RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1429/2003 **ATAS/439/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 1er juin 2004

1ère Chambre

En la cause

Madame L_____ recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALITE, intimé
domicilié Rue de Lyon 97 à Genève

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mme Juliana BALDE et Mr Marc MATHEY-DORET, Juges

EN FAIT

1. Madame L_____, née le mai 1965, a travaillé comme femme de chambre dans un hôtel de 1992 à 1997. Cet emploi a pris fin en raison de ses très nombreuses absences pour cause de maladie. L'assurée s'est inscrite auprès de l'assurance-chômage le 16 octobre 1997, et a obtenu un emploi temporaire fédéral du 20 juillet 1998 au 19 janvier 1999. Elle a ensuite travaillé comme aide-soignante dans des homes pour personnes âgées, dans le cadre du programme d'occupation de l'Office cantonal de l'emploi, jusqu'à janvier 2001. Après avoir été à nouveau mise au bénéfice des indemnités de l'assurance-chômage durant quelques mois, elle a été engagée en juin 2001 par l'entreprise X_____ SA, comme employée d'atelier en horlogerie. Elle a cessé cette activité depuis le 7 novembre 2001 en raison de son état de santé. Son employeur a résilié le contrat de travail avec effet au 28 février 2002.

2. L'assurée avait déposé le 25 février 1999 une première demande de prestations AI auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle ou d'un reclassement. Cette demande avait été rejetée par décision du 13 août 2001. L'OCAI avait en effet, tout en admettant que l'assurée ne pouvait plus exercer la profession de femme de chambre, considéré qu'elle s'était réadaptée avec succès comme aide-soignante ou comme employée dans l'horlogerie à plein temps. Son médecin traitant, le Docteur A_____, spécialiste en rhumatologie, avait indiqué qu'elle avait été victime d'un accident survenu en octobre 1993 (faux mouvement en poussant un canapé), depuis lequel elle souffrait de cervico-scapulo-brachialgies gauches chroniques d'origine musculo-ligamentaire. Il avait évalué à 100% l'incapacité de travail comme femme de chambre et, tout comme le Docteur B_____ auquel il avait demandé un avis, considérait qu'un recyclage professionnel devait être accordé.

   Dans un second rapport établi le 10 avril 2001, le Docteur A_____ a déclaré que l'état était stationnaire depuis 1999. Il précise que la patiente « est pleine de bonne volonté et qu'elle désire recommencer à faire quelque chose le plus rapidement possible. Elle déclare qu'elle n'a aucun problème à rester longtemps dans la position assise ou debout. Toutefois elle doit éviter que son bras gauche ne reste longtemps appuyé sur une table. (…) Sur le plan psychique il n'y a pas de signe d'un état dépressif, mais il existe toujours un certain degré d'anxiété ».

Le 30 juin 2002, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, alléguant souffrir de douleurs musculaires et de fibromyalgie depuis 10 ans. Dans un rapport du 4 juillet 2002, le Docteur C_____, nouveau médecin traitant, pose le diagnostic de fibromyalgie, trouble du sommeil et asthénie d'origine indéterminée. Il considère sa patiente comme étant incapable de travailler à 100% depuis le 7 novembre 2001. Il n'exclut cependant pas une reprise de travail à 50% qui pourrait être tentée d'ici quelques mois si l'on note une diminution des douleurs. Il joint à son rapport des observations du Docteur D_____ de l'établissement hospitalier, division de rhumatologie, aux termes desquelles tous les points de fibromyalgie sont positifs. Le Docteur D_____ a envisagé pour l'assurée les mesures suivantes :

- poursuite d'une physiothérapie active,
- prise en charge dans le programme Aqua FM
- introduction d'un antidépresseur de la famille des tricycliques dans le but antalgique,
- reprise d'une activité professionnelle à 50% d'ici à fin février 2002.

