RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1899/2006 **ATAS/821/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 20 septembre 2006

En la cause

Madame G_____, représentée par CAP PROTECTION JURIDIQUE	recourante

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Maya CRAMER et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Madame G_____, née le 27 mars 1961, a effectué sa scolarité obligatoire au Portugal, jusqu'à l'âge de 11 ans. Après avoir aidé sa mère à la maison, cette dernière l'a envoyée travailler dans une entreprise de confection.

2. L'intéressée est venue en Suisse une première fois en 1980, comme jeune fille au pair. En 1982, elle s'installe définitivement en Suisse. Elle travaille en qualité de vendeuse à l'Uniprix pendant deux ans. Après la naissance de ses enfants, en 1987 et 1989, elle n'a plus exercé d'activité lucrative.

3. Suite à une chute à domicile en 1996, l'intéressée a souffert de cervicalgies post traumatiques. Depuis 1998, elle présente des lombalgies, puis, dès 1999, l'intéressée se plaint de paresthésies dans les mains.

4. Le 21 novembre 2001, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), sollicitant l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, d'un placement ainsi que d'une rente.

5. Répondant au questionnaire servant à déterminer le statut, l'intéressée a déclaré qu'en bonne santé, elle aurait travaillé comme vendeuse à plein temps, depuis novembre 2000, pour des raisons financières. Inscrite au chômage dès le 1er novembre 2000, elle a été en incapacité de travail à 50 % du 1er juin 2001 au 13 août 2001, date à laquelle elle a été en arrêt de travail à 100 %. Elle a bénéficié de prestations en cas de maladie.

6. Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 12 mars 2002, le Dr A_____, médecin traitant, a posé les diagnostics de cervicalgies, sciatalgie à bascule et tunnel carpien bilatéral. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 12 janvier 2001. Il a joint copie du rapport établi par le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin conseil de l'assurance-chômage, selon lequel l'incapacité de travail est totale et définitive, ainsi que de la Dresse C_____, spécialiste FMH en neurologie. Selon cette dernière, l'anamnèse et l'examen clinique et neurologique de la patiente orientent vers des cervicalgies basses prédominant à gauche, associées à des douleurs violentes des poignets et à des épisodes d'endormissement des mains, également prédominant à gauche. L'examen neurologique ne montre pas de signes nets d'atteinte radiculaire, mais les réflexes, très vifs, font suspecter une atteinte centrale. L'IRM cervicale réalisée en novembre 2000 est toutefois tout à fait rassurante, mettant en évidence une très discrète hernie discale C5-C6 médiane sans compression médullaire. L'examen électroneuromyographique est quasiment normal, hormis un discret ralentissement de la vitesse de conduction sensitive du nerf médian des deux côtés.

7. S'agissant des capacités professionnelles, le Dr A_____ a indiqué que l'intéressée devait privilégier l'alternance des positions assise/debout, qu'elle devait éviter notamment les positions à genoux, accroupie, l'inclinaison du buste, les ports de charges et les mouvements répétitifs. La motivation pour la reprise d'un travail ou d'un reclassement professionnel est faible et l'absentéisme prévisible dû à l'état de santé important.

8. L'OCAI a effectué une enquête à domicile le 28 octobre 2003. L'assurée a expliqué que son époux était au bénéfice d'une demi-rente de l'assurance-invalidité depuis 1997 et que la famille est aidée par l'Hospice général. Elle a voulu reprendre une activité de vendeuse à plein temps, en novembre 2000, mais son état de santé l'en a empêchée. Elle a bénéficié des prestations cantonales de chômage en cas de maladie jusqu'en avril 2002.

