REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3865/2005 **ATAS/1157/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 24 octobre 2007

En la cause

Madame I_____, domiciliée , BERNEX	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique JECKELMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame I_____, née le 1959, originaire de Serbie, ex-Yougoslavie, mariée, mère d'une fille née en 1991, est en Suisse depuis 1993. Après avoir travaillé pendant un mois comme vendeuse à la Pharmacie principale en octobre 1993, elle n'a plus exercé d'activité lucrative en dehors de la tenue de son ménage.

2. En raison de lombosciatalgies et d'un état anxio-dépressif, le Docteur A_____, médecin traitant, a mis l'intéressée en arrêt de travail à 100 % dès le 12 mars 2001, pour une durée indéterminée.

3. Le Docteur B_____, spécialiste FMH en neurologie, a examiné l'intéressée le 26 novembre 2001 à la demande de son médecin traitant. Dans son rapport du 27 novembre 2001, il observait que l'examen clinique neurologique révèle une patiente peu loquace, fermée. La nuque ne présentait pas de limitation, mais la palpation de la musculature paracervicale, des trapèzes et des épaules était douloureuse. Le médecin a noté qu'il lui semblait que les cervicalgies et les cervico-brachialgies s'intégraient dans le cadre de son état dépressif sévère. Il a programmé une IRM cervicale, qui a mis en évidence une discopathie C5-C6 débutante.

4. Le 22 avril 2002, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant à l'octroi d'une rente.

5. Dans son rapport à l'OCAI du 7 juin 2002, la Doctoresse C_____ a posé les diagnostics d'inadaptation socio-professionnelle, dépression réactionnelle, nucalgies et lombosciatalgies. Elle a décrit une patiente présentant un manque de force et des idées noires. Selon ce médecin, l'incapacité de travail est de 100 % depuis le 12 mars 2001 et le pronostic est réservé.

6. Le 29 juillet 2002, le Docteur A_____ a adressé un rapport à l'OCAI, aux termes duquel les diagnostics suivants ont été posés : état dépressif endogène, discopathie C5-C6, pancréatite biliaire, cholécystite sur cholélithiase et status après cholécystectomie. Il a indiqué que la patiente présentait un état dépressif accompagné de fibromyalgie très algique au toucher et qu'elle était totalement incapable de travailler depuis le 12 mars 2001.

7. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée par l'OCAI le 10 mai 2004, en présence du mari de l'intéressée, cette dernière ne parlant pas bien le français. Il en résulte que l'assurée est née dans une famille pauvre du Kosovo où elle a vécu jusqu'à son mariage. Elle n'a rien indiqué de son passé médical, ni professionnel, disant ne se souvenir de rien. Selon le mari, l'état de santé de son épouse s'est complètement dégradé lorsqu'il a été hospitalisé d'urgence pour un problème

cardiaque. Elle n'a jamais retrouvé l'état antérieur à cet événement. Les problèmes de santé des époux sont sources de conflits dans le couple. En plus de la fatigue et de l'état dépressif, le mari signale que son épouse se plaint de douleurs partout. Sur le plan de la formation scolaire et professionnelle, l'assurée a suivi la scolarité obligatoire, puis elle a travaillé comme serveuse dans une cafétéria durant quelques années dans son pays. L'assurée a déclaré qu'en bonne santé, elle ne travaillerait pas. Elle a interrompu l'activité qu'elle avait commencée en 1993 à la Pharmacie principale, car elle se sentait trop isolée, trop mal de ne pas comprendre ni parler le français. Par la suite, elle n'a jamais tenté une reprise de travail, bien que son mari ait été déclaré invalide et mis au bénéfice d'une rente entière dès avril 1995. Sur le plan financier, le mari est actuellement rentier AVS et la situation n'a guère changé ces dernières années. Dans le calcul de ses prestations, l'OCPA aurait tenu compte d'un revenu potentiel de l'épouse et diminué ses prestations de 700 à 800 fr. par mois, estimant que l'épouse devrait exercer une petite activité pour contribuer aux frais du ménage. S'agissant des travaux du ménage, le mari déclare qu'il fait tout depuis 2001, alors que l'assurée assure qu'elle participe à quelques travaux. La fille de l'assurée, âgée de 13 ans, aide aussi à l'entretien courant de la cuisine. La collaboratrice de l'OCAI n'a pas procédé à l'évaluation des empêchements : elle a en effet conclu son rapport d'enquête en déclarant qu'en raison de l'atteinte psychique, de l'attitude apathique et du conflit du couple, il était très difficile de savoir quels étaient les empêchements réels rencontrés par l'assurée dans ses tâches ménagères.

