RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/177/2004 **ATAS/529/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 29 juin 2004

1ère chambre

En la cause

Madame F_____, recourante
comparant par Me Jacques EMERY en l'Etude duquel
elle élit domicile

contre

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

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Isabelle DUBOIS et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Madame F_____, née le septembre 1953, de nationalité française, mariée et mère de quatre enfants, a travaillé en tant qu'employée de banque auprès de la X_____ du 1er novembre 1984 au 28 février 2001, date à laquelle son contrat de travail a été résilié par l'employeur. A ce titre, elle effectuait un horaire de travail de 35 heures par semaine depuis le 1er septembre 1989 et percevait en 2001 un salaire annuel de 64'965 fr. (4'920 fr. 40 x 13 + un bonus de 1'000 fr.).

2. Du 24 mai au 5 juin 2000, elle a été en incapacité totale de travailler suite à d'importantes brachialgies et paresthésies bilatérales. Après avoir repris son activité à 40 % dès le 6 juin 2000, elle a derechef été en incapacité totale de travailler dès le 21 août 2000.

3. Le 7 février 2001, elle a consulté le Docteur A_____, spécialiste en neurologie, lequel a diagnostiqué un syndrome du tunnel carpien bilatéral très modéré. L'examen myographique effectué n'avait mis en évidence aucun signe de dénervation de distribution radiculaire.

4. Le 7 novembre 2001, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en sollicitant l'octroi d'une rente. Elle a notamment indiqué avoir souffert de mobbing et de surmenage et présenter une fibromyalgie ainsi qu'une épicondylite.

5. Le 22 novembre 2001, la Doctoresse B_____, médecin traitant, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI aux termes duquel elle diagnostique un surmenage professionnel grave depuis 1995, une fibromyalgie secondaire (notamment une épicondylite chronique), une HTA secondaire ainsi qu'un état dépressif secondaire. Cette praticienne a indiqué que l'état de santé était stationnaire et que la patiente se plaignait de douleurs importantes à la nuque, aux épaules et aux coudes, des deux côtés, assez invalidantes et handicapantes même pour le travail ménager. Elle a constaté au surplus que la patiente était très nerveuse, hypertendue et déprimée et qu'elle souffrait d'insomnies et de migraines récurrentes. Son pronostic demeurait défavorable en raison de la durée élevée du surmenage (environ 6 ans). Une autre activité était difficilement envisageable.

6. Le 20 février 2002, la Doctoresse C_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR Léman) a expliqué qu'elle avait pris contact avec le médecin traitant de l'assurée, lequel lui avait indiqué que sa patiente ne présentait pas de maladie psychiatrique, qu'elle n'avait pas eu besoin d'un suivi psychiatrique, et que l'état dépressif était dû au surmenage professionnel.

7. Le 14 avril 2003, le Docteur D_____, psychiatre, et la Doctoresse C_____ ont rédigé un rapport suite au mandat d'expertise psychiatrique confié par l'OCAI au SMR Léman. Ces praticiens ont examiné l'assurée le 4 mars 2003 et ont relevé que celle-ci ne présentait pas de troubles formels ou logiques de la pensée, ni de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, de signes florides de la lignée dépressive, ni de symptômes de la lignée psychotique. Elle était légèrement anxieuse, mais n'avait pas d'angoisses persistantes ni d'attaques de panique en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée. Elle ne verbalisait pas d'idées suicidaires et exagérait ses douleurs. Elle présentait en outre des traits de personnalité narcissique et paranoïaque sans pour autant qu'on puisse parler d'un vrai trouble de la personnalité morbide. C'était une femme narcissique, manipulatrice, projective, avec peu de moyens d'introspection et incapable de se remettre en question. Les experts ont diagnostiqué une dysthymie, ce diagnostic reposant sur une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité était insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Cette dysthymie ne représentait pas une comorbidité psychiatrique à la pathologie somatique présentée. Du point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles et l'assurée présentait une capacité de travail exigible de 100%.

