RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/575/2005** **ATAS/1038/2005**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## 3ème Chambre

## du 24 novembre 2005

En la cause

| | |
|---|---|
| Madame S_____, représentée par Maître BARTH Thomas | recourante |
| contre | |
| OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13 | intimé |

**Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,**
**Mesdames Isabelle DUBOIS et Valérie MONTANI , Juges**

## EN FAIT

1. Madame S_____ est née le 17 octobre 1962. Peu après avoir terminé la scolarité obligatoire, elle s'est mariée et a eu un enfant. Depuis lors divorcée, elle n'a jamais suivi de formation complémentaire et n'a pas non plus travaillé, si ce n'est "au noir", comme serveuse dans le restaurant de son beau-frère au début des années 1990. L'intéressée a obtenu la nationalité suisse en 1988.

2. Le 16 novembre 1995, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI). Elle se plaint depuis longtemps d'une dorsalgie médiane, accentuée à l'effort. L'origine des premières douleurs remonte à l'âge de huit ans. Depuis lors, elles n'ont cessé de s'amplifier. Aujourd'hui, elle dit n'être plus en mesure de conserver une position plus de quelques secondes et être extrêmement limitée dans ses mouvements.

3. Le Dr A_____, orthopédiste, a diagnostiqué dans un rapport adressé à l'OCAI le 28 novembre 1995, un pied creux bilatéral et des métatarsalgies gauches sur protusion plantaire. Le médecin a précisé que le traitement suivi pour les problèmes orthopédiques devrait permettre à la patiente de travailler à 100%, quelle que soit la profession choisie et ce, à compter du 18 avril 1995 (pce 3, fourre 3 OCAI).

4. Le Dr B_____, également chirurgien orthopédique, a quant à lui diagnostiqué, le 1er décembre 1995, un syndrome vertébral dorsal sur troubles statiques importants et une scoliose dorso-lombaire modérée. Il a relevé un manque de souplesse et d'entrainement musculaire provoquant une insuffisance posturale. Selon ce médecin, une activité de vendeuse, qui implique de longues stations debout immobile, ne pourrait convenir à sa patiente. Il a plutôt préconisé un travail tel que celui d'esthéticienne, permettant d'alterner les positions et qui, selon lui, ne comporterait pas de risque d'incapacité (pce 4, fourre 3 OCAI).

5. Le 16 avril 1997, le Dr A_____ a brièvement fait état d'une incapacité totale de travail du 11 décembre 1995 au 8 mai 1996.

6. Le 18 février 1998, le Dr C_____, rhumatologue, a formellement posé le diagnostic de fibromyalgie et celui de troubles statiques et fonctionnels du rachis. Il a indiqué que la dorsalgie médiane était présente depuis l'adolescence et s'était péjorée avec les années.

7. Cela a été confirmé par le Dr D_____ le 27 janvier 2001. Ce médecin a préconisé une réadaptation professionnelle ainsi qu'un bilan neuropsychologique, vu la thymie "franchement dépressive".

8. L'assurée a été soumise à un examen neuropsychologique par le Dr E_____, neurologue. Dans son rapport du 21 mars 2001, ce dernier a conclu à un

ralentissement et à des troubles attentionnels légers, ainsi qu'à des performances légèrement à modérément déficientes en matière de mémoire verbale, de dénomination et orthographe et de raisonnement abstrait sur des données verbales. Il a relevé le manque de maîtrise de la langue française et le faible niveau scolaire. Selon lui, le ralentissement et les troubles attentionnels décelés pourraient être compatibles avec un état dépressif. Il a recommandé un soutien psychologique par un thérapeute familier des représentations propres à la culture de la patiente et l'intégration dans une institution telle qu'Intégration pour tous ou l'atelier PRO.