8. Dans un rapport adressé à l'OCAI le 5 juillet 2004, le Docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics suivants, avec répercussions sur la capacité de travail : état dépressif chronique sévère, troubles de l'adaptation, syndrome somatoforme douloureux persistant invalidant. Il explique que la patiente se plaint de douleurs partout et qu'elle présente un trouble de l'adaptation. L'incapacité de travail est surtout liée à son problème psychiatrique, mais les affections organiques jouent un rôle. Selon ce praticien, l'assurée est inapte d'exercer un quelconque métier, excepté celui de ménagère où sa capacité de travail est de 100 %.

9. Le service médical AI SMR LEMAN, dans son rapport d'examen du 15 septembre 2004, relève que l'assurée présente des troubles de l'adaptation depuis son arrivée en Suisse, se manifestant par une dépression réactionnelle et des douleurs chroniques sans substrat anatomique. Le rhumatologue évoque un syndrome douloureux somatoforme persistant plutôt qu'une fibromyalgie, mais la psychiatre n'a pas retenu ce diagnostic. Quant à l'enquête ménagère, le SMR est d'avis qu'il convient de la considérer avec réserve, dès lors que c'est le mari qui a répondu, en amplifiant les plaintes. Si l'assurée est inapte à toute activité lucrative, elle ne présente en revanche aucun empêchement dans son activité de ménagère. D'autre part, le mari étant à l'AVS, la famille n'a plus de contrainte économique l'obligeant

à rester ici et pourrait regagner son pays d'origine, ce qui permettrait d'améliorer l'état de santé de l'assurée.

10. Par décision du 11 janvier 2005, l'OCAI a rejeté la demande, au motif que l'assurée ne présente aucune atteinte à la santé ayant valeur de maladie susceptible de diminuer sa capacité à accomplir ses travaux habituels.

11. Le 21 janvier 2005, l'assurée a formé opposition, alléguant que son état de santé ne s'était pas amélioré, qu'elle passait la majorité de sa journée au lit, incapable de rester debout longtemps et d'effectuer un quelconque travail ménager. Elle a fait valoir qu'elle était contrainte de demander de l'aide extérieure.

12. Le SMR Rhône, dans un avis du 30 août 2005, relève que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (TSDP) n'a jamais été évoqué par la psychiatre et considère que les renseignements médicaux sont suffisants pour conclure à l'absence d'un tel trouble.

13. Par décision du 10 octobre 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, au motif qu'elle ne présente pas d'atteinte à la santé l'empêchant d'accomplir ses tâches ménagères.

14. Le 2 novembre 2005, l'assurée a interjeté recours, déclarant s'opposer à la décision de l'OCAI, dès lors que ce dernier n'a jamais demandé à ses médecins traitants de préciser quelle est sa capacité réelle à accomplir les tâches quotidiennes. Elle réservait la production d'attestations des Docteurs D_____ et E_____.

15. Le 17 novembre 2005, la Doctoresse E_____-, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a communiqué au Tribunal une attestation, aux termes de laquelle elle suivait régulièrement l'assurée qui présentait un état dépressif grave la rendant incapable de travailler à 100 %.

16. Le 28 novembre 2005, l'assurée a contesté certains points de l'enquête économique, relevant qu'elle ne venait pas du Kosovo, mais de Serbie, qu'elle avait essayé de travailler et que, pour ce faire, elle avait pris des cours de français payés par le chômage. Elle n'a cependant reçu aucune proposition d'engagement et ses problèmes de santé ont commencé. Elle soutient que chaque démarche pour effectuer un quelconque travail ménager ou culinaire lui demande des efforts insupportables, ce qui explique l'énervement de son mari, car ils n'ont pas les moyens de payer une aide ménagère. Enfin, elle fait valoir qu'au vu de son état, il est impensable qu'elle puisse regagner son pays d'origine, ajoutant qu'elle n'a plus la force de lutter.