8. Le 18 septembre 2003, le Docteur E_____, spécialiste en chirurgie, a également rédigé un rapport sur mandat de l'OCAI après avoir examiné l'assurée les 1er et 15 septembre 2003. Il a posé le diagnostic de cervicarthrose importante, prédominant entre C4 et C7 sans syndrome neurologique radiculaire au niveau des membres supérieurs ainsi que de troubles statiques et dégénératifs discrets de la colonne dorsolombaire. Le tableau qui prédominait était celui d'un syndrome douloureux chronique dont l'évolution était défavorable avec, depuis quelques mois, extension de la symptomatologie douloureuse aux membres inférieurs. Les points classiques douloureux en cas de fibromyalgie étaient négatifs à l'exception des points épicondyliens. L'expert a relevé qu'en l'absence de limitations fonctionnelles ostéo-articulaires, il n'y avait pas d'incapacité de travail dans la précédente activité de l'assurée, soit employée de banque, cette profession n'exigeant aucun effort, port de charge ou déplacement. L'incapacité de travail actuelle, survenue dans un cadre de conflit au lieu de travail avec plainte pour mobbing, était plutôt due à un processus d'invalidation bien décrit par le Docteur F_____ et dans lequel les facteurs psychosociaux jouaient un rôle prédominant. Au vu de la personnalité de la patiente telle que décrite dans le rapport psychiatrique, le Docteur E_____ a conclu à un mauvais pronostic.

9. Le 15 octobre 2003, le SMR Léman a retenu qu'il n'existait aucune atteinte à la santé et que l'assurée avait conservé une capacité résiduelle de travail de 100% dans son ancienne activité. Il n'y avait aucun lien de causalité entre les plaintes de l'assurée et les constatations cliniques psychiatriques et ostéo-articulaires. Quant aux incapacités de travail attestées par le médecin traitant, elles ne pouvaient

constituer une preuve d'une quelconque incapacité de travail effectif, puisqu'il était admis par la jurisprudence que l'avis du médecin traitant était favorable à son patient en raison des liens de confiance.

10. Par décision du 27 octobre 2003, l'OCAI a refusé toute prestation de l'assurance-invalidité à l'assurée au motif que les expertises médicales réalisées dans le cadre de l'instruction du dossier avaient permis de confirmer l'absence de maladie psychiatrique et n'avaient pas mis en évidence de limitations fonctionnelles sur le plan ostéo-articulaire. L'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité.

11. Par courrier du 7 novembre 2003, l'assurée s'est opposée au refus et a joint une attestation de son médecin traitant appuyant son opposition. Le 18 novembre 2003, elle a sollicité un délai afin de compléter son opposition et a demandé que l'OCAI transmette à son médecin les photocopies des rapports des experts.

12. Le 9 décembre 2003, l'intéressée, par l'entremise de son conseil, a encore transmis trois attestations médicales, dont deux émanant du Docteur G_____, spécialiste en médecine rhumatismale, lequel avait diagnostiqué une fibromyalgie le 17 octobre 2002 déjà. Dans un rapport du 1er décembre 2003, ce dernier a indiqué qu'il avait examiné l'assurée à trois reprises en juin 2000 et qu'il avait confirmé le diagnostic de fibromyalgie diffuse invalidante le 3 novembre 2003. Contrairement aux conclusions des Docteurs E_____ et C_____, il ne pensait pas que l'on pouvait évacuer par une pirouette cette affection douloureuse, dans la mesure où la fibromyalgie n'était effectivement pas une maladie psychiatrique et ne montrait pas de limitation fonctionnelle par définition.

13. Par décision sur opposition du 15 décembre 2003, l'OCAI a confirmé sa décision du 27 octobre 2003 et rejeté l'opposition de l'assurée du 7 novembre 2003 en relevant que les constatations médicales étaient claires et que les divers experts amenés à se déterminer sur son cas avaient estimé que l'assurée possédait une capacité résiduelle de travail de 100% dans sa précédente activité.

