douleurs. Le diagnostic de fibromyalgie avait été retenu. Depuis 1997, l'état était stationnaire. L'expertisée devait s'organiser pour ménager ses forces et continuer à travailler à

25%, ce à quoi elle tenait beaucoup. Elle ne présentait pas d'état dépressif. La thymie était généralement neutre, elle avait du plaisir dans les quelques activités qui lui étaient possibles, elle entretenait plusieurs relations amicales, n'avait jamais eu d'idées suicidaires, ni de sentiments de dévalorisation. Elle était par contre souvent réveillée à cause des douleurs et présentait une fatigue importante, une perte d'appétit, ainsi qu'un léger trouble de la concentration. Elle ne présentait ni trouble de la personnalité ni trouble anxieux ni phobie sociale ni agoraphobie. On ne relevait aucun trait de la lignée psychotique. En conclusion, les experts relevaient que l'assurée présentait indubitablement une symptomatologie somatique très invalidante ; les douleurs, la fatigabilité et l'épuisement de l'assurée étaient sévères, invalidants et avaient résisté à de multiples traitements depuis 5 ans. Le pronostic restait très sombre, bien que l'expertisée voulut à tout prix maintenir une activité professionnelle, dont elle avait compris l'importance pour son équilibre psychique, pour conserver un espoir et par besoin de garder le contact avec les clientes de son institut de beauté. Au prix d'un effort considérable, elle parvenait à maintenir son activité professionnelle à 25%. La fibromyalgie n'étant pas accompagnée d'un trouble psychiatrique, il n'y avait aucune limitation du travail dû à cet aspect. L'assurée avait des difficultés à accomplir ses tâches quotidiennes, comme les courses ou le ménage, car la moindre activité entraînait une aggravation des douleurs musculaires et une importante fatigue. La symptomatologie douloureuse et la fatigue ne lui permettaient cependant pas de travailler à plus de 25%. Cet avis était également celui du Dr C_____. L'importance des douleurs ne permettait pas d'envisager une réadaptation dans une nouvelle activité.

8. Par courrier du 28 mai 2002, le Dr F_____, médecin-conseil de l'OCAI, a posé certaines questions à l'expert C_____.

9. En date du 8 juillet 2002, le Dr C_____ a répondu au Dr F_____. Il a indiqué qu'il y avait une concordance nettement mauvaise entre l'intensité des plaintes et l'examen clinique. L'examen clinique objectif montrait une bonne fonction ostéoarticulaire en général et avait apporté peu d'éléments qui puissent expliquer les plaintes si intenses que présentait la patiente. Certaines pressions sur des zones musculaires, notamment les points fibromyalgiques, étaient souvent douloureuses. Il n'y avait pas de faiblesse objective, ni de signe d'atrophie musculaire. Le comportement de l'expertisée et la relation établie avec elle avaient donné l'impression à l'expert d'une personne tout à fait fiable et sincère. A aucun moment, il n'avait eu l'impression que par son comportement, elle cherchait à exagérer son handicap. L'estimation de la capacité de travail se basait essentiellement sur les plaintes de l'expertisée et son récit, sur la description d'une fatigabilité musculaire non objectivée. L'expert estimait que cette symptomatie douloureuse caractérisée par une faiblesse musculaire ou une fatigabilité musculaire mériterait une investigation neuromusculaire dans le but de mettre en évidence une myopathie métabolique par exemple. Ce dernier proposait un examen EMG.