17. Le 2 décembre 2005, l'OCAI a persisté dans ses conclusions.

18. Après avoir délibéré, le Tribunal de céans a décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique de la recourante et, par ordonnance du 29 juin 2006, le Dr F_____, médecin-adjoint au service de psychiatrie adulte de la Clinique de Belle-Idée, a été mandaté à cet effet.

19. Les Drs G_____, médecin interne, et F_____, médecin adjoint de la Clinique de Belle-Idée, ont examiné la recourante à quatre reprises, en avril et mai 2007. Dans leur rapport du 24 mai 2007, ils ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4, épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique F32.11 et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0. Le syndrome douloureux persistant est qualifié de grave et, du fait de sa chronicité, de son intensité et de l'importante fatigue qu'il entraîne, il a valeur de maladie. L'état dépressif est moyen et peut être qualifié d'atteinte indépendante, car il serait antérieur à l'apparition de la symptomatologie douloureuse. Selon les experts, il n'y a pas d'affections corporelles chroniques, le syndrome douloureux et la dépression peuvent être considérés comme un processus maladif. La patiente se dit socialement isolée, mais cette assertion doit être relativisée car elle s'est présentée à l'un des rendez-vous avec une amie proche. Les difficultés de compréhension de la langue française témoignent aussi de l'échec de l'intégration. Les troubles psychiques constituent un état "cristallisé", en ce sens qu'il n'est pas susceptible d'évoluer favorablement et ses diverses manifestations cliniques sont figées. Quant aux traitements, les experts constatent l'échec apparent des traitements habituels de la dépression, tout en précisant que deux antidépresseurs seulement ont été prescrits à des posologies relativement basses et qu'il y a lieu de douter de l'observance du traitement médicamenteux. Ils ont suggéré à la Dresse E_____- de l'évaluer par un dosage plasmatique. La recourante est incapable de s'adapter aux exigences de la vie professionnelle et ses ressources psychiques sont épuisées. Sa capacité de travail est nulle depuis le 12 mars 2001. En revanche, du point de vue psychiatrique, l'assurée n'a aucun empêchement dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Enfin, les experts ont constaté des divergences entres certains rapports médicaux et les données obtenues par l'anamnèse : ainsi, la symptomatologie douloureuse était déjà présente en 1993 en raison d'un problème d'adaptation selon le Dr D_____, alors que l'expertisée a déclaré n'avoir eu aucune douleur avant 2001, précisant qu'elles sont apparues après l'infarctus de son mari. De même, il ressort de l'enquête ménagère qu'il y aurait des conflits dans le couple, ce que l'assurée a toujours nié. Ces divergences sont à leur avis le reflet d'une mauvaise collaboration de l'expertisée.

20. L'expertise a été communiquées aux parties le 4 juin 2007 et un délai au 25 juin 2007 leur a été imparti pour se déterminer.

21. Dans ses écritures du 21 juin 2007, l'OCAI considère que le rapport d'expertise confirme que la recourante ne présente aucune atteinte à la santé susceptible de

l'entraver dans l'accomplissement de ses tâches ménagères et conclut au rejet du recours.

22. La recourante n'a pas déposé d'observations. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. 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.

2. 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 (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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

4. L'objet du litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance invalidité.

5. Selon l'art. 4 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, 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). Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité sont réputés invalides si l'atteinte à leur santé les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 5 al. 1 LAI).

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).

A teneur de l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références ; consid. 4.3.1 de l'arrêt P. du 1er mai 2003, I 780/02).

6. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans 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. L'entrée en vigueur au 1er janvier 2004 de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement de rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70%, les conditions relatives à l'octroi d'un quart de rente ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la

4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005 I 7/05, consid. 2, et du 6 septembre 2004 I 249/04 consid. 4).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. 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 dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

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

   La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent

la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

On ajoutera encore que dans un arrêt ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 70 consid. 4.1).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   A cet égard, 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).