Le Docteur E_____, spécialiste en psychiatrie, a déclaré avoir suivi l'assurée du 21 octobre 1995 au 20 mai 1997, suite à un épisode dépressif moyen avec somatisations. Celle-ci est venue à nouveau le consulter le 25 novembre 2002, se plaignant de fatigue, de douleurs dans tout le corps, de trouble du sommeil dus aux douleurs, notamment de la région cervicale. Selon lui, « le diagnostic différentiel se pose entre un trouble somatoforme douloureux persistant et une réaction dépressive prolongée. Comme je ne connais pas les diagnostics somatiques (voir avec le Docteur C_____) et étant donné que la patiente présente de légers symptômes dépressifs, je fais le diagnostic de réaction dépressive prolongée, ceci d'autant plus que les douleurs peuvent être ressenties comme facteur stressant, ainsi que le décès du père survenu il y a une année environ. Du point de vue psychique, il n'y a pas d'incapacité de travail ».

3. Invité à se déterminer, le Docteur F_____ du Service médical régional AI - SMR LEMAN - s'est borné à rappeler que la fibromyalgie n'est pas considérée comme une maladie invalidante au sens de la LAI en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. avis du 12 mars 2003). Le 15 mai 2003, le Docteur F_____ précise que l'assurée peut travailler à 100% comme ouvrière d'horlogerie, répétant en conclusion qu'il s'agit d'une fibromyalgie, sans comorbidité psychiatrique, avec un environnement psycho-social ne semblant pas perturbé.

4. Par décision du 6 juin 2003, l'OCAI a informé l'assurée que toute prestation AI lui était refusée.

5. Par décision sur opposition du 14 juillet 2003, l'OCAI a confirmé son refus.

6. L'intéressée a interjeté recours le 22 juillet 2003 auprès de la Commission cantonale de recours AVS-AI contre la décision sur opposition. Elle produit un certificat du Docteur G_____, spécialiste en psychiatrie, selon lequel elle présente un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique.

7. Interrogé par l'OCAI, le Docteur G_____ a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, depuis novembre 2001 et celui de fibromyalgie (syndrome douloureux somatoforme persistant) depuis 1993. Il évalue l'incapacité de travail en tant que femme de chambre, lingère ou aide-soignante à 100% depuis le 19 novembre 2001 (cf. rapport du 12 décembre 2003). Le 24 mars 2004, le Docteur G_____ précise, à l'attention du Docteur H_____, médecin conseil de l'OCAI, qu'il a fixé le taux d'incapacité de travail à compter du 19 novembre 2001, date à laquelle l'assurée ne le consultait pas encore, sur la base du rapport du Docteur E_____ du 28 décembre 2002. Il ajoute que « l'aggravation signalée en novembre 2001 serait due à l'aggravation d'une part des symptômes de la fibromyalgie (douleurs, abattement) et de l'état dépressif d'autre part (tristesse, découragement). La fréquence des consultations est actuellement d'une par quinzaine et son état est jugé stationnaire ».

   Dans une note datée du 7 avril 2004, le Docteur H_____ constate que toutes les informations sur l'état de santé de l'assurée tel qu'il était avant le 11 juillet 2003 ne proviennent pas des observations directes du Docteur G_____.

8. Dans son préavis du 7 avril 2004, l'OCAI en conclut que le Docteur G_____ n'apporte de fait aucun élément nouveau permettant de procéder à une appréciation différente du cas. Il propose dès lors le rejet du recours.

9. Invitée à se déterminer, la recourante fait valoir que tant le Docteur C_____ que le Docteur G_____ n'approuvent pas la décision prise par l'OCAI. Elle déclare par ailleurs que si elle n'est plus allée consulter le Docteur E_____, c'est parce qu'elle ne se sentait pas convenablement soignée par ce dernier. Preuve en est le fait qu'il n'avait pu poser aucun diagnostic.

EN DROIT

1. a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 1 let. r LOJ).