10. L'assurée a été soumise à une troisième expertise, neurologique, conduite par le Dr G_____, spécialiste FMH en neurologie. L'expert a posé le diagnostic de fibromyalgie et formulé les remarques suivantes. L'expertisée était passablement sportive, pratiquant de la natation, de la gymnastique et du ski en particulier. Elle avait également fait du parachutisme et de la plongée sous-marine. Elle avait dû arrêter les activités sportives au début de sa maladie en 1997. Le travail qui jusqu'alors était effectué sans problème et très régulièrement sans absentéisme était devenu difficile. En août 1998, elle avait eu une période où elle n'arrivait plus rien à faire, pratiquement pas à marcher, pas à parler et elle était restée couchée chez elle pendant plusieurs semaines, aidée par son compagnon pour les activités quotidiennes. Durant cette période, l'expertisée présentait toujours de fortes douleurs, une raideur de tous les membres. Les plaintes actuellement étaient des douleurs diffuses, comme des courbatures, des sentiments de tension. Elle était également fatiguée, épuisée, sans énergie. Elle était parfois, mais pas souvent, réveillée la nuit par ses douleurs. Elle n'avait pas l'impression d'être dépressive, encore qu'en rapport avec les douleurs, elle était souvent triste et qu'il lui arrivait de pleurer. Elle disait être de nature gaie et optimiste, mais ses douleurs lui gâchaient la vie. Ces troubles avaient perturbé sa vie sociale, puisqu'elle devait souvent refuser des invitations et qu'elle ne pouvait plus accueillir des gens chez elle. Elle ne faisait plus aucun sport, même la marche était difficile. Elle pouvait tout au plus marcher 15 à 30 minutes. Sa vie de couple était limitée à cause de ses douleurs. Elle ne pouvait en particulier pas partir en vacances. Les travaux du ménage étaient décrits comme difficiles, puisqu'une activité comme éplucher des légumes augmentaient les douleurs. Dans son travail d'esthéticienne, elle faisait des activités légères, pratiquement uniquement des soins du visage. Sur le plan thérapeutique, elle avait essayé tous les antalgiques usuels. Aucun médicament n'avait été satisfaisant. Elle avait également essayé la réflexologie, l'acupuncture, la chromopunture, la physiothérapie, le drainage lymphatique, etc. Il n'y avait pas eu d'amélioration notable. L'examen neurologique était normal. L'examen électro-neuro-myographique également. Il n'y avait pas d'élément en faveur d'une maladie neuromusculaire. Des anomalies radiologiques cervicales (canal cervical relativement étroit, protrusions discales C3-C4, C4-C5 et surtout C5-C6 de localisation paramédiane droite, cervicuncarthrose au niveau C5-C6 à prédominance gauche, rétrécissant le trou de conjugaison) pouvaient expliquer éventuellement les cervicalgies mais pas l'ensemble des symptômes. Concernant la fibromyalgie, l'expert a formulé les remarques suivantes. On ignorait s'il s'agissait d'une maladie organique encore non déterminée ou d'une maladie psychiatrique. Les hypothèses restaient confuses et controversées. L'état dépressif, fréquent, pouvait tout aussi bien en être la cause que la conséquence, compréhensible chez quelqu'un qui souffrait de douleurs permanentes. Le fait que les troubles fussent subjectifs n'impliquait pas qu'ils fussent inexistants. On ne pouvait pas, par ignorance de son mécanisme, rejeter la possibilité d'une origine organique indépendante de la volonté du patient. Les hypothèse étiologiques étaient une

origine psychiatrique, rhumatologique, métabolique ou encore neurologique. Pour cette dernière, la possibilité d'une maladie musculaire primaire n'était pas exclue, mais il n'y avait pas d'élément positif dans ce sens. Une origine neurologique centrale était possible par altération du mécanisme central dans le contrôle de la douleur. Dans le cas de l'expertisée, l'expert relevait qu'elle avait travaillé toute sa vie, de manière motivée, avec deux formations différentes réussies, plus l'exploitation de son propre salon. Depuis 1997, la symptomatologie fibromyalgique réduisait considérablement son activité professionnelle et non-professionnelle de façon constante. En conclusion, l'expert G_____ retenait, comme le Dr C_____, une incapacité de travail de 75% en rapport avec la fibromyalgie. Le pronostic n'était pas favorable et la situation avait très peu de chance de s'améliorer. Les limitations étaient dues à des douleurs musculaires et à la fatigue entraînant une diminution qualitative et quantitative de la capacité de travail. Certains soins dans son travail d'esthéticienne ne pouvaient plus du tout être effectués. D'une façon générale, toute activité physique modérée ou importante était limitée par les douleurs musculaires. Toute activité soutenue était limitée par la fatigue. Seule une activité limitée dans le temps et nécessitant des efforts légers était possible. L'assurée avait présenté une incapacité totale de travail du 17 septembre 1998 au 14 avril 1999, puis dès le 15 avril 1999 à 75%. Aucune mesure de réadaptation n'était envisageable. La capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ne pouvait pas être améliorée et aucune autre activité n'était exigible de la part de l'assurée. Enfin, l'expert précisait qu'il ne pouvait répondre de façon certaine à la question de savoir si la fibromyalgie dont était atteinte l'expertisée était une maladie neurologique ou non.

11. Dans un formulaire du 21 février 2003, le Dr F_____ a noté que l'assurée ne présentait pas de structure de la personnalité prémorbide singulière, de comorbidité psychiatrique sévère, d'autres affections corporelles chroniques importantes et objectives, de perte de l'intégration sociale et familiale ni de demande inconsidérée de soins médicaux ou d'investigations médicales. Le caractère de la maladie était constant dès le départ, il y avait eu plus ou moins absence de résultats satisfaisants des traitements conformes aux règles de l'art et une évolution de la maladie sur plusieurs années sans rémission. Il y avait divergence entre les plaintes décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient imprécises, divergences également entre les informations fournies par le patient et celles de l'anamnèse, un éventuel profit tiré de la maladie ainsi que l'allégation d'impotences fonctionnelles graves malgré un environnement psychosocial non professionnel conservé. Le syndrome douloureux était de gravité sévère mais la reprise d'une activité lucrative raisonnablement exigible était possible.