9. En janvier 2003, le Dr F_____, psychiatre, a rendu un rapport d'expertise à la demande de l'OCAI. Les plaintes de l'assurée consistent en une lourdeur des jambes, des insomnies, de la fatigue. Elle affirme être épuisée après une demi-heure d'efforts. Le médecin a estimé que, puisque les douleurs d'aspect somatoforme se manifestaient dans le contexte d'un état dépressif, critère d'exclusion pour le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, il n'y avait pas lieu d'en tenir compte. L'assurée lui a affirmé faire le ménage, sortir, marcher beaucoup et faire les magasins, de sorte que lorsqu'elle rentre, vers sept heures du soir, elle est épuisée. Elle lui a également dit déprimer et se sentir lourde et handiapée. Elle a assuré que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait. Le médecin a conclu à un épisode dépressif. Il a également estimé que les diagnostics de scoliose et fibromyalgie n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail: Il a préconisé une évaluation de la capacité de travail par des spécialistes de l'orientation professionnelle et s'est montré pour sa part incapable de donner une quelconque indication à ce sujet (pce 20, fourre 3 OCAI).

10. Interrogé par l'OCAI, le Dr F_____ a brièvement confirmé que le trouble psychique de l'assurée se répercutait sur sa capacité de travail mais qu'il était pour sa part incapable d'évaluer cette dernière.

11. Estimant que les renseignements médicaux recueillis ne lui permettait pas de se faire une idée précise de la capacité de travail résiduelle de l'assurée, le service médical régional AI (SMR) a préconisé la mise sur pied d'un stage d'observation professionnelle.

12. Un stage d'observation a donc été mis sur pied auprès de la Fondation PRO. Commencé le 15 mars 2004, il devait se terminer en date du 6 juin 2004. Il s'est en réalité interrompu après 18 jours de présence effective à raison de 47%. Son stage a consisté à effectuer du "mailing". Il ressort du rapport de la Fondation que l'assurée a affirmé avoir essayé de trouver du travail depuis 1996 mais avoir toujours été confrontée à son manque de compétence et d'expérience. Durant le stage, l'assurée a été absente plus de la moitié du temps. Elle s'est plaint de douleurs au dos, à la nuque, aux jambes et à la tête. Les responsables ont estimé que l'assurée ne semblait pas en état, ni physiquement, ni psychologiquement, de pouvoir commencer une activité professionnelle.

13. Le 28 octobre 2004, le Dr G_____, psychiatre FMH au SMR Léman, a rendu un rapport d'examen psychiatrique. Sa description de la vie quotidienne de l'assurée est la suivante : " L'assurée se lève entre 8 et 9h, puis sort faire les magasins. Elle passe toute la matinée en ville et à midi, elle rentre à la maison, préparer le repas et ensuite elle fait une sieste de 20-30 minutes puis regarde la TV. Dans l'après-midi elle rend visite à sa sœur, voit ses amis, se promène, fait les magasins, et rentre seulement le soir. Le soir, elle est toujours entourée par sa sœur ou ses amis. Dans son appartement, l'assurée assume le ménage, la lessive 1x/semaine, le repassage 1x/semaine, l'aspirateur 1x/jour, le nettoyage de la salle de bain et de la cuisine. Tous les jours, à son rythme, l'assurée sort faire les courses. Elle n'a pas de permis de conduire. Sa vie sociale est normale, elle voit régulièrement ses amis et elle est bien soutenue par sa famille. L'assurée dit qu'elle ne reste jamais seule". Le médecin n'a pas objectivé de troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration ou de ralentissement psychomoteur. Il n'a pas non plus relevé d'indices en faveur d'une dépression majeure, pas plus que des angoisses. Il a conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique et, partant, à l'absence d'incapacité de travail.

14. Par décision du 17 novembre 2004, l'OCAI a refusé à l'assurée l'octroi de la moindre prestation.

15. Le 6 janvier 2005, l'assurée a formé opposition en alléguant qu'elle devait être considérée comme personne sans activité lucrative, autrement dit comme ménagère, et en produisant d'autre part un certificat médical établi en date du 5 janvier 2005 par le Dr H_____et attestant d'une fibromyalgie.