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

9. En l'espèce, il résulte des rapports médicaux figurant au dossier, que la recourante présente depuis le début de 2001 des cervicalgies, cervico-brachialgies associées à un état dépressivo-anxieux. Elle se plaint également de maux de tête, de vertiges et d'une grande fatigue. Les différentes investigations effectuées sur les plans biologique, rhumatologique et neurologique n'ont rien montré de particulier. Les clichés de la colonne dorsale et lombaire n'ont mis en évidence que des troubles statiques modérés ainsi qu'une discopathie débutante L5-S1. L'IRM cervicale pratiquée à la demande du Docteur B_____, neurologue, n'a rien révélé d'anormal, si ce n'est une discopathie C5-C6 débutante. Le diagnostic de

fibromyalgie associée à un état dépressivo-anxieux important a été posé par le Docteur A_____, médecin traitant. Les Docteurs D_____ et H_____ ont évoqué plutôt un syndrome somatoforme douloureux directement lié à l'état dépressif important. Le Docteur D_____ a précisé dans son rapport du 5 juillet 2004 concernant les capacités professionnelles, que la recourante était incapable de travailler à 100 % depuis le 12 mars 2001 dans n'importe quel travail à l'extérieur de la maison. En revanche, dans son activité de ménagère, la capacité de travail raisonnablement exigible est de 100 %.

Sur le plan psychiatrique, la recourante est suivie depuis le mois de mars 2001 par la Doctoresse C_____, qui a diagnostiqué une inadaptation socio-professionnelle, une dépression réactionnelle (personne déplacée malgré elle), des nucalgies et des lombalgies. La psychiatre décrit sa patiente comme amorphe, avec des paroles difficiles, très négatives, des idées noires, parlant un français très approximatif et impossible à placer dans un travail quelconque. L'incapacité de travail est de 100 % dès le 12 mars 2001. Enfin, la Doctoresse E_____-, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a confirmé, dans un certificat médical établi le 17 novembre 2005, que la recourante présente un état dépressif grave la rendant incapable de travailler à 100 %.

Au vu des rapports succincts des médecins psychiatres précitées, dont l'une retient le diagnostic de dépression réactionnelle, sans en préciser toutefois la gravité, qui entraînerait une incapacité de travail de 100 %, alors que l'autre fait état d'une dépression grave rendant la recourante incapable de travailler, le Tribunal de céans a ordonné une expertise psychiatrique de la recourante, en vue de déterminer quelle est exactement son atteinte à la santé sur le plan psychiatrique et quelles en sont les conséquences sur la capacité de travail ou celle d'accomplir ses travaux habituels.

10. Les experts ont retenu le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant, épisode dépressif moyen, avec syndrome de somatisation et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ils ont qualifié le syndrome douloureux de grave et considéré que de par son intensité, sa chronicité et l'importante fatigue qu'il entraîne, il a valeur de maladie. S'agissant de l'état dépressif moyen, il peut être considéré comme une atteinte psychique indépendante, car il serait antérieur à l'apparition de la symptomatologie douloureuse. Les experts ont expliqué que les troubles psychiques constituent un état cristallisé, en ce sens qu'il n'est pas susceptible d'évoluer favorablement et que ses diverses manifestations cliniques sont figées. Les ressources psychiques de l'assurée sont épuisées et elle est incapable de s'adapter aux exigences de la vie professionnelle, dans quelque activité que ce soit. En conclusion, les experts ont retenu une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle, mais à une capacité entière dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, comme le Dr D_____ l'avait déjà mentionné.

Le Tribunal de céans constate que l'expertise remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui conférer pleine valeur probante et que les explications des experts sont claires et convaincantes. A cet égard, il n'est pas contradictoire de retenir une capacité de travail totale dans les travaux habituels. En effet, il sied de rappeler que pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents), et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre de celles-ci, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (arrêt non publié C. du 8 novembre 1993, I 407/92; arrêt S. du 11 août 2003, I 681/02). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222).

Dans le cas d'espèce, l'aide est apportée par le mari et la fille de la recourante.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans n'a aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expertise psychiatrique.

11. Afin de calculer le degré d'invalidité de la recourante, il convient préalablement de déterminer quel est son statut.