12. Par décision du 3 mars 2003, l'OCAI a refusé à l'assurée toute prestation. En effet, il résultait des expertises que cette dernière souffrait d'une fibromyalgie excluant toute autre atteinte à la santé. Or selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des

assurances (ci-après le TFA), les troubles somatoformes douloureux qui n'étaient pas associés à une comorbidité psychiatrique grave n'entraînaient pas une incapacité de travail significative au sens de la loi sur l'assurance-invalidité.

13. Par courrier du 2 avril 2003, l'assurée a formé opposition à cette décision, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle a relevé que tous les médecins avaient établi le même diagnostic et lui avaient reconnu une incapacité de travail de 75% en rapport avec la fibromyalgie. Les médecins et les experts avaient également unanimement relevé qu'elle démontrait une grande volonté à tenter de sortir de sa situation de maladie, en maintenant une activité professionnelle ainsi qu'en tentant d'innombrables traitements. Tous ces praticiens avaient noté son courage et sa motivation ainsi que sa sincérité et sa fiabilité. Tous avaient admis que l'incapacité de gain de l'assurée était due à sa fibromyalgie qui entraînait une faiblesse musculaire, des douleurs et un épuisement sévère. Un éventuel diagnostic de myopathie métabolique avait été soulevé à plusieurs reprises. Selon l'expert G_____, il était impossible en l'état actuel de la science, de certifier que la fibromyalgie n'était pas une maladie organique ou neurologique. Dès lors, la jurisprudence citée par l'OCAI n'était pas applicable en l'espèce, puisque tous les trois experts consultés retenaient une incapacité de travail de 75%.

14. Dans une décision sur opposition du 18 juin 2003, l'OCAI a confirmé sa décision du 3 mars 2003, se référant à la jurisprudence du TFA concernant les troubles somatoformes douloureux, qui devaient être accompagnés de certains critères afin d'avoir valeur d'invalidité, notamment celui d'une comorbidité psychiatrique qui faisait défaut en l'espèce. Même si l'expert G_____ avait évoqué plusieurs hypothèses pour expliquer les douleurs dont se plaignait l'assurée et avait relevé dans ce contexte que la subjectivité des troubles n'impliquait pas qu'ils soient inexistants, il n'était pas possible de considérer que la fibromyalgie dont était atteinte l'assurée présentât un caractère invalidant. Il était exact que tous les médecins précités avaient indiqué que l'assurée ne pouvait travailler à plus de 25% et qu'un reclassement professionnel n'était pas envisageable. Toutefois, il n'était pas possible de suivre sans autre les conclusions de ces médecins, l'appréciation du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux s'appréciant par rapport aux critères posés par la jurisprudence fédérale, critères faisant défaut en l'espèce, l'assurée ne souffrant d'aucune lésion objectivable. Or, des plaintes subjectives étaient insuffisantes pour reconnaître l'existence d'un trouble invalidant au sens de la loi sur l'assurance-invalidité.

15. Par acte du 18 août 2003, l'assurée a recouru contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle s'est référée aux résultats des trois expertises dont elle avait fait l'objet et aux conclusions des experts, qui tous diagnostiquaient une fibromyalgie invalidante et retenaient une incapacité de travail de 75% dans sa profession, en raison des douleurs et de la faiblesse musculaire, ainsi que de l'échec des traitements entrepris. En l'occurrence,

les experts avaient tous indiqués que le fait que les troubles somatoformes soient subjectifs n'impliquaient pas qu'ils soient inexistants. L'on ne pouvait pas, par ignorance de son mécanisme, rejeter la possibilité d'une origine organique indépendante de la volonté du patient. Tous les experts avaient relevé la volonté de la recourante, le fait qu'elle était très sportive, qu'elle avait travaillé toute sa vie, et les répercussions réelles et invalidantes de sa maladie sur son activité professionnelle et sa vie quotidienne. Le refus de rente de l'OCAI basé sur l'absence de troubles psychiatriques associés à la fibromyalgie n'était pas soutenable au vu de l'avancement des plus récentes recherches sur la fibromyalgie qui pouvait avoir des causes endocriniennes, biochimiques, infectieuses, ou traumatiques. En outre, l'assureur perte de gain maladie de la recourante avait considéré la fibromyalgie comme une maladie invalidante, puisqu'il avait versé des indemnités journalières. La recourante a joint à son recours deux attestations, l'une de la Dresse A_____ qui mentionnait que pour sa patiente, il n'avait pas été possible de maintenir une activité professionnelle complète, non pas en raison d'un manque de volonté, mais en raison d'une fatigue invalidante avec des douleurs articulaires aggravées par le mouvement et le repos. La deuxième attestation émanait du Dr B_____ qui relevait que l'insuffisance des moyens diagnostiques disponibles à ce jour sur le plan médical engendrait une injustice majeure pour les patients atteints d'une fibromyalgie primitive invalidante.