Dans un arrêt du 30 mars 2004, cependant, le Tribunal administratif (ci-après TA) a constaté d'office la nullité de l'art. 1 let. r LOJ, considérant que le TCAS avait été créé en violation de l'art. 131 de la Constitution genevoise - Cst GE -.

b) Force est de constater que cette conclusion ne saurait lier le tribunal de céans, aux motifs suivants :

- elle ne figure pas dans le dispositif de l'arrêt. Or, seul le dispositif d'un jugement peut acquérir l'autorité de la chose jugée, et non ses motifs. L'autorité de la chose jugée ne s'étend à ceux-ci que dans la mesure où le dispositif y renvoie expressément et où ils se rapportent à la question litigieuse (ATF 96 I 295 ; Knapp, Précis de droit administratif, 4ème édition, 1991, p. 248 ss ; Habscheid, droit judiciaire privé suisse, 1981 p. 313 et ss.).

- l'autorité de la chose jugée ne vaut quoi qu'il en soit que pour les moyens que le tribunal pouvait examiner (cf. Knapp, op. cit. p. 251). Or, il apparaît en l'espèce douteux que le TA devait, et même pouvait, à l'occasion d'un recours interjeté pour violation des droits politiques contre un arrêté du Conseil d'Etat fixant la date de l'élection des juges assesseurs au TCAS, contrôler la constitutionnalité de la loi instituant cette juridiction.

- une loi inconstitutionnelle ne saurait être déclarée nulle. Seul, l'acte pris en application de celle-ci est annulable (cf. Jean-François Aubert, Bundesstaatsrecht der Schweiz, vol. I, 1991, p. 178, note 430). Il convient au surplus de relever qu'un tribunal se doit en règle générale d'agir avec retenue, plus particulièrement lorsque les conséquences de l'annulation bouleverseraient tout un régime juridique (ATF 112 Ia 313). Tel est manifestement le cas ici, dès lors que le considérant topique de l'arrêt du TA revient à nier l'existence d'une juridiction qui fonctionne depuis le 1er août 2003 déjà, et dont les juges titulaires, ainsi que les juges suppléants, ont été régulièrement élus.

c) Le TCAS examine d'office sa compétence ; vu l'arrêt du TA du 30 mars 2004 niant jusqu'à son existence, il a également à vérifier la conformité à l'art. 131 Cst GE de la loi l'instituant.

Le TCAS est une juridiction administrative spéciale, en ce sens qu'elle traite du domaine particulier des assurances sociales. Il y a lieu de rappeler que selon l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales -LPGA-, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales. Cette disposition légale fédérale oblige les cantons à regrouper tout le contentieux des assurances sociales sous le même toit, contentieux jusque là réparti à Genève entre diverses commissions cantonales de recours et le TA. C'est ainsi pour répondre à l'exigence posée par la loi fédérale que le législateur genevois a créé le TCAS.

Selon l'art. 131 al. 1 Cst GE, « La loi établit des tribunaux permanents pour juger toutes les causes civiles et pénales ; elle en règle le nombre, l'organisation, la juridiction et la compétence ». Lors de la création du TA en 1971, la disposition constitutionnelle a été complétée par un alinéa 2, libellé comme suit : «Un tribunal administratif est institué pour statuer sur les recours de droit administratif dans les cas où la loi le prévoit ».

La Constitution s'interprète selon les mêmes principes que les lois ordinaires. Les règles d'interprétation permettant au juge de dégager le sens d'une disposition sont connues : ce dernier peut recourir à une interprétation littérale, historique, téléologique ou systématique de la norme. Le juge devra partir prioritairement du texte clair de la loi. Le TA, dans son arrêt du 30 mars 2004, a considéré que le texte de l'art. 131 al. 2 Cst GE ne laissait pas de place pour d'autres tribunaux statuant sur les recours de droit administratif ; il a interprété « un tribunal » comme signifiant « un seul tribunal ». Or, l'art. 131 al. 2 Cst GE précise que ce tribunal administratif est institué « dans les cas où la loi le prévoit ». C'est dire que nécessairement le reste du contentieux administratif relève d'autres juridictions. Ainsi l'interprétation littérale permet à elle seule de conclure que le terme « un » doit être qualifié, grammaticalement, d'article indéterminé.