16. Par décision du 8 février 2005, l'OCAI a confirmé sa décision du 17 novembre 2004. Il a estimé que, compte tenu des circonstances économiques et familiales, on pouvait admettre avec un degré de vraisemblance prépondérante que l'assurée, sans atteinte à la santé, aurait dû reprendre une activité lucrative pour subvenir à ses besoins. Quant à la fibromyalgie invoquée, il a relevé qu'aux dires des médecins, l'assurée souffrait de troubles d'aspect somatoforme se manifestant dans un contexte d'état dépressif. Il s'est référé aux conclusions du Dr F_____, lequel avait estimé que les douleurs dont se plaignait l'assurée s'inscrivaient dans le cadre d'un épisode dépressif et qu'il fallait dès lors écarter le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. L'OCAI a également relevé que le stage d'observation professionnelle, interrompu prématurément en raison des douleurs invoquées par l'assurée, n'avait permis de tirer aucune conclusion valable quant à sa capacité résiduelle de travail. Enfin, l'OCAI s'est référé aux rapports des Drs I_____ et G_____. Le premier a conclu que les causes d'une éventuelle incapacité étaient surtout d'origine psychique chez une personne mal adaptée en proie à des difficultés conjugales et financières et n'ayant jamais travaillé. La seconde a estimé qu'aucun diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée ne pouvait être posé et attesté de

l'absence de dépression majeure, de décompression psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de troubles de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux persistant ou de limitation fonctionnelle psychiatrique.

17. Par courrier du 11 mars 2005, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut à ce qu'un droit aux prestations lui soit reconnu. Elle admet s'être mariée et avoir eu un enfant peu de temps après avoir terminé la scolarité obligatoire, être depuis lors restée au foyer et n'avoir entrepris aucune formation complémentaire. Elle convient qu'on peut donc conclure, avec un degré de vraisemblance suffisant, que si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, elle n'aurait pas exercé d'activité lucrative. Quant à une éventuelle capacité de travail résiduelle, elle fait valoir que sa fibromyalgie l'empêche de conserver la même posture plus de quelques secondes d'affilée, engendre des difficultés à marcher, à dormir, à rester assise et qu'elle est par conséquent incapable d'effectuer régulièrement les travaux habituels tels que le ménage ou les courses. Elle invoque l'avis de son médecin traitant, le Dr J_____, selon lequel son aptitude au travail est pratiquement nulle et les souffrances endurées totalement invalidantes et incompatibles avec une vie professionnelle active. Elle s'étonne dès lors qu'on puisse avancer que sa santé psychique n'est pas affectée. Elle relève par ailleurs que le rapport du Dr H_____ est postérieur à celui du Dr G_____.

18. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 6 avril 2005, a conclu au rejet du recours.

19. La recourante, dans sa réplique du 13 mai 2005, a pour sa part persisté dans ses conclusions. Elle explique ne pouvoir consacrer à son ménage qu'une quinzaine de minutes par jour et à condition qu'elle n'ait pas exercé d'activité particulière dans le courant de la journée, faute de qui elle doit rester totalement inactive pendant deux jours consécutifs et prendre régulièrement des bains afin d'apaiser ses douleurs. Elle se réfère au rapport d'évaluation de la fondation PRO dans lequel il est relevé que les douleurs sont tellement fortes qu'elles provoquent des nausées et des étourdissements et qu'elle s'est évanouie une fois dans l'atelier. Elle conclut que si le Tribunal devait la reconnaître capable de travailler, il ne devrait alors retenir qu'une activité très simple ne nécessitant aucun effort physique et donc par conséquent mal rémunérée. Enfin, elle invoque un état dépressif moyen.

20. Dans sa duplique du 15 juin 2005, l'autorité intimée persiste à dire que l'assurée ne peut être considérée comme une personne sans activité lucrative et qu'en tout état de cause, même si elle était considérée comme telle, il faudrait tenir compte du fait que, d'une part, les tâches ménagères ne sont pas soumises aux mêmes exigences de rendement que le travail accompli dans le cadre d'une activité professionnelle et, d'autre part, il appartient à un non-actif de prendre ses dispositions en vue

d'organiser ses tâches ménagères en fonction de son état de santé. Dans un tel cas, l'approche de l'OCAI serait d'autant plus restrictive.

## 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. Le Tribunal cantonal des assurances sociales statue en instance unique, notamment sur les contestations relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (ci-après LAI ; cf. art. 1, let. r et 56V al. 1, let. a ch. 2 LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance invalidité. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1 ; 335 consid. 1.2 ; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et réf.). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI ; 831.20) et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (RAI ; 831.201). Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

4. Le recours, interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente de l'assurance invalidité, respectivement sur le taux d'invalidité à la base de cette prestation et l'incidence de l'état de santé sur la capacité de travail.