9. L'OCAI a mandaté le Dr Antonello D'ORO, spécialiste FMH en rhumatologie, pour expertise. Dans son rapport du 10 mars 2004, l'expert a posé les diagnostics de cervicalgies basses (discopathies C5-C6 avec discrète hernie discale médiane sans effet compressif), lombosciatalgies (discopathies modérées L3-L4 et L4-L5, petite hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane droit, syndrome du tunnel carpien bilatéral à prédominance gauche, status post ménisectomie interne partielle du genou gauche avec persistance d'une lésion grade II et gonarthrose débutante du genou droit. Les plaintes subjectives décrites par la patiente au niveau de la région cervicale et lombaire sont assez importantes alors que sur le plan clinique, les limitations restent plutôt modérées et avec une corrélation radio-clinique assez faible. Sur le plan physique, les limitations concernent la position debout et assise prolongée (jusqu'à 1 h), le port de charges lourdes (plus de 15 kg), et la position penchée en avant prolongée. Les douleurs cervicales gênent en outre une activité avec les bras au-dessus de l'horizontale. Quant aux douleurs dans les poignets et les doigts, elles entraînent une diminution de la force de préhension et gênent les travaux fins. Sur le plan psychique, l'expert relève une thymie plutôt dépressive, avec un état de fatigue permanent. Les troubles de la patiente sont présents de façon significative depuis au moins 1999. L'expert estime la capacité de travail résiduelle dans l'activité de vendeuse à 50 %. Dans une activité adaptée respectant les limitations, lui permettant de faire des pauses en cas de douleur, la capacité de travail pourrait être estimée à 80 %.

10. Par décision du 23 septembre 2004, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressée, au motif qu'elle présentait une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée. Son degré d'invalidité, calculé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires, s'établissait à 26 % et était insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Quant aux mesures professionnelles, elles n'étaient pas envisageables, dès lors que l'intéressée exprimait clairement n'être pas en mesure de s'y soumettre.

11. Par courrier du 12 octobre 2004, le Dr D_____ a formé opposition, invoquant un fait nouveau, à savoir l'apparition depuis quelques mois d'un état dépressif pour lequel elle est traitée par le Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'assurée a également formé opposition par courrier du 3 décembre 2004.

12. A la demande de l'OCAI, le Dr E_____ a établi un rapport en date du 17 décembre 2004 aux termes duquel la patiente présentait une fibromyalgie depuis fin 2003, cervico-brachialgies chroniques depuis 1996, un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis début 2004, ainsi qu'une agoraphobie avec trouble panique depuis 2002, affections pour lesquelles le taux d'incapacité de travail est de 100 %. Le médecin indique que la patiente suit un traitement sous forme d'antidépresseurs et de somnifère, ainsi qu'une thérapie cognitive et comportementale.

13. Après avoir requis l'avis du Service médical régional AI (ci-après SMR), l'OCAI a décidé de procéder à une expertise psychiatrique et a mandaté le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à cet effet. Dans son rapport du 20 mars 2006, l'expert relève qu'à l'examen clinique, l'assurée est bien orientée dans le temps, l'espace et la situation. Il n'y a pas de symptômes de la lignée psychotique. Concernant la lignée dépressive, l'expert a noté une discordance entre ce qui est dit et ce qui est perçu par lui; il conclut que l'humeur est légèrement dépressive et l'assurée légèrement triste. Si elle a des idées pessimistes, il n'y a pas d'idées de ruine. Il a relevé des signes d'anxiété, avec des peurs, des sensations d'angoisse diffuse et d'autres signes de somatisations. Sur la base de l'échelle de l'anxiété et de la dépression de Hamilton, l'expert a retenu un état dépressif léger qui correspond avec l'impression clinique. Aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail n'a été retenu ; en revanche, au titre des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a relevé un syndrome douloureux somatoforme persistant, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et une personnalité anxieuse. Il explique que l'état dépressif est une réaction à l'apparition des douleurs, de sorte qu'il peut être inclus dans l'évolution naturelle d'un trouble somatoforme, car la plainte essentielle concerne une douleur intense et persistante. S'agissant des limitations, du point de vue psychique, il lui est difficile d'objectiver les dires de l'assurée qui dit ne pouvoir rien faire. Quant au trouble somatoforme dont souffre l'assurée, il ne semble pas revêtir une telle intensité pour qu'elle ne puisse pas travailler et l'incapacité de travail est au maximum de 20 %.

