



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1869/2004

ATAS/399/2005

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

2^{ème} chambre

du 10 mai 2005

En la cause

Madame C _____, mais comparant par le Centre Social
Protestant en les bureaux duquel elle élit domicile

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE,
97, rue de Lyon, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS , Présidente, Mmes Karine STECK et Maya
CRAMER, juges.**

EN FAIT

1. Madame C _____, ressortissante bolivienne née en 1961, est arrivée en Suisse en 1998 et a été engagée dès le 6 août 1998 en tant que dame de buffet par un hôtel-restaurant.
2. Selon une déclaration d'accident du 30 juillet 1999, l'assurée a fait une chute en portant des caisses de bouteilles à son travail le 18 janvier 1999. En raison de douleurs suite à cette chute, l'assurée a cessé de travailler dès le 23 janvier 1999.
3. Les premiers soins ont été donnés par la Dresse A _____, qui a attesté dans un certificat médical du 30 avril 1999 d'une incapacité totale de travail de la patiente pour « affections médicales » du 25 janvier au 21 février 1999, puis d'une incapacité de 50 % du 22 février au 14 mars 1999. Dès le 15 mars 1999, la patiente a recouvré sa capacité de travail, mais une nouvelle période d'incapacité totale est survenue à compter du 25 mars 1999.
4. Selon un rapport du 10 mai 1999 du Dr B _____, radiologue, des radiographies de la colonne cervicale de face et de profil n'ont pas laissé apparaître de lésion particulière, de même que l'examen électrophysiologique pratiqué le 27 août 1999 par le Dr D _____, neurologue.
5. Le 28 mai 1999, le Dr E _____ a réalisé une tomodensitométrie computerisée de la colonne lombaire et sacrée, qui a révélé une hernie discale de faible épaisseur en L3-L4, une protrusion discale prononcée en L4-L5, de l'arthrose au niveau des articulations interapophysaires postérieures et des lésions dégénératives au niveau des articulations sacro-iliaques.
6. Le 18 octobre 1999, le Dr F _____, médecin traitant, a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis le 14 mai 1999 et qu'elle l'avait consulté pour un état dépressif dans le contexte d'une lombosciatalgie importante. Il était possible qu'il y ait eu un état dépressif préexistant à l'événement du 18 janvier 1999, notamment en rapport avec une opération en 1998.
7. Le 22 octobre 1999, les Drs G _____ et H _____ ont indiqué que la patiente avait séjourné à la Clinique de Loèche-les-Bains du 13 septembre au 1^{er} octobre 1999, où elle avait été admise pour une cure en vue de réduire les douleurs et de renforcer la musculature du tronc. La capacité de travail à la sortie était évaluée à 100 % dès le 3 octobre 1999.
8. Le 22 décembre 1999, la Dresse I _____, rhumatologue, a indiqué au médecin-conseil qu'elle avait vu l'assurée à cinq reprises entre mars et mai 1999. La situation médicale s'était améliorée après traitement, mais la patiente avait été remise en arrêt de travail dès le 25 mars 1999. Après le traitement, il semblait clair

que la patiente avait une capacité de travail de 100 % pour autant qu'elle ne doive pas porter de charges supérieures à 10 kg.