6. L'invalidité est définie par la loi comme la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). L'incapacité de gain consiste en la diminution moyenne prévisible des possibilités

de gain de la personne concernée sur l'ensemble du marché du travail équilibré pouvant entrer en considération pour elle.

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

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

7. Pour les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison de revenus : on confronte le salaire que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui - après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail - à celui qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison doit en règle générale se faire de telle manière que les deux revenus hypothétiques soient chiffrés le plus exactement possible et mis en parallèle, leur différence permettant de déterminer le degré d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Si leur montant ne peut être déterminé avec précision, il conviendra de les évaluer selon les éléments connus dans le cas particulier et de comparer entre elles les valeurs approximatives ainsi retenues (VSI 2000 consid. 1b 84; VSI 2000 consid. 1a 316).

Chargé d'édicter des prescriptions complémentaires pour les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant leur invalidité, le Conseil fédéral a adopté les articles 27 et 27bis RAI (art. 28 al. 3 LAI). Aux termes de ces dispositions, l'invalidité des assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative au sens de l'art. 5 al. 1 LAI, est évaluée en fonction de l'empêchement d'accomplir leurs travaux habituels (méthode spécifique ; art. 27 al. 1 RAI). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, on entend l'activité usuelle dans le ménage et, le cas échéant, dans l'entreprise du conjoint ainsi que l'éducation des enfants (art. 27 al. 2 RAI).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux directives de l'OFAS (cf. ch. 3095 CIIAI). L'évaluation de l'invalidité d'une personne sans activité lucrative nécessite l'établissement d'un catalogue des activités ménagères qu'elle pratiquait

avant la survenance de son invalidité (ou aurait pratiqué sans la survenance de l'invalidité), que l'on compare ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore exiger d'elle, malgré son invalidité. La personne chargée de l'enquête doit indiquer les activités que l'assuré ne peut plus accomplir ou alors uniquement de manière très limitée ainsi que la date du début de l'empêchement. Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a déjà eu l'occasion d'admettre la conformité aux art. 5 al. 1 LAI et 27 al. 1 et 2 RAI de cette pratique administrative (arrêts non publiés du 9 avril 2001 en la cause G., I 654/00, du 22 août 2000 dans la cause C., I 102/00 et du 15 novembre 1999 en la cause H., I 331/99). Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas sur le plan médical, qu'il faut faire procéder par un médecin à une évaluation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c).

8. Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité -, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être définie aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre qu'on ne saurait exiger de lui, pour des raisons sociales et pratiques, qu'il mette à profit sa capacité de travail ou – condition alternative – qu'une telle exigence serait insupportable pour la société (ATF 127 V 298 consid. 4c in fine , 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b ; VSI 2000 p. 153 consid. 2a ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références citées).

   Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux - ou une fibromyalgie - peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATFA I 683/03 du 12 mars 2004, publié aux ATF 130 V 352; ATFA I 870/02 du 21 avril 2004 ; ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RSAS 1997 p. 75; RAMA 1996 No U 256 p. 217 et 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).

   Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des

observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.1).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (arrêt I 683/03 du 12 mars 2004 consid. 2.2.3; A_____, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René SCHAUFFHAUSER/Franz SCHLAURI [éd.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64ss, et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point A_____, op. cit. p. 76ss, spéc. p. 81ss).

Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi A_____-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87ss) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.2 ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; arrêt N. précité consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt I 683/03 du 12 mars 2004, consid. 2.2.3 in fine; A_____, op. cit. p. 76ss, spéc. 80ss).

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 au considérant 4.1.2 ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. arrêt I 683/03 du 12 mars 2004, consid. 2.2.4. et les arrêts cités ; ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.3).

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 il dispose, le juge ne saurait 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 au juge d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (ATFA I 282/03 du 8 juin 2004 consid. 4.1.4 ; ATFA I 683/03 du 12 mars 2004, consid. 2.2.2).