14. Dans une note du 11 avril 2006, le SMR relève, au vu des conclusions de l'expertise psychiatrique, que seules les limitations fonctionnelles somatiques doivent être prises en compte.

15. Par décision du 24 avril 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, au motif que le trouble somatoforme douloureux ne revêt pas le degré de gravité requis par la jurisprudence pour être invalidant, de sorte que seules les limitations fonctionnelles somatiques doivent être prises en compte.

16. Représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, l'assurée interjette recours le 26 mai 2006. Elle se réfère aux estimations des Drs D_____, B_____ et E_____ selon lesquelles elle est totalement incapable d'exercer une activité et allègue qu'elle n'est pas en mesure d'effectuer les travaux ménagers. Une capacité résiduelle de travail de 80 % lui semble utopique, au vu de ses nombreuses limitations physiques. Elle reproche à l'OCAI de n'avoir pas tenu compte des conclusions du Dr E_____.

17. Dans sa réponse du 22 juin 2006, l'OCAI se réfère aux conclusions de l'expert psychiatre et conclut au rejet du recours.

18. Les écritures de l'OCAI ont été communiquées à la recourante en date du 22 juin 2006 et le dossier tenu à sa disposition pour consultation. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'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).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Lorsque

toutefois l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer le principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement de bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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

5. Le litige porte sur la question de la détermination du degré d'invalidité de la recourante et, partant, de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

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

   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).

   L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance.

   S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré

présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références ; consid. 4.3.1 de l'arrêt P. du 1er mai 2003, I 780/02).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al.1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004, date de l'entrée de la 4ème révision AI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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

Par ailleurs, en ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il

ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

7. a) En l'espèce, il résulte du dossier médical que la recourante souffre de cervicalgies, de lombalgies ainsi que de douleurs aux poignets engendrant, selon son médecin traitant, une incapacité de travail de 100 % depuis le 12 janvier 2001. Toutefois, l'IRM cervicale ne montre rien de significatif, hormis une discrète hernie discale médiane C5-C6 sans effet compressif. De même, la Dresse C_____, neurologue, n'a constaté cliniquement aucun signe d'atteinte radiculaire, avec un électroneuromyogramme quasiment normal.

   Du point de vue rhumatologique, l'expert mandaté par l'intimé a constaté qu'en ce qui concerne les genoux, il existe un status post ménisectomie partielle à gauche et des signes radiologiques d'une gonarthrose débutante à droite. Toutefois, l'expression clinique reste faible et le status fonctionnel des genoux est pratiquement normal. L'expert a observé que les plaintes décrites par la patiente au niveau cervical et lombaire sont assez importantes alors que sur le plan clinique, les limitations restent plutôt modérées, avec une corrélation radio-clinique assez faible. En tenant compte des limitations fonctionnelles, l'expert a estimé que la capacité résiduelle de travail dans l'activité de vendeuse est de 50 %, probablement depuis 1999, alors que dans une activité adaptée, elle est de 80 %.

   Sur le plan psychiatrique, le Dr E_____, psychiatre traitant, a évoqué le diagnostic de fibromyalgie et d'épisode dépressif sévère depuis début 2004, pour lequel un traitement antidépresseur a été instauré, ainsi qu'une thérapie cognitive et comportementale. Ce rapport succinct ne décrit cependant pas de façon détaillée le status psychique de la recourante. En outre, dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, le médecin a indiqué que l'incapacité de travail était totale, sans plus d'explications. Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'intimé a ordonné une expertise psychiatrique.

   En effet, dans un arrêt récent (ATFA du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux

cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (arrêt S. précité, consid. 4.2.1 et 4.2.2).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction

adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (arrêt S. précité, consid. 4.3).

b) Selon l'expert psychiatre, le Dr F_____, les diagnostics retenus, soit un syndrome douloureux somatoforme persistant, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et une personnalité anxieuse n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. Il explique que le trouble somatoforme dont souffre l'assurée ne lui semble pas revêtir un degré d'handicap tel que l'assurée ne puisse pas mettre en œuvre ses ressources pour pouvoir travailler, étant rappelé qu'elle a un discours centré sur les symptômes physiques. Il conclut que l'incapacité de travail est au maximum de 20 %.