9. Du 11 au 26 janvier 2000, l'assurée a été hospitalisée à la Division de rhumatologie de l'Hôpital cantonal en raison d'une fibromyalgie. Selon le rapport des Dr J _____ et K _____ du 28 janvier 2000, l'examen clinique du rachis était rassurant et les différentes imageries effectuées ne montraient aucune compression radiculaire. Une symptomatologie importante avait été décelée dès son arrivée, raison pour laquelle elle avait été suivie également par le service de psychiatrie. La patiente nécessitait une prise en charge psychiatrique à long terme.
10. Le 17 janvier 2000, les Dr de L _____ et M _____, du Département de Psychiatrie de l'Hôpital cantonal ont diagnostiqué un état dépressif sévère sans caractéristique psychotique dans un contexte de douleurs chroniques, cette symptomatologie étant exacerbée suite à son licenciement et en raison d'un conflit de couple latent.
11. En date du 15 mars 2000, l'assurée a déposée une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), visant à l'obtention d'une rente en raison d'un syndrome post-traumatique, de lombalgies et de fibromyalgie.
12. Dans un courrier du 9 mai 2000 au médecin-conseil de l'assurance-accidents, la Dresse A _____ a indiqué que la patiente l'avait consultée le 25 janvier 1999 pour des douleurs lombo-sacrées depuis 6 jours. Il n'y avait pas de mention d'accident à cette époque et les lombalgies apparaissaient comme un cas de maladie pour laquelle la patiente avait commencé d'emblée un traitement.
13. Selon un rapport du Dr F _____ a l'attention de l'OCAI, l'assurée était en incapacité totale de travailler dès le 25 mai 1999 pour une durée indéterminée en raison de fibromyalgie, d'un syndrome douloureux post-traumatique et de lombalgies chroniques. Globalement, une reprise du travail semblait difficile. La patiente souffrait parallèlement d'un état dépressif grave difficilement accessible pour l'instant.
14. Le 4 mars 2003, l'assurée a été examinée pour le compte du Service médical régional Léman (ci-après : SMR) par le Dr N _____, psychiatre, lequel a diagnostiqué un trouble de l'adaptation ainsi qu'une fibromyalgie. Au moment de l'examen SMR, l'état dépressif s'était amendé, selon l'assurée, depuis la naissance de son fils en 2002 et ne jouait pas de rôle en termes de limitations fonctionnelles. Le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ne constituait pas en soi une comorbidité psychiatrique à la fibromyalgie, qui continuait à gêner l'assurée, mais n'entraînait pas de retrait social complet, ni de surconsommation médicale. En l'absence d'évaluation psychiatrique attestant de l'évolution de sa capacité de travail exigible, on pouvait estimer que son état psychique était compatible avec une reprise d'activité à 50 % dès le 1^{er} juillet 1999 et à 100 % dès le 1^{er} juillet 2000.

15. Le 4 juillet 2003, l'OCAI a informé l'assurée qu'une demi-rente d'invalidité lui serait versée pour la période du 1^{er} janvier au 30 septembre 2000.
16. Par décision du 26 août 2003, l'OCAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier au 30 septembre 2000. L'examen réalisé par le SMR permettait de considérer que l'état de santé de l'assurée était compatible avec la reprise d'une activité à 50 % dès le 1^{er} juillet 1999 et à 100 % dès le 1^{er} juillet 2000.
17. Par courrier du 12 septembre 2003, l'assurée s'est opposée à cette décision, indiquant être toujours en incapacité totale de travail. Elle ne comprenait pas comment le SMR était parvenu à ses conclusions, dans la mesure où elle n'avait subi qu'un examen psychiatrique. Elle demandait donc qu'une nouvelle expertise soit effectuée, ou alors un stage d'observation en atelier.
18. Le 6 octobre 2003, le Dr F _____ a fait savoir à l'OCAI qu'il ne comprenait pas pour quelle raison le SMR n'avait procédé qu'à une évaluation psychiatrique et non rhumatologique, vu la fibromyalgie et le fait qu l'état dépressif n'était pas le premier diagnostic à retenir dans la demande AI.
19. Le 7 janvier 2004, le Dr O _____, rhumatologue, a procédé à un examen clinique pour le compte du SMR et posé les diagnostics de trouble dégénératifs lombaires étagés discrets et fibromyalgie. L'examen général était normal, tout comme l'examen neurologique. Sur la base de l'anamnèse et de l'évolution sur cinq ans, on pouvait affirmer que la problématique douloureuse annoncée par l'assurée n'était pas le reflet d'une maladie rhumatismale ou d'une collagénose quelconque. Radiologiquement, l'assurée présentait des troubles dégénératifs incontestables, qui ne pouvaient toutefois expliquer la symptomatologie évoquée par l'assurée, mais qui déterminaient des limitations fonctionnelles. La capacité de travail exigible était de 100 % pour autant que l'assurée puisse alterner la position assise et debout au moins une fois toutes les heures, qu'elle évite le port de charges supérieur à 10 kg, qu'elle ne travaille pas en porte-à-faux statique prolongé du tronc ni sur des engins vibrants. Dès le mois de janvier 1999, une activité respectant ces limitations fonctionnelles aurait été exigible sur le plan bio-mécanique.
20. Par décision sur opposition du 7 juillet 2004, l'OCAI a confirmé sa décision initiale. Suite à l'opposition, un examen clinique rhumatologique avait été effectué. Des troubles dégénératifs lombaires qui contre-indiquaient la profession de femme de buffet avaient été mis en évidence, mais une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles restait possible à plein temps.
21. Par acte du 8 septembre 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente à 100 %.