En résumé, la jurisprudence exige la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. Lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence à A_____, op. cit., p. 81 et la note 135).

Il convient enfin de préciser qu'en matière d'estimation des empêchements dans les maladies psychiques, le TFA a, dans un arrêt non publié du 9 novembre 1987 en la cause C, I 277/87, jugé que pour l'évaluation de l'invalidité des personnes au foyer, les appréciations médicales avaient plus de poids que l'enquête à domicile (consid. 3). Ainsi, l'enquête sur les activités ménagères n'est pas un moyen de preuve adéquat, lorsque l'empêchement résulte de troubles d'ordre psychique

(ATFA non publié du 6 mai 2002 en la cause L., I 526/01, consid. 3b et les références citées et VSI 2001 p. 159 consid. 3d).

9. En l'espèce, se pose avant tout la question du statut de l'assurée. Celle-ci doit-elle être considérée comme personne exerçant une activité lucrative, comme l'a admis l'autorité intimée, ou comme ménagère ? En l'occurrence, il ressort des explications qui suivent que cette question peut demeurer ouverte dans la mesure où le résultat est le même quel que soit le statut que l'on reconnaît à la recourante. Quant à savoir si l'office intimé aurait dû se livrer à une enquête ménagère, elle peut également rester en suspens, étant rappelé que le TFA a estimé qu'en cas de troubles d'ordre psychique, les appréciations médicales revêtent plus de poids qu'une telle enquête.

10. Dans le cas présent, le diagnostic de fibromyalgie a été clairement posé et n'est pas contesté. C'est le Dr C_____, rhumatologue, qui l'a formellement posé en février 1998. C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée a ordonné une expertise psychiatrique et l'a confiée au Dr F_____. Ce médecin s'est cependant montré incapable de donner la moindre indication quant à la capacité résiduelle de travail et a préconisé de s'adresser pour cela à des spécialistes de l'orientation professionnelle. Il ressort cependant de son rapport que l'assurée traversait alors un épisode dépressif. Quant à la capacité résiduelle de travail, le stage d'observation professionnelle mis sur pied n'a pas non plus été très probant puisqu'il a été interrompu après dix-huit jours de présence effective pour raisons médicales. Il ressort néanmoins du dossier et des nombreux rapports médicaux qui y figurent que dans le cas d'espèce, la fibromyalgie ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, elle exclue toute mise en valeur de la capacité de travail de l'assurée. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail. En effet, un état dépressif moyen réactionnel ne suffit pas à admettre, en l'espèce, le caractère invalidant de son atteinte, dans la mesure où il ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Quant aux autres critères servant à apprécier le caractère invalidant de la fibromyalgie, ils ne sont pas établis. En effet, force est de constater que l'assurée a conservé une vie sociale plus que satisfaisante, qu'elle a même admis auprès des Drs F_____ et K_____ qu'elle était capable de s'occuper de son ménage seule. Enfin, on ne saurait conclure à un état psychique cristallisé sans évolution possible. De manière générale, il est rappelé que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de relativement jeunes assurés tels que la recourante doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique. En conséquence, si l'on considère la recourante comme une personne qui aurait exercé une activité lucrative sans atteinte à sa santé, aucun trouble invalidant ne peut être admis. En particulier, l'assurée est à même d'effectuer ses tâches ménagères, bénéficie d'une médication antidépressive et d'une vie sociale bien remplie. En conséquence, c'est à juste titre que l'autorité intimée a estimé qu'il n'y avait pas d'incidence sur sa capacité de travail.

Il convient également d'ajouter que même si l'assurée était considérée comme ménagère, aucune invalidité ne pourrait lui être reconnue dans la mesure où les critères seraient encore plus restrictifs pour admettre une incapacité à accomplir les tâches habituelles. Elle dispose en effet de la capacité à organiser son temps au mieux pour accomplir les différentes tâches ménagères, dont elle a admis elle-même qu'elle pouvait les exécuter, indiquant seulement, que cela pouvait entraîner pour elle une certaine fatigue si elle ne prenait pas soin de répartir ses activités.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

**PAR CES MOTIFS,**
**LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

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

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

| La greffière | La présidente |
|---|---|
| Janine BOFFI | Karine STECK |

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