Bien qu'il y ait une certaine contradiction dans les propos de l'expert, dans la mesure où il indique que les diagnostics n'ont pas d'influence sur la capacité de travail pour conclure ensuite à une incapacité de travail d'au maximum 20 %, le Tribunal de céans relève que l'état dépressif est décrit comme léger, réactionnel à l'apparition des douleurs et qu'il peut être inclus dans l'évolution naturelle d'un trouble somatoforme : l'expert expose que la plainte essentielle concerne une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble psychique, survenant dans un contexte de conflit émotionnel (hystérectomie, puis plus tard mort du père) et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble. A cela s'ajoute le fait que les symptômes physiques sont amplifiés ou entretenus par l'état psychique de la recourante. Pour le surplus, le Tribunal de céans relève que l'expertise réalisée par le Dr F_____ comporte une anamnèse détaillée, qu'il a eu connaissance de l'entier du dossier, qu'il a pris en compte les plaintes de la recourante, qu'il a expliqué et motivé ses diagnostics, de sorte qu'elle revêt pleine valeur probante.

Il sied par ailleurs de rappeler que pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que le syndrome douloureux chronique que présente la recourante n'est pas invalidant au sens de la

jurisprudence, ce en l'absence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importante pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et réintégrer un processus de travail n'est pas exigible de sa part.

Il se justifie en conséquence de ne retenir que les limitations fonctionnelles somatiques décrites par le Dr D'ORO et d'admettre que la recourante présente une capacité de travail résiduelle de 50 % dans l'activité de vendeuse et de 80 % dans une activité adaptée.

8. En l'occurrence, en bonne santé, la recourante aurait repris une activité à plein temps comme vendeuse, dès novembre 2000, pour des raisons financières. Au vu des pièces du dossier, c'est ainsi à juste titre que l'intimé l'a considérée comme une personne active.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir exerçant l'activité qui peut être raisonnablement être exigée 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 (cf. ég. art. 16 LPGA dès le 1er janvier 2003).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). En ce qui concerne la comparaison des revenus, sont déterminants les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222; 128 V 174).

En l'espèce, pour déterminer le gain sans invalidité, il convient de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]), les données de l'employeur faisant défaut. En 2002 (année d'ouverture du droit éventuel à une rente), le revenu mensuel que peut réaliser une femme dans le domaine de la vente au détail de biens de consommation et de services s'élève à 3'741 fr., pour 40 h par semaine, soit 3'900 fr. pour 41,7 h (ESS 2002, TA1 chiffre 52, niveau 4 activités simples et répétitives), soit 46'800 fr. par an.

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

Compte tenu d'un salaire mensuel brut en 2002 de 3'809 fr. pour une activité simple et répétitive de 40 heures dans le secteur de la production (ESS 2002, TA 1 niveau 4), soit 3'970 fr. 90 pour 41,7 heures habituelles (La Vie économique 12/2002 p. 88 tableau B 9.2), le salaire annuel doit être fixé à 47'651 fr. Etant donné une capacité de travail de 80 %, le revenu brut déterminant s'élève à 38'120 fr. 80.

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

En l'occurrence, l'intimé a procédé à un abattement de 10 % compte tenu des limitations fonctionnelles. Le Tribunal de céans n'a pas de motif de s'écarter de cette appréciation. En conséquence, le salaire d'invalide, après abattement, s'élève à 34'308 fr.

En conséquence, après comparaison de ce revenu avec celui obtenu sans invalidité, le degré d'invalidité doit être fixé à 26,69 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

9. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, le Tribunal de céans rappelle que selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable.

   Toutefois, compte tenu du fait que lors de l'entretien avec la division de réadaptation professionnelle de l'intimé la recourante a clairement déclaré n'être pas en mesure de suivre des mesures professionnelles, force est d'admettre que de telles mesures n'entrent pas en ligne de compte.

10. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

Le greffier	La présidente
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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