16. Dans sa réponse du 27 août 2003, l'OCAI s'est référé à ses décisions et aux pièces du dossier, maintenant sa position de refus de toute prestation.

17. Par courrier du 29 janvier 2004, la recourante a requis l'audition des Drs A_____ et B_____ ainsi que sa comparution personnelle.

18. Le Tribunal de céans a ordonné une audience de comparution personnelle des parties qui s'est tenue le 24 mars 2004. L'OCAI ne s'est pas présenté à cette audience.

    La recourante a expliqué qu'elle prenait des antidépresseurs depuis 6 ans, qui présentaient l'avantage de relaxer aussi les muscles. Elle se faisait traiter à raison de 4 consultations par semaine. Elle suivait notamment un traitement neurovégétatif par résonance magnétique, un traitement par perfusion de multivitamines et d'antidouleurs, une séance d'acupuncture et une séance de drainage lymphatique en vue de diminuer les oedèmes de la main et de la cheville. Elle suivait également des séances d'étiopathie par séries, en général toutes les deux semaines. En plus des traitements susmentionnés, elle effectuait elle-même à la maison tous les matins une demi-heure de chronothérapie (thérapie de lumière) aussi à but antidépresseur. Elle s'administrait une injection intramusculaire de produits homéopathiques tous les jours pour la tonification du foie, de la rate et des reins. Elle prenait en sus des médicaments homéopathiques par voie orale. Elle a expliqué qu'avant de tomber malade, elle pratiquait énormément de sport et qu'elle adorait son métier exercé

pendant 25 ans. Malgré le peu de résultat des traitements, elle restait optimiste, car elle était une battante. Elle a persisté à solliciter l'audition des Drs A_____ et B_____.

19. En date du 28 avril 2004, le Tribunal de céans a procédé à une audience d'enquêtes ; les Drs A_____ et B_____ ont été entendus.

Selon la Dresse A_____, la fibromyalgie de sa patiente était caractérisée par une grande fatigue, des troubles du sommeil, des douleurs multiples au niveau tendino-musculaire, aggravées par le repos et le mouvement. Les 18 points de fibromyalgie étaient douloureux chez sa patiente, qui était très active et avait toujours géré son activité indépendante d'esthéticienne. Elle avait dû faire face dans sa vie à des difficultés qu'elle avait toujours affrontées en se battant. Par rapport à sa fibromyalgie, elle l'avait abordée selon son habitude, en battante, et avait tout fait pour retrouver sa santé. Cependant, tous ces efforts ainsi que ceux de ses médecins s'étaient révélés infructueux. Elle a formulé les remarques suivantes : "Je n'ai pas constaté chez ma patiente un état dépressif. Je précise que Mme S_____ s'est développée dans une structure psychique particulière : elle a vécu beaucoup de traumatismes dans sa vie, tels que dans sa petite enfance en raison de l'attitude déficiente de sa mère, sa condition de mère célibataire où elle a dû élever seule sa fille, le décès de son compagnon alors qu'elle avait 45 ans et avec lequel elle avait une relation très privilégiée, enfin, une maladie grave deux ans après le décès de son compagnon qui a nécessité une hospitalisation. J'explique toutefois que ma patiente, de par sa structure psychique particulière, a toujours fait face à ses difficultés; une telle attitude peut aussi aboutir à un épuisement physique. Par rapport à un événement difficile, Mme S_____ a la capacité de ne plus manifester ni colère, ni tristesse. Elle accuse le coup et n'en parle plus. Si la question peut sembler réglée sur le plan extérieur, je ne peux pas savoir si en réalité elle l'est sur le plan intérieur. Cette question devrait faire l'objet d'une psychothérapie de type analytique (…). De mon point de vue, une fibromyalgie peut tout à fait être invalidante sans une atteinte à la santé psychique. J'avais mis Mme S_____ en arrêt de travail à 100% afin qu'elle puisse récupérer et pour éviter une évolution vers une fibromyalgie. Ma patiente m'a elle-même demandé de reprendre son activité à 25% car elle tenait à maintenir une certaine capacité de travail. Il n'a pas été possible d'augmenter son taux d'activité. En présence d'une fibromyalgie, lorsque je mets un patient en arrêt de travail, je me fonde sur ses déclarations mais aussi sur les constatations objectives que je peux faire, à savoir l'état d'épuisement, le comportement du patient et la connaissance que j'ai de son histoire. Je confirme que Mme S_____ a la volonté de guérir et que toute simulation est exclue. Mme S_____ suit de nombreux traitements dits alternatifs, malheureusement sans succès à l'heure actuelle (…). Je précise que les patients fibromyalgiques sont toujours des personnes très actives et battantes à la différence de ceux qui souffrent d'un trouble somatoforme douloureux".