Une telle analyse est du reste confirmée par les interprétations historique et téléologique. Il résulte des travaux préparatoires (Mémorial du Grand Conseil – MGC - 1970, p. 554 ss.) que le législateur en 1970 entendait créer, aux côtés des juridictions civiles et pénales existantes prévues à l'art. 131 al. 1 Cst GE, un tribunal administratif indépendant du pouvoir exécutif. Ce tribunal était destiné à

remplacer les autres autorités – Conseil d'Etat, commissions de recours, etc… qui avaient à connaître des recours contre les décisions des départements. Il n'était cependant pas question que ce remplacement soit général, raison pour laquelle ce tribunal s'était vu doté de compétences d'attribution. Il était évident que certaines commissions spéciales devaient subsister, notamment en raison de leur composition particulière (composition paritaire, experts…). Selon le Mémorial du Grand Conseil, p. 557, « dans le système envisagé, le TA, le Conseil d'Etat et les commissions spécialisées dont le maintien aura été décidé, constitueront autant de juridictions administratives distinctes et indépendantes, entre lesquelles se répartiront les compétences ».

Dès le 1er janvier 2000, le TA a été mis au bénéfice d'une clause générale de compétence. Il est ainsi devenu la juridiction administrative supérieure de droit commun (art. 56 A LOJ). A nouveau, le maintien des commissions de recours spéciales a été expressément réaffirmé (MGC 1997, p. 9430). La constitutionnalité de ces juridictions n'a de plus jamais été remise en cause, ni par le TF ni par le TFA. On ne voit pas dans ces conditions ce qui aurait empêché le législateur, quelques années plus tard, de confier la compétence en matière d'assurances sociales, jusque là dévolues à ces commissions de recours, à une juridiction administrative spéciale, le TCAS en l'occurrence.

Si l'on devait suivre l'interprétation du TA dans son arrêt du 30 mars 2004, non seulement le TCAS, mais également toutes les autres commissions de recours spéciales, y compris celles rattachées au TA lui-même seraient inconstitutionnels. Tel n'a manifestement pas été le but visé par le législateur.

Au vu de ce qui précède, la création du TCAS en application de la LPGA est conforme à la Constitution genevoise.

L'élection des juges assesseurs ayant par ailleurs été annulée par le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 27 janvier 2004, le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février 2004, une disposition transitoire permettant au TCAS de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux assesseurs.

2. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique sur les contestations en matière

d'AVS-AI (cf. article 56 V LOJ). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Le recours interjeté en temps utile auprès de la Commission cantonale de recours AVS-AI est recevable (articles 84 LAVS et 69 LAI).

4. 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 la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'AVS-AI. Elle est applicable au cas d'espèce, la décision litigieuse datant du 25 mars 2003.

5. Le litige porte uniquement sur la question de déterminer si l'état de santé de la recourante a subi une aggravation depuis août 2001, date à laquelle une première décision de refus de prestations AI, entrée en force, avait été rendue par l'OCAI (art. 17 LPGA).

6. L'article 4 alinéa 1 LAI définit l'invalidité comme étant 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. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire dans chaque cas qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299). 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, 115 V 134, 114 V 314, 105 V 158).

   Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée 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 (VSI 2000 p. 153). Les causes de l'atteinte à la santé psychique ne jouent pas de rôle quand il s'agit de décider si celle-ci revêt ou non un caractère invalidant. Ce qui est décisif, c'est de savoir si une atteinte à la santé psychique, indépendamment de son origine, entraîne une incapacité de travail et de gain (ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p.154).

7. En l'espèce, le diagnostic de fibromyalgie, avec 18 points douloureux sur 18, a été posé par le Docteur D_____, dans un rapport adressé au Docteur C_____ le 28 janvier 2002. Il s'agit dès lors de déterminer si les critères retenus par le TFA pour admettre une invalidité au sens de la LAI sont ou non réalisés.

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc ; RSAS 1997 p. 75; RAMA 1996 N° 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).

Se fondant sur la doctrine médicale récente, MOSIMANN a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon cet auteur, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur le degré de gravité de l'afffection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques,

une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable (ATFA du 19 janvier 2000 en la cause K. réf. I 554/98, consid. 2c). Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence 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 (Hans-Jakob MOSIMANN, Somatoforme Störungen, Gerichte und (psychiatrische) Gutachten, in : Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle (RSAS) 1999, p. 1ss et p. 105ss ; VSI 2000 p. 155 consid. 2c).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATFA non publié I 554/98 du 19 janvier 2000 ; ATF 118 V 290 consid. 1b, 112 V 32ss et les réf. citées). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les

plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et réf. ; ATFA non publié du 19 janvier 2000).