En effet, tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 41 LAI), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 al. 2 et 3 LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré

dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées).

En l'occurrence, l'intimé a considéré la recourante comme une personne non active, au vu notamment de ses déclarations ainsi que du fait qu'elle n'a jamais travaillé, même après que son mari ait été déclaré invalide en 1995.

Il est exact qu'hormis une activité de vendeuse exercée pendant un mois en 1993, la recourante n'a plus jamais repris d'activité. A l'époque, elle se consacrait à l'éducation de sa fille, née en 1991. En outre, elle a déclaré à l'enquêtrice qu'en bonne santé, elle n'aurait pas travaillé. Le Tribunal de céans relève cependant qu'après le grave accident dont son mari a été victime en 1995, la recourante a commencé à présenter les premiers symptômes d'un état dépressif sous forme d'angoisse, de tristesse ainsi que de troubles du sommeil. Il résulte par ailleurs des pièces du dossier ainsi que des déclarations de la recourante, que l'époux a été mis au bénéfice de prestations complémentaires à sa rente d'invalidité, qui s'élevaient selon les avis de taxation à 48'876 fr. par année en 1998 et à 46'464 fr. en 1999. Ceci pourrait expliquer que la nécessité pour la recourante d'entreprendre une activité lucrative ne se soit pas posée pas de manière impérative. Or, la situation a changé dès l'année 2000, puisque les prestations complémentaires ont été réduites à 38'124 fr. par année, l'OCPA ayant tenu compte d'un revenu hypothétique raisonnablement exigible de l'épouse. Après l'infarctus subi par l'époux en 2001, l'état de santé de l'assurée s'est cependant péjoré, avec apparition de la symptomatologie douloureuse.

Au vu de ces divers éléments, le Tribunal de céans considère que la recourante aurait dû, pour des raisons financières et selon le degré de vraisemblance prépondérante, entreprendre une activité lucrative, à temps partiel au moins, dès l'année 2000 - 2001, afin de compenser la diminution des prestations complémentaires (8'340 fr. en moins en 2000). Aussi est-il raisonnable d'admettre qu'elle aurait dû exercer une activité à raison de 10 heures par semaine dès 2000. Dès lors, contrairement à ce que l'intimé a retenu, l'invalidité de la recourante doit être évaluée selon la méthode applicable aux personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel (méthode mixte).

12. En vertu de l'art. 27bis al. 1 RAI, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 5 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI pour cette activité. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et les références, 104 V 136 consid. 2a).

    En l'occurrence, compte tenu d'une activité raisonnablement exigible de 10 heures par semaine et d'une durée de travail moyenne usuelle dans les entreprises de 41.7 heures en 2002 (cf. La Vie économique, 10-2004, p. 90, B9.2), année d'ouverture du droit éventuel à la rente, la part de l'activité professionnelle représente 24 % du temps, le 76 % restant représentant la part des travaux habituels.

    Selon les conclusions de l'expertise, la recourante présente une incapacité de travail de 100 % dans l'exercice d'une activité lucrative; en effet, ses capacités d'adaptation sont nulles et ses ressources psychiques épuisées. Dans l'exercice des activités habituelles, il convient de se référer aux conclusions du rapport d'expertise ; en effet, l'enquêtrice n'a pas été à même de déterminer les empêchements de l'assurée, compte tenu de l'atteinte psychique et des circonstances dans lesquelles l'enquête s'est déroulée (voir à ce sujet ATFA non publié du 22 décembre 2003, I 311/03). Or, selon les experts, du point de vue psychique, la recourante ne présente aucun empêchement pour accomplir ses tâches habituelles.

    Le degré d'invalidité de la recourante s'établit en conséquence comme suit : 10 h x 100 % + ([41.7h - 10] x 0 %) : 41.7 = 23,98 %, arrondi à 24 %, soit un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Pour le surplus, des mesures de réadaptation n'entrent pas en ligne de compte, car elles seraient vouées à l'échec.

13. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

14. Le recours ayant été interjeté avant le 1er juillet 2006, l'art. 69al. 1bis LAI n'est pas applicable, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre un émolument à la charge de la recourante .

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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 auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Sylvie CHAMOUX	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