14. Par écriture du 30 janvier 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente complète fondée sur un degré d'invalidité de 100% ainsi qu'à une expertise complémentaire à effectuer par un rhumatologue indépendant de l'OCAI assisté d'un confrère psychiatre. Elle a relevé que l'expertise de Docteur E_____ n'avait pas pleine valeur probante dans la mesure où elle était incomplète et en contradiction avec celle effectuée par le psychiatre du SMR Léman ainsi qu'avec l'avis du Docteur G_____, spécialiste en rhumatologie. Au surplus, le Docteur E_____ n'était aucunement rhumatologue, mais chirurgien, et n'avait ainsi pas les compétences pour se déterminer sur le cas de fibromyalgie de l'assurée.

15. Par préavis du 19 février 2004, l'OCAI a proposé le rejet du recours en soulignant que les rapports d'expertise des Docteurs E_____ et D_____ ne prêtaient pas le flanc à la critique et possédaient une pleine valeur probante. Or, tous deux avaient relevé que la recourante demeurait capable de travailler.

16. Par réplique du 23 mars 2004, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions en soulignant qu'elle souffrait de fibromyalgie, que cette maladie était une maladie reconnue par l'organisation mondiale de la santé et qu'elle était, à tort, considérée comme une maladie psychiatrique.

17. Par duplique du 31 mars 2004, l'OCAI a également persisté dans ses conclusions en se référant à son préavis.

18. Pour le surplus, les faits et allégués pertinents des parties seront repris en tant que besoin dans la partie « en droit » ci-après.

EN DROIT

1a. 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 (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).

1b. 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.

1c. 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'art. 56V al. 1 let a LOJ, le TCAS connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. En outre, interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable conformément aux art. 56, 59 et 60 LPGA.

4. Le litige porte en premier lieu sur la question de savoir si les documents médicaux sur lesquels s'est fondé l'OCAI, en l'occurrence essentiellement les expertises réalisées par le Docteur D_____ du SMR Léman et par le Docteur E_____, possèdent une pleine valeur probante ou si l'OCAI aurait dû procéder à des examens médicaux supplémentaires.

4a. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 LAI).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux 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 158 consid. 1).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude

circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Conformément à l'art. 69 al. 4 RAI, deuxième phrase, l'office fédéral peut accorder aux offices AI qui, dans le cadre d'un projet pilote d'une durée limitée, mettent en place des services médicaux communs aux fins d'examiner les conditions médicales du droit aux prestations, la compétence de procéder au sein de ces services à des examens médicaux sur la personne des assurés. Selon l'alinéa 3 des dispositions finales de la modification du 4 décembre 2000 (entrée en vigueur le 1er janvier 2001), la durée de validité de l'art. 69 al. 4 RAI, deuxième phrase, est limitée à trois ans. Dès lors, l'examen de la recourante par un médecin psychiatre de l'office, dans le cadre de l'examen clinique du 14 avril 2003 effectué par le SMR Léman, projet pilote, ne prête pas flanc à la critique.

4b. En l'espèce, à l'appui de ses conclusions, l'office intimé fait valoir que les examens pratiqués par les deux experts, l'un psychiatre au SMR Léman et l'autre chirurgien, satisfont pleinement aux exigences requises par la jurisprudence. En revanche, la recourante est d'avis que ces expertises sont contradictoires entre elles, incomplètes et qu'elles vont à l'encontre d'autres opinions médicales, notamment celle fournie par le Docteur G_____ ainsi que par la Doctoresse B_____. Elle estime qu'une expertise complémentaire est nécessaire et qu'elle doit être effectuée par un rhumatologue.