Le Dr B_____ a expliqué qu'il avait posé le diagnostic de fibromyalgie en retenant notamment les critères internationalement reconnus par l'Association des rhumatologues américains qui étaient de trouver 11 points douloureux sur 17. Ce médecin a précisé qu'il avait une pratique de 20 ans de ce type de maladie et qu'il traitait environ 40 malades atteints de fibromyalgie par semaine. Il pratiquait aussi la médecine traditionnelle chinoise. Il a affirmé que les malades souffrant de fibromyalgie étaient systématiquement déprimés de manière grave. Il s'agissait toutefois d'une maladie psychosomatique de sorte que la dépression n'était pas évidente. Il s'agissait cependant d'une dépression essentielle, c'est-à-dire d'un déni d'une souffrance psychique. Le malade expliquait que tout allait bien, mais il ne réagissait plus que par son corps, à savoir, il exprimait sa souffrance psychique par son état de fatigue. Mme S_____ n'avait pas de perception d'une souffrance psychique, mais cette souffrance s'exprimait par son intense fatigue et ses grandes douleurs. Selon lui, le déni d'une souffrance psychique était à l'origine de la fibromyalgie de sa patiente. Il était clair que les douleurs et la fatigue intense présentées par l'assurée avaient des répercussions sur son moral. Cette dernière devait être considérée comme étant en incapacité de totale de travail. Il s'agissait d'une femme courageuse qui travaillait de ses mains dans des positions souvent fatigantes pour une fibromyalgique; elle n'avait jamais abandonné son travail, bien qu'elle ait dû le réduire de façon considérable. C'était une battante, à l'opposé d'une simulatrice. Elle avait tout essayé ce qu'on pouvait lui proposer comme traitement sans grand succès actuellement. Elle gardait toujours l'espoir de s'en sortir et cela était remarquable. Ce médecin a confirmé que l'assurée avait vécu des traumatismes tels que les relations avec sa mère dans l'enfance et le décès de son compagnon. Ces traumatismes étaient toutefois niés par la patiente, qui faisait preuve à la fois d'une grande vulnérabilité et d'un grand orgueil. Une psychothérapie n'était pas une bonne indication dans la mesure où la patiente y était opposée puisqu'elle déniait sa souffrance psychique et qu'elle n'avait pas de grande capacité d'introspection. Elle fonçait dans le travail, dans les activités, mais pas dans une démarche analytique. Le pronostic était sombre quant à l'amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assurée.

20. En date du 16 juin 2004, l'experte D_____, médecin-psychiatre, a été entendue en qualité de témoin. L'experte a confirmé que l'assurée ne présentait aucune maladie psychiatrique. Elle n'avait pas constaté un état dépressif réel. La patiente avait cependant déclaré qu'elle était triste en raison de ses douleurs, mais le diagnostic d'état dépressif n'avait pu être posé car l'expertisée ne présentait pas tous les symptômes correspondants. Elle a confirmé que, si l'assurée ne présentait aucune incapacité de travail pour un motif psychiatrique, elle présentait en revanche une incapacité de 75% en raison de la symptomatologie somatique. L'experte s'était fondée sur les déclarations de la patiente et les conclusions des deux médecins internistes qui l'avaient suivie ainsi que sur les constatations du Dr C_____. Elle avait pu constater que l'expertisée était une personne très volontaire et n'était

pas manipulatrice, qu'elle ne présentait aucun trouble de la personnalité. Elle parlait aussi avec beaucoup d'enthousiasme de son métier. Elle avait engagé de nouveaux leasings pour l'achat d'appareils pour son cabinet d'esthéticienne un an avant l'apparition des douleurs. Depuis lors, toute sa vie était réglée d'une façon différente. Il était exact que la fibromyalgie pouvait être la manifestation d'une souffrance psychique qui ne pouvait se manifester autrement que par des douleurs. Il était possible que l'expertisée présentât une souffrance psychique. Toutefois, l'on ne pouvait poser dans son cas le diagnostic d'état dépressif majeur au sens de la classification CIM-10. L'experte a confirmé que l'expertisée ne pouvait pas travailler plus qu'elle ne le faisait actuellement en raison des douleurs et de la fatigue, qu'elle était atteinte d'une maladie qui entraînait une invalidité, comme elle l'avait indiqué dans son rapport d'expertise. Il était tout à fait clair que la souffrance, la fatigue étaient là, et que l'expertisée faisait tout ce qu'elle pouvait pour travailler au maximum de ses forces. Il était inimaginable qu'elle ne puisse percevoir une rente d'invalidité.

