RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1800/2005 **ATAS/495/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 26 mai 2006

En la cause

Madame V_____, domiciliée au Petit-Lancy, comparant par Maître Marco CRISANTE en l'étude duquel elle fait élection de domicile	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, à Genève	intimé

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Valérie MONTANI et Doris WANGELER, juges

EN FAIT

1. Madame V_____, ressortissante espagnole née en 1969, est arrivée en Suisse en mars 1981. Elle y a travaillé tout d'abord en qualité de repasseuse-blanchisseuse, puis d'employée d'entretien et de femme de ménage à temps partiel.

2. En date du 16 avril 1999, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en raison d'une fibromyalgie.

3. Dans un rapport du 5 mars 1999, la Dresse A_____, des ("établissement hospitalier") a attesté que l'assurée présentait tous les critères compatibles avec une fibromyalgie.

4. Dans un rapport du 27 avril 1999, le Dr B_____, médecin-traitant, a diagnostiqué une fibromyalgie, un état dépressif, ainsi qu'une tachycardie supraventriculaire paroxystique. L'incapacité de travail était totale depuis le 30 mars 1998 et une reprise ne lui semblait pas possible au vu de la progression de la maladie depuis cinq ans, avec cependant une très discrète stabilisation.

5. Dans un courrier du 18 mars 2002 à l'OCAI, le Dr B_____ a attesté que depuis le 27 avril 1999 la situation de sa patiente ne s'était guère améliorée. La capacité de travail n'avait pas été récupérée et le traitement de l'état dépressif était poursuivi avec des contrôles réguliers et la prise de Déanxit.

6. En date du 6 mai 2002, une enquête économique sur le ménage a été établie au domicile de l'assurée, par Madame R_____, collaboratrice de l'OCAI. Elle a notamment relevé que l'assurée pouvait préparer les repas, servir et desservir la table et se charger de l'entretien courant de la cuisine. Elle pouvait épousseter, ranger l'appartement et changer les lits. Son mari passait l'aspirateur et nettoyait les vitres; il s'occupait également des nettoyages importants (à fond). L'assurée pouvait faire les courses d'appoint, tant que cela n'impliquait pas le port de charges lourdes, et assumer les démarches administratives. Elle faisait la lessive deux à trois fois par semaine et fractionnait son repassage, qu'elle pouvait ainsi assumer entièrement. Son fils, ayant des problèmes psychologiques, se trouvait en internat. Elle pouvait cependant tenir son rôle de mère et attendait un deuxième enfant pour décembre 2002. Les empêchements dans la tenue du ménage s'élevaient à 17,15%.

7. Dans un courrier du 21 janvier 2003 à l'OCAI, le Dr B_____ a attesté que l'état de sa patiente était similaire à celui de 1998 et de 1999, précisant que l'état psychique s'était passagèrement dégradé en raison d'une fausse couche intervenue lors de la 17ème semaine de grossesse. Aucune activité n'était envisageable.

8. Dans un courrier du 6 juin 2003 à l'OCAI, le Dr B_____ a indiqué que sa patiente était traitée par une psychiatre. Il a à cette occasion transmis un rapport du

Dr F_____, rhumatologue, daté du 22 janvier 2003. Selon le rhumatologue, les articulations périphériques de la patiente n'étaient ni tuméfiées ni limitées; le rachis cervical et dorsal était sans anomalie; la mobilité lombaire n'avait pas été examinée en raison de la nouvelle grossesse de l'assurée; onze points de fibromyalgie sur dix-huit étaient douloureux; la thymie était normale. Le rhumatologue a encore indiqué que l'intensité des douleurs semblait alors modérée, le nombre de points douloureux étant plus bas qu'en 1999. La patiente ne travaillait plus depuis 1998 mais assumait néanmoins un certain nombre de tâches domestiques. Elle devait selon lui être capable d'effectuer un travail plus léger que celui de femme de ménage, à 50%.

9. En date du 17 juin 2004, l'assurée a été soumise à une expertise multidisciplinaire, au CENTRE D'OBSERVATION MÉDICALE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après le COMAI). Cette expertise a notamment été conduite par les Drs C_____, rhumatologue et D_____, psychiatre. Dans la partie "discussion", les experts ont relevé : "Il s'agit d'une patiente qui souffre d'un syndrome douloureux chronique, touchant le rachis et les ceintures scapulaire et pelvienne, et pour lequel les investigations complémentaires, tant biologiques qu'en imagerie médicale, n'ont pas permis de retenir une étiologie précise. Ce syndrome est donc apparenté à ce que certains nomment fibromyalgie. L'examen psychiatrique ne révèle pas de troubles notables (…)". Les experts ont estimé qu'une activité avec possibilité de changer de positions et/ou de se mouvoir pour récupérer pourrait être reprise à plein temps, immédiatement. L'activité exercée jusqu'alors était encore exigible, sous réserve des restrictions mentionnées. L'assurée n'avait dès lors pas besoin de réadaptation.

10. Dans un rapport du service médical régional AI (SMR) daté du 10 septembre 2004, la Dresse E_____ a estimé, sans examen clinique, qu'une capacité totale de travail était exigible dans l'activité habituelle, avec certaines limitations fonctionnelles (éviter les positions immobiles prolongées et les positions incommodes). Ce médecin a précisé que les douleurs n'avaient pas évolué depuis 1998 et qu'il était donc légitime de conclure que, hormis peut-être un léger état dépressif passager au moment du certificat délivré par le médecin traitant, l'état actuel était le reflet de celui qui prévalait ces dernières années; il n'y avait jamais eu d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité.

11. Par décision du 4 octobre 2004, l'OCAI a rejeté la demande de prestations.

12. Par courrier du 1er novembre 2004, l'assurée a formé opposition à cette décision, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité, ainsi qu'à pouvoir compléter ses écritures.

13. Par courrier du 20 janvier 2005, l'assurée a fait valoir que selon les Drs B_____ et F_____, elle était dans l'incapacité manifeste de reprendre

son activité de nettoyeuse, physiquement difficile et nécessitant un bon état de santé. Les médecins qui avaient procédé à l'expertise avaient également reconnu qu'il était "effectivement difficile pour l'assurée de poursuivre l'activité professionnelle de nettoyeuse ou de repasseuse avec des douleurs chroniques touchant l'axe vertébral et les ceintures". Ainsi, elle ne pouvait travailler qu