A ce titre, MEINE souligne que l'expertise doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (MEINE, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?, in Schweizeriches Versicherungszeitschrift, 67/1999, p. 37ss). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BUEHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567ss. ; ATFA non publié I 554/98 du 19 janvier 2000).

A partir du moment où il est établi qu'il y a atteinte psychique ayant valeur de maladie, il est décisif de savoir si et dans quelle mesure l'assuré peut, malgré son infirmité mentale, mettre à profit sa capacité de travail et de gain en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé dans son cas (ATFA non publié I 3767/02 du 28 mars 2003 consid. 3.1 ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b ; Plaidoyer 2002 N° 4 p. 64, consid. 2b). Si les avis des experts ne reposent que sur des hypothèses (le fait que l'environnement change, qu'elle ait un entourage affectif de meilleure qualité, etc.), et non sur des constatations objectives, sans que les médecins ne se prononcent concrètement sur une diminution de la capacité de travail en raison de problèmes d'ordre psychique leur avis ne peut emporter la conviction.

8. En l'espèce, le Docteur C_____ a relevé chez la patiente outre la fibromyalgie, des troubles du sommeil et l'asthénie d'origine indéterminée, ce qui ne justifie de loin pas le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Le Docteur E_____ n'évoque de même que de légers symptômes dépressifs et ajoute que cette réaction dépressive est sans incidence sur la capacité de travail. Seul le Docteur G_____ parle de trouble dépressif récurrent depuis novembre 2001, alors que la patiente ne le consultait pas encore. Selon ce médecin, l'aggravation survenue en novembre 2001 serait notamment due à l'état dépressif et il cite l'apparition de tristesse et découragement. Le trouble dépressif récurrent qu'il a relevé n'apparaît dès lors quoi qu'il en soit, pas avoir le degré d'intensité déterminant au vu de la jurisprudence du TFA.

Parmi les critères déterminants pour apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux ou fibromialgie, celui de chronicité du trouble doit être apprécié. En l'occurrence, selon les Docteurs C_____ et G_____, la recourante souffre de fibromyalgie depuis 1993. Force est cependant de constater que le diagnostic n'a été posé qu'en 2002, par les Docteurs D_____ et C_____. Or, le Docteur D_____ n'a été consulté qu'une fois et le Docteur C_____ ne suit l'assurée que depuis peu. En outre, les deux médecins étaient d'avis qu'une reprise d'une activité professionnelle à 50% d'ici fin février 2002 serait envisageable. Ils émettaient ainsi un pronostic plutôt favorable. A cela il convient d'ajouter que l'assurée ne présente pas d'idées suicidaires, qu'il n'existe pas chez elle de symptômes florides de la ligné psychotique et qu'il ne peut être retenu à son endroit ni un trouble de la personnalité rigide, ni un trouble hypochondriaque. Par ailleurs, l'anamnèse psycho-sociale décrite par le Docteur E_____ ne fait pas état d'une perte d'intégration. L'environnement psycho-social paraît plutôt positif.

Il s'ensuit que le syndrome douloureux somatoforme persistant ou fibromyalgie dont la recourante est affectée ne revêt pas un degré de gravité suffisant permettant d'admettre un caractère invalidant (cf. ATF non publié I 273/03 du 4 septembre 2003). Il n'y a ainsi pas eu d'aggravation au sens de l'art. 17 LPGA.

La décision de refus de l'OCAI doit dès lors être confirmée.

Il reste à rappeler à l'assurée qu'il lui est loisible de déposer une nouvelle demande de prestations AI au cas où son état de santé subirait une aggravation depuis juin 2003, date à laquelle la décision litigieuse a été rendue.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

conformément à la disposition transitoire de l'article 162 LOJ

A la forme :

1. Reçoit le recours.

Au fond :

2. Le rejette.

3. 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 :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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