L'expert G_____ a également été entendu le 16 juin 2004 en qualité de témoin. Il a confirmé que d'un point de vue neurologique pur, l'expertisée ne présentait pas de lésions. Il a formulé les remarques suivantes : "Je nuance ma déclaration en ce sens que la fibromyalgie, on ne sait pas trop ce que c'est, et qu'il n'est pas exclu que ce soit une maladie neurologique. En l'état actuel de la science neurologique, rien ne permet de trancher en faveur d'une affection de type neurologique." Il avait retenu le diagnostic de fibromyalgie, notamment en se fondant sur l'histoire clinique de la patiente et sur les rapports de ses confrères ainsi que sur l'examen neurologique pratiqué. Il avait constaté les douleurs musculaires au toucher. Les anomalies radiologiques cervicales qu'il avait relevées expliquaient les cervicalgies, mais pas l'ensemble des douleurs diffuses présentées par la patiente. Il ne s'était pas prononcé sur un éventuel état dépressif car ce n'était pas son rôle. Il a confirmé son rapport d'expertise en ce qui concernait l'incapacité de travail de 75% en raison de la fibromyalgie. Il était certes très difficile de mesurer l'intensité des douleurs et leur conséquence sur la capacité de travail. Il s'était toutefois fondé, comme le Dr C_____, sur l'histoire professionnelle et personnelle de la patiente. Elle avait toujours travaillé dans une activité indépendante, puis dès qu'elle avait ressenti des douleurs, elle avait consulté son médecin, la capacité de son travail s'étant pas la suite amenuisée. Au vu du dossier médical et de l'ensemble de l'histoire de la patiente, l'expert estimait qu'elle travaillait actuellement au maximum de ses possibilités. De son point de vue, une personne souffrant de fibromyalgie pouvait parfaitement être invalide sans avoir un état dépressif associé. Le critère de la comorbidité psychiatrique grave n'était pas le seul, selon lui, qui permisse d'admettre une invalidité pour une personne atteinte de troubles somatoformes douloureux dans la mesure où les troubles musculaires pouvaient à eux seuls entraîner une invalidité, en l'absence d'un état dépressif associé. Enfin, il a rappelé que les origines et les causes de la fibromyalgie n'étaient

pas encore connues de façon indiscutable. Il y avait plusieurs hypothèses. Il pourrait s'agir d'une maladie musculaire, mais trop discrète pour qu'on puisse la mettre en évidence actuellement; il pourrait s'agir aussi d'une maladie psychiatrique liée à un état dépressif ou d'une maladie causée par des mécanismes cérébraux qui entraînerait une sensibilité anormale à la douleur.

21. Dans des observations après enquête du 9 juillet 2004, l'OCAI s'est référé à l'avis médical de son service, le SMR LEMAN, du 29 juin 2004, estimant qu'aucun élément pertinent permettant de mener à une appréciation différente du cas n'avait pu être apporté en cours de procédure. Le Dr F_____ dudit service a rappelé que du point de vue psychiatrique, il n'y avait aucune incapacité de travail. Il n'y avait pas non plus de lésion du point de vue neurologique pur et les hypothèses faites au sujet de la fibromyalgie n'avaient aucun intérêt. En outre, selon le TFA, en l'absence d'affections psychiatriques, la fibromyalgie n'avait pas valeur d'invalidité.

22. Dans des conclusions motivées après enquêtes du 13 juillet 2004, la recourante s'est référée aux différentes déclarations de ses médecins-traitants et des experts convoqués qui unanimement reconnaissaient l'existence de ses douleurs et de sa fatigue, qui entraînaient une incapacité de travail de 75%. Tous avaient également reconnu sa grande volonté déclarant qu'elle était une "battante". Quant au fait que l'OCAI avait refusé de reconnaître sa fibromyalgie comme une maladie au sens de l'assurance-invalidité, il fallait se référer à la jurisprudence du TFA selon laquelle il fallait évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assurée d'une activité lucrative. Cette évaluation tiendrait compte de divers critères et l'expert devait de surcroît s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Le TFA avait souligné qu'il était erroné de prétendre que seuls les troubles somatoformes douloureux liés à une comorbidité psychiatrique grave étaient susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de la loi. Une telle comorbidité constituait tout au plus l'un des critères, certes important, à prendre en considération dans le cadre d'une évaluation globale de la situation médicale. En l'occurrence, il n'y avait pas de divergence constatée entre les douleurs décrites et le comportement observé. Il n'y avait aucune manipulation ou simulation de la part de la recourante. Elle avait tenté tous les traitements qui lui avaient été proposés, même les plus contraignants, mais malheureusement sans succès. Ses plaintes n'avaient pas laissé l'experte psychiatre insensible, puisque cette dernière s'était montrée scandalisée par le fait qu'elle n'avait pas droit à une rente d'invalidité. Celle-ci avait conclu à une invalidité de 75% due aux troubles somatoformes douloureux. Il n'existait aucune contradiction entre les conclusions de l'expertise psychiatrique, des autres experts et des médecins traitants. La recourante estimait ainsi que les critères retenus par le TFA pour constater une invalidité due à des troubles somatoformes douloureux étaient parfaitement remplis et qu'il n'y avait donc aucun motif de s'écarter des différentes expertises qui concluaient toutes à une incapacité de travail de 75%.

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.

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 I 226).