Force est cependant de constater que cette opinion ne saurait être suivie. En effet, tant l'expertise réalisée par le Docteur D_____ que celle effectuée par le Docteur E_____ répond aux critères posés par la jurisprudence en matière de valeur probante. Ainsi, toutes deux se fondent sur des examens complets de l'assurée (le Docteur E_____ l'a examinée les 1er et 15 septembre 2003, le Docteur D_____ le 4 mars 2003) et ont été établies après des anamnèses familiale, professionnelle et psychosociale. Chaque praticien a développé son appréciation médicale sur la base d'une connaissance du dossier de la recourante et a motivé de manière circonstanciée son point de vue et les conclusions auxquelles il est parvenu. Aucune contradiction intrinsèque n'émaille leurs rapports. On relèvera même que leurs avis concordent largement en ce qui concerne les douleurs décrites par l'assurée et son emploi du temps.

Le fait que le Docteur E_____ ne soit pas rhumatologue mais chirurgien ne permet pas d'écarter son appréciation dans la mesure où il ne se prononce que sur

la base de constatations cliniques objectives qu'il est tout à fait à même d'apprécier selon sa spécialisation. Par ailleurs, le simple fait que le Docteur G_____ et la Doctoresse B_____ aient une opinion différente de ces experts au sujet de la maladie dont souffre la recourante et de l'incapacité de travail qu'elle entraîne ne saurait à lui seul remettre en cause les expertises. On relèvera en effet d'une part, que les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont une valeur probante inférieure à celle des spécialistes (RCC 1988, p. 504) et, d'autre part, que le Docteur G_____ n'a pas effectué une expertise aussi complète de la recourante que ses confrères, même s'il a posé le diagnostic de fibromyalgie. On constate d'ailleurs qu'il ne se prononce pas sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée, se contentant de souligner que la fibromyalgie est une maladie, ce qui n'est nullement contesté en l'espèce.

Il n'y dès lors pas lieu d'ordonner d'expertise complémentaire, l'ensemble des documents médicaux permettant de se déterminer sur le cas de la recourante.

5a. Reste la question de savoir si la fibromyalgie dont souffre la recourante est invalidante ou non. A cet égard, on rappellera que, parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, 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 (ATF 102 V 165; VSI 2000 p. 153 consid. 2a et les références ; ATFA non publié du 27 mars 2001 en la cause I 68/01). 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 (PRA 1997 n° 49 p. 256 consid. 4b in fine). 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 du 27 mars 2001 en la cause I 68/01).

Dans un arrêt récent non publié ATFA du 9 septembre 2003 en la cause I 423/03, le Tribunal fédéral des assurances a rappelé que, lorsqu'il s'était agi d'évaluer

l'invalidité d'assurés souffrant de fibromyalgie, la jurisprudence s'était parfois inspirée des principes (cf. VSI 2000 p. 154-155 consid. 2c, 160-161 consid. 4b) qui s'appliquent pour apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATFA non publié du 10 mars 2003 en la cause I 721/02. et ATFA non publié du 9 octobre 2001 en la cause I 229/01). Le Tribunal fédéral s'était alors référé à l'opinion de D., médecin-chef du Service ambulatoire de la Clinique X., qui estimait que la fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (« Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie ? », in : Revue médicale de la Suisse Romande 2001, p. 443 ss, sp. 446). La question de savoir si ces principes pouvaient s'appliquer tel quels en cas de fibromyalgie avait été laissée indécise, dès lors qu'un cumul de critères au sens de la jurisprudence n'était de toute manière pas réalisé.

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119). A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon MOSIMANN, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur la gravité de l'affection. 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 traitement conformément aux règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. 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 (MOSIMANN, Somatoforme Störungen : Gerichte und psychiatrische Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss, VSI 2000 p. 155, ATFA non publié du 9 octobre 2001 en la cause I 229/01). Plus l'expert constate de facteurs limitatifs de la capacité de travail de l'assuré au plan psychique, plus il y a lieu de se montrer exigeant quant à la motivation qui doit figurer dans le rapport d'expertise sur l'existence et l'intensité des divers critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoforme douloureux susceptibles de fonder un pronostic défavorable en ce qui concerne

l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle (ATFA non publié du 8 août 2002 en la cause I 787/01 consid. 3b in fine).

Le Tribunal fédéral des assurances a encore souligné qu'il est erroné de prétendre que seuls des troubles somatoformes douloureux liés à une comorbidité psychiatrique grave seraient susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de la LAI. Une telle comorbidité constitue tout au plus l'un des critères, certes important, à prendre en considération dans le cadre d'une évaluation globale de la situation médicale (ATFA non publié du 6 mai 2002 en la cause I 275/01 et ATFA non publié du 8 août 2002 en la cause I 783/01).

5b. En l'espèce, l'office intimé relève que les critères retenus par la jurisprudence en cas de trouble somatoforme douloureux font défaut chez l'assurée, notamment parce qu'il n'y a aucune comorbidité psychiatrique associée au trouble dont elle souffre, que la structure de sa personnalité est exempte de traits pathologiques, que l'assurée ne subit aucune perte d'intégration sociale et que les atteintes à la santé physique n'expliquent pas les douleurs à elle seules et qu'elles ne provoquent en outre aucune diminution de la capacité de travail. La recourante estime cependant que l'approche de l'OCAI au sujet de la fibromyalgie est erronée puisque l'une des caractéristiques principales de cette maladie est précisément l'absence d'explication de l'intensité des douleurs physiques, ce que le Docteur G_____ a d'ailleurs souligné dans son courrier du 1er décembre 2003.

Force est cependant de reconnaître que la plupart des critères énumérés par la jurisprudence en cas de trouble somatoforme douloureux (ou syndrome somatoforme douloureux) sont absents in casu. En effet, il ressort de l'analyse du Docteur D_____, qui a du reste diagnostiqué une dysthymie, que la recourante ne subit pas de perte d'intégration sociale dans la mesure où elle a une vie sociale normale bien qu'elle ait moins d'amis depuis qu'elle a cessé de travailler (cf. rapport d'expertise du 14 avril 2003, p. 2). Au sujet de l'absence de comorbidité psychiatrique et d'une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, ce praticien a souligné que la recourante présentait une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité était insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen, qu'elle souffrait d'une dysthymie tardive ne représentant pas une comorbidité psychiatrique à la pathologie somatique présentée et que les traits de personnalité pathologique étaient discrets et ne permettaient pas de retenir un trouble spécifique de ce registre (cf, rapport p. 3). Il a conclu à une capacité de travail exigible de 100% sur le plan psychiatrique. Quant au Docteur E_____, il a également conclu à une capacité de travail de 100% de la recourante dans sa précédente profession, au vu de l'absence de limitations fonctionnelles ostéo-articulaires (cf. expertise du 18 septembre 2003, p. 8).

On relèvera par ailleurs que le critère de la chronicité et de la durée des douleurs, qui seraient susceptible de fonder un pronostic défavorable à propos de l'exigibilité d'une reprise de l'activité professionnelle, apparaît réalisé, mais qu'il n'est à lui seul pas suffisant pour justifier du caractère invalidant d'une incapacité de travail (ATFA non publié du 19 août 2003 en la cause I 53/03).

Même la fibromyalgie, en tant que maladie rhumatismale ne peut être retenue ici vu l'absence de points douloureux, à l'exception des points épicondyliens, selon rapport du Docteur E_____.

Au vu de ces éléments, c'est à juste titre que l'OCAI a retenu le caractère non invalidant du trouble dont souffre la recourante en se basant sur les avis des experts. Pour toutes ces raisons, le recours doit être rejeté et la décision de l'OCAI confirmée.

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. Confirme la décision sur opposition de l'OCAI du 15 décembre 2003.

4. Dit que la procédure est gratuite.

5. 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

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

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