22. Selon un avis médical du SMR du 27 octobre 2004, la description de l'état thymique actuel de l'assurée par son médecin traitant était pratiquement superposable à l'examen psychiatrique du SMR, raison pour laquelle il n'y avait pas lieu de retenir une aggravation. Les critères permettant de reconnaître une fibromyalgie comme invalidante n'étant pas remplis, l'avis du médecin traitant quant à l'incapacité de travail ne pouvait pas être suivi.
23. Dans sa réponse du 27 octobre 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Le SMR avait examiné l'assurée sur les plan rhumatologique et psychiatrique. Il ressortait globalement de ces examens qu'elle était capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée dès le mois de juillet 2000, ce qui ne lui occasionnait aucune invalidité. Par contre, l'incapacité de travail à 50 % dans toute activité jusqu'au mois de juillet 2000 lui permettait de bénéficier d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 septembre 2000. Un certain nombre de critères devaient être remplis pour pouvoir reconnaître une fibromyalgie comme invalidante. Ces critères faisant défaut, l'invalidité n'avait été examinée que sous l'angle des limitations physiques, qui aboutissait à un taux de 0 %. Ainsi, suite à l'amélioration de son état psychique, l'assurée n'avait plus droit à aucune prestation à compter du 30 septembre.
24. Le 28 janvier 2005, l'assurée a complété son recours et produit un rapport du Dr F _____ du 3 janvier. Selon ce rapport, tous les efforts pour réintégrer la patiente avaient échoué et elle n'était pas du tout intégrée socialement. Sa maladie l'avait même isolée dans sa famille. L'association des multiples éléments de la maladie menaient à une incapacité professionnelle totale. Il n'était pas possible de justifier le refus de rente par le fait que la patiente aurait refusé un suivi psychiatrique, dans la mesure où « il n'existe pas de preuve scientifique qu'un suivi par un psychiatre a de meilleurs résultats sur l'évolution d'une maladie dépressive, comparé à d'autres branches de la médecine de base ».

Sur cette base, la recourante a admis qu'elle ne présentait pas de comorbidité psychiatrique grave, mais les autres critères étaient remplis. Le processus maladif s'étendait depuis plusieurs années sans rémission durable, il existait une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, son état psychique était cristallisé et tous les traitements avaient échoué. En conséquence, le caractère invalidant de sa maladie devait être reconnu. L'assurée persistait ainsi dans ses conclusions.

25. Cette détermination a été transmise à l'intimé le 2 février 2005 et la cause a ensuite été gardée à juger par le Tribunal de céans.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce reste toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 126 V 166).

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

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité au sens de la présente loi est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

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

50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins, en vertu du deuxième alinéa.

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

Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 15).

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

D'une manière générale, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références; VSI 2001 p. 108 ; ATFA non publié du 9 avril 2002 en la cause I 379/01).

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

Par ailleurs, parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 ; cf. aussi ATF 127 V 298).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 ; RAMA 1996 no U 256 p. 217). 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 ; ATFA en la cause N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêt N. précité, consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (arrêt N. précité, consid. 2.2.3). 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. 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 plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (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; voir également ATF 127 V 298).

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 comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des

affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine).

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 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 N. précité consid. 2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socioculturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés aux consid. ci-dessus (ATFA non publié du 30 novembre 2004 en la cause I 600/03).

En résumé, la jurisprudence exige la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, ou le cumul des autres critères. Lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une

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

6. En l'espèce, le dossier contient des pièces médicales fournies par le Dr F _____, médecin traitant de l'assurée, ainsi que de spécialistes ayant examiné l'assurée à la demande de ce médecin, un rapport de la Clinique de Loèche-les-Bains, deux rapports de l'Hôpital Cantonal, ainsi que deux rapports d'examen (psychiatrique et rhumatologique) du SMR.

L'administration a mandaté le SMR pour qu'il réalise des examens par deux médecins, dont un spécialiste en rhumatologie et un spécialiste en psychiatrie. Ces derniers ont retenu les diagnostics de troubles de l'adaptation avec humeur dépressive, actuellement en rémission, troubles dégénératifs lombaires étagés discrets et fibromyalgie.

L'examen psychiatrique du 4 mars 2003 a retenu que l'atteinte psychiatrique avait justifié à elle seule une incapacité totale de travail durant une certaine période, puis à 50 % durant une autre période. C'est sur la base de ces incapacités de travail, corroborées en particulier par le rapport de consultation psychiatrique de l'Hôpital Cantonal du 17 janvier 2000, lequel avait diagnostiqué un épisode dépressif sévère dans le cadre de la fibromyalgie, qu'a été octroyée la rente d'invalidité litigieuse.

A l'heure actuelle, le trouble dépressif semble être en rémission et ne constitue plus qu'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive.

L'examen des rapports du SMR permet de se convaincre qu'il n'existe pas de maladie psychiatrique, de trouble de la personnalité morbide, ni de limitations fonctionnelles qui puissent justifier, du point de vue médico-juridique, d'une incapacité de travail au-delà des dates fixées par le SMR.

L'examen rhumatologique du 7 janvier 2004 s'était révélé normal, tout comme l'examen neurologique. Sur la base de l'anamnèse et de l'évolution sur cinq ans, le SMR a pu affirmer que la problématique douloureuse annoncée par l'assurée n'était pas le reflet d'une maladie rhumatismale ou d'une collagénose quelconque. Radiologiquement, l'assurée présentait des troubles dégénératifs incontestables, qui ne pouvaient toutefois expliquer la symptomatologie évoquée par l'assurée, mais qui déterminait des limitations fonctionnelles.

Les rapports d'examen du SMR sont détaillés, se fondent sur une étude attentive du dossier, prennent en considération la situation médicale de l'assurée dans son ensemble, aussi bien objectivement que subjectivement. Pour rendre leurs conclusions, les spécialistes ont effectué divers examens, ont pris en considération les plaintes émises par l'assurée et ont acquis une pleine connaissance de l'anamnèse (familiale, professionnelle, par système, personnelle, psychosociale et psychiatrique). Leurs conclusions sont dûment motivées. Les rapports respectent en

tous points les exigences posées par la jurisprudence citée ci-dessus et il y a lieu en conséquence de leur attribuer une pleine valeur probante.

A noter que la teneur et les conclusions de ces rapports sont très proches de ceux établis par les spécialistes de l'Hôpital Cantonal en janvier 2000, et portant sur les plans psychiatrique et rhumatologique.

Par ailleurs, les autres appréciations médicales, plus particulièrement celle du médecin traitant de l'assurée sur laquelle se fonde la recourante, ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions du rapport du SMR. En effet, il s'agit de l'avis du médecin traitant, dont les rapports ne sont pas aussi complets et convaincants que celui du SMR, qui est le fruit d'une discussion de spécialistes.

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

A noter qu'aucun médecin n'a formellement retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Toutefois, la fibromyalgie avérée est parfois considérée comme un trouble somatoforme douloureux par les psychiatres, de sorte qu'il y a lieu d'examiner la présence éventuelle de critères mis en évidence par la jurisprudence, dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. La recourante soutient qu'elle réunit ces critères.

Or, on ne voit pas que l'assurée remplit effectivement en sa personne plusieurs de ceux-ci (ou du moins pas dans une mesure très marquée) qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. D'ailleurs les médecins n'ont pas fait état de pronostic réservé ou sombre dans le cas de la recourante.

Le premier critère a trait à la présence, en sus du trouble somatoforme douloureux persistant, d'une affection corporelle chronique ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (1). Sur ce point, des troubles lombaires étagés ont été clairement diagnostiqués par les médecins. Ces troubles ont certes une influence sur la capacité de travail de la recourante depuis plusieurs années, mais uniquement par le port de charges. Cependant les douleurs sont présentes depuis plus de cinq ans sans qu'une véritable amélioration ait pu être constatée. A certaines périodes elles ont pris une place centrale dans la vie de l'assurée, de sorte le critère des affections corporelles chroniques peut ainsi être tenu pour établi.

En revanche, il n'apparaît pas à la lecture des rapports médicaux figurant au dossier que la recourante subirait une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2), même s'il est possible qu'elle vive quelque peu dans une situation de retrait. La recourante a gardé de bonnes relations avec sa famille et

sa vie sociale n'apparaît pas sensiblement perturbée. Elle peut également compter sur la présence de plusieurs amies qui lui rendent régulièrement visite. Compte tenu de son jeune âge, de sa capacité d'assumer la responsabilité de certaines tâches quotidiennes ainsi que l'éducation de ses enfants, force est de constater qu'elle n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives. Ce critère ne peut donc pas être considéré comme rempli.

L'existence d'un état psychique cristallisé marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (3) ne saurait pas non plus être admise car si une humeur dépressive perdure apparemment, elle est en état de rémission et ne justifie plus de diminution de la capacité de travail.

Enfin, on ne saurait admettre l'existence d'un échec des traitements pratiqués conformément aux règles de l'art, en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (4), dans la mesure où celle-ci n'a par exemple jamais consulté de manière sérieuse un psychiatre ou un psychologue. Certes la recourante a suivi un bon nombre de traitements qui n'ont pas permis d'améliorer son état de santé, et certains médecins lui ont également laissé entendre que la médecine n'avait pas de véritable solution à son problème, notamment le Dr F_____. Dans le cadre de l'analyse de ce critère, on se doit toutefois de souligner que l'assurée n'a pas épuisé les solutions qui lui étaient offertes.

Il apparaît donc que les troubles psychiques en cause ne se manifestent pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de la capacité de travail de la recourante. 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. Aussi les troubles psychiques présentés par l'intéressée n'entraînent-ils, à long terme, pas de limitation de sa capacité de travail, susceptible de conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 LAI.

Par contre, les atteintes somatiques empêchant la recourante d'exercer sa profession de dame du buffet devront être prises en considération dans la fixation de cette capacité.

En conclusion, vu les atteintes somatiques, une capacité de travail exigible de 100 % doit être retenue, pour autant que l'assurée puisse alterner les positions assise et debout au moins une fois toutes les heures, qu'elle évite le port de charges supérieures à 10 kg et qu'elle ne travaille pas en porte-à-faux statique prolongé du tronc ni sur des engins vibrants.

7. Il reste à examiner l'invalidité qui en découle. S'agissant d'un assuré ayant dû interrompre ou cesser son activité lucrative pour cause de maladie ou d'accident et qui, sans handicap, continuerait à exercer une activité lucrative, le taux d'invalidité doit être déterminé en recourant à la méthode générale de comparaison des revenus,

(Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité - CIIAI, n° 3009).

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

Sont déterminants pour la comparaison des revenus les rapports existants au moment de la naissance du droit à la rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 ; ATFA I 670/01 du 2 février 2003).

A la lecture de la jurisprudence précitée, l'année déterminante pour la comparaison sera l'année 1999, durant laquelle la recourante aurait été capable de reprendre une activité adaptée, son état de santé étant stationnaire depuis lors.

S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du dossier qu'au moment où la recourante a cessé son activité professionnelle en 1999, elle était employée comme dame de buffet pour un salaire mensuel de 3'000 fr payé douze fois l'an. Le salaire annuel sans invalidité en 1999 s'élève donc à 36'000 fr. (3'000 x 12).

Le revenu d'invalidé, selon la jurisprudence, doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalidé doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (cf. ATF 126 V 76). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale (ATF 124 V 323 ; VSI 1999 p. 182). Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les

limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 ; VSI 2002 p. 70).

En l'occurrence, compte tenu de l'activité légère de substitution, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur de la production en 1998, à savoir 3'507 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 1998, tableau TA3; n° 10-45, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,9 heures en 1998 ; Office fédéral de la statistique, Chiffres clés du marché du travail), ce montant doit être porté à 3'674 fr. ($3'507 \times 41,9 / 40$), ce qui donne un salaire annuel de 44'083 fr. Réactualisé pour l'année 1999 par la biais de l'indice des salaires nominaux par catégories de travailleurs (femmes ouvrières ; 1998 = 2'379, 1999 = 2'394) le salaire sans invalidité en 1999 est de 44'361 fr. ($44'083 \times 2394 / 2379$).

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

Quoi qu'il en soit, même dans l'hypothèse où l'on retenait un abattement de 25 % représentant le maximum admissible et qui serait injustifié en l'espèce, on constate que le salaire avec invalidité s'élèverait à 33'271 fr., montant légèrement inférieur au salaire sans invalidité.

Ainsi, si l'on compare ce montant avec le revenu sans invalidité ($[36'000 - 33'271] / 36'000 \times 100$), on obtiendrait un degré d'invalidité de 7,6 %, insuffisant pour permettre l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

Le recours se révèle dès lors mal fondé et doit être rejeté.

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

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

Le greffier :

Pierre RIES

La Présidente :

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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