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

3. Le Tribunal de céans constate en outre que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable à la forme, conformément à l'art. 60 LPGA.

4. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et a entraîné la modification de nombreuses dispositions dans le domaine de l'assurance-invalidité. La législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 demeure toutefois déterminante en l'espèce. En effet, d'après la jurisprudence, la législation applicable en cas de changement de règles de droit 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 125 V 467 consid. 1 ; 126 V 166 consid. 4b), les faits sur lesquels l'autorité de recours peut être amenée à se prononcer dans le cadre d'une procédure de recours de droit administratif étant par ailleurs ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b). La LPGA n'est applicable qu'aux seules dispositions concernant la procédure, le recours ayant été interjeté devant le Tribunal de céans le 18 août 2003. Les dispositions de la LAI seront donc citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

5. Aux termes de 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.

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).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).

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. 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. 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 1996 p. 318 consid. 2a; p. 321 consid. 1a; p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

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; arrêt N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03, 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 (arrêt N. précité, 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 (arrêt N. précité 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 ss., 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 ss.). 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 ss.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 ss. 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).

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'assurance sociale, 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 par la jurisprudence - 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 N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03 consid.2.2.4. et les arrêts cités).

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 (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), 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 socioculturels) 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 (cf. arrêt N. précité consid. 2.2.5).

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 N. précité, consid. 2.2.3 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss., spéc. 80 ss.).

Quant à la comorbidité psychiatrique, celle-ci n’est admise pour des états dépressifs que si ceux-ci peuvent être qualifiés comme une atteinte psychique indépendante des troubles somatoformes douloureux, mais non pas s’ils se révèlent être, sur la base de l’appréciation du dossier médical, des manifestations (réactives) d’accompagnement de ces troubles (ATFA du 12 mars 2004, I 683/03, destiné à la publication et ATFA non publiés du 8 juin 2004, I 282/03 et I 283/03).

6. En l’occurrence, comme cela ressort de la partie en fait, les trois experts, rhumatologue, psychiatre et neurologue ayant examiné la recourante, ainsi que ses deux médecins traitants ont des avis unanimes. La recourante présente une fibromyalgie invalidante, sans comorbidité psychiatrique détectable, sans origine

neurologique détectable en l'état actuel de la science, mais avec des douleurs musculaires et une fatigue invalidante, ne lui permettant pas d'exercer sa profession à plus de 25%. Tous les médecins et experts ont décrit l'assurée comme une battante, qui tentait au prix d'efforts considérables de conserver un travail à 25% dans son cabinet d'esthéticienne, ceci afin de conserver un équilibre psychique, en voyant des clients et en exerçant la profession qu'elle aime. Il n'était pas possible de demander à l'assurée de travailler plus que 25% ; un reclassement professionnel n'était pas envisageable. En effet, les douleurs, la faiblesse musculaire, la fatigue engendrée par tout mouvement ainsi que par le repos, de même que l'échec des traitements entrepris ne lui permettaient pas d'augmenter son taux d'activité lucrative. Enfin, les anomalies radiologiques cervicales constatées pouvaient éventuellement expliquer les cervicalgies, mais pas l'ensemble des symptômes. En l'occurrence, l'on ne se trouvait qu'en présence d'une fibromyalgie, sans autre comorbidité, invalidante, qui avait des répercussions tant sur la vie professionnelle que sur la vie privée (ménage et relations sociales) de l'assurée.

Tous les experts ont reconnu la sévérité de la fibromyalgie. Ils ont également reconnu que d'un point de vue objectif, la mise en valeur de la capacité de travail à plus de 25% de la recourante ne pouvait pas, pratiquement et raisonnablement, être exigée d'elle. Tous ont enfin reconnu que cette dernière était une battante faisant tous les efforts possibles afin de conserver sa faible capacité de travail et que l'on pouvait exclure toute simulation ou exagération de sa part.

7. Selon le TFA, en règle générale, en l'absence de résultats sur le plan somatique, comme en l'espèce, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux - dont fait partie la fibromyalgie - ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations de l'assurance sociale. Cependant, il faut également se poser la question de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de l'assuré qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail.

   En l'occurrence, il apparaît au Tribunal de céans que la recourante fait effectivement preuve de toute sa volonté pour conserver une activité lucrative à 25%.

   Cependant, selon le TFA, le caractère non exigible de la réintégration dans un processus de travail - admissible seulement dans des cas exceptionnels - suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante - qui fait défaut en l'occurrence -, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ces autres critères sont en revanche présents en l'occurrence. En effet, l'assurée est atteinte d'une affection corporelle chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, d'une certaine perte d'intégration sociale, puisqu'elle ne peut plus recevoir d'amis chez elle, ni prendre de vacances et qu'elle est limitée dans toutes ses tâches ménagères ainsi que dans sa vie de couple. Elle présente également un état

psychique cristallisé, certes, sans trouble psychiatrique, mais sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique, comme l'a expliqué l'experte psychiatre lors de sa comparution personnelle, qui a confirmé que la fibromyalgie pouvait être la manifestation d'une souffrance psychique qui ne pouvait se manifester autrement que par des douleurs. Enfin, l'on constatait l'échec des nombreux traitements entrepris, conformes aux règles de l'art, cela en dépit de la motivation et des efforts de la recourante pour surmonter les effets de sa fibromyalgie.

8. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans estime que l'on se trouve en présence d'une fibromyalgie qui se manifeste avec une telle sévérité qu'il n'est pas possible, d'un point de vue objectif, d'augmenter la mise en valeur de la capacité de travail de la recourante, ceci même en l'absence de comorbidité psychiatrique et de substrat organique.

   Selon le Tribunal de céans, qui dispose d'un certain pouvoir d'appréciation, il n'apparaît ainsi pas possible de s'écarter des constatations et estimations des experts et médecins traitants concernant la capacité de travail de 25% de la recourante.

   Pour les motifs susmentionnés, il convient donc de considérer que sa sévère fibromyalgie présente un caractère invalidant et a valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité. Partant, il y a lieu de lui reconnaître une incapacité totale de travail du 17 septembre 1998 au 14 avril 1999, puis une capacité de travail de 25% à partir du 15 avril 1999.

9. Il convient ensuite de déterminer l'incapacité de gain de la recourante, afin de calculer son degré d'invalidité et son éventuel droit à une rente.

   Or, les pièces ne sont pas suffisantes pour établir ladite incapacité de gain ; les comptes de pertes et profits ne sont pas compréhensibles et semblent avoir été établis sans aucune rigueur. Ils ne sont donc pas fiables.

   En effet, la recourante, avant la survenance de son invalidité, déclare disposer d'une clientèle fournie et travailler tantôt à 100%, tantôt à 90% (déclarations contradictoires). Cependant, son bénéfice net le plus élevé - se situant en 1995 – n'ascende qu'à 24'893 fr. 35 pour un chiffre d'affaire de 40'887 fr. 30. En 1996, elle perçoit 23'850 fr. d'une assurance perte de gain (on ignore pour quelle maladie ou accident, ainsi que la durée de cette incapacité de travail), réalise un chiffre d'affaire de 12'856 fr. et un bénéfice net (indemnités maladie comprises) de 23'264 fr. 15. En 1997, alors qu'elle ne présente aucune incapacité de travail, elle réalise un bénéfice net de 13'494 fr. 90 et un chiffre d'affaire de 27'530 fr. En 1998, elle se met à pratiquer dans son propre appartement à un taux de 25% et déclare comme charges vraisemblablement l'entier de son loyer, ce qui n'est pas correct. Cette

année-là, elle réalise un bénéfice net de 5'594 fr. 30 pour un chiffre d'affaire de 23'300 fr. Elle a cependant perçu de l'assurance perte de gain GENERALI un montant de 15'300 fr., dont on ignore s'il a été déclaré. En 1999, la recourante prétend réaliser un chiffre d'affaire de 43'750 fr., soit autant que dans les meilleures années avant son invalidité, alors qu'elle reçoit de l'assurance 44'962 fr. 50. Or de deux chose l'une : soit, elle aurait déclaré le montant reçu de l'assurance (mais pas l'entier !!!) comme chiffre d'affaire et n'aurait alors rien encaissé, contrairement aux affirmations selon lesquelles elle exerce son activité à 25%, soit elle travaille plus qu'auparavant. Il y a en tout cas lieu de relever que la recourante ne déclare pas de façon correcte son chiffre d'affaire, ni ses charges, augmentées vraisemblablement de l'entier de son loyer privé. Quant aux déclarations fiscales, elles sont inutilisables, car elles confondent bénéfice net et chiffre d'affaire selon les années.

Ces données et comptes peu fiables ne sont d'aucune utilité au Tribunal de céans et le dossier sera donc renvoyé à l'OCAI pour instruction complémentaire. La recourante devra fournir des comptes et explications précis sur ses encaissements, son chiffre d'affaire et ses bénéfices ces dernières années, pièces à l'appui (quittances, etc.), afin que l'OCAI puisse procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité, conformément à la méthode ordinaire de comparaison, si cela est possible, et déterminer le taux d'invalidité. Cet office rendra sur cette base une nouvelle décision.

Le recours sera donc admis sans préjudice pour l'une ou l'autre des parties, jusqu'à nouvelle décision.

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. L'admet sans préjudice pour l'une ou l'autre des parties ;

3. Dit que la fibromyalgie dont est atteinte la recourante a valeur d'invalidité ;

4. Renvoie le dossier à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision ;

5. Dit que la procédure est gratuite ;

6. Condamne l'OCAI à verser à la recourante une indemnité de 750 fr.;

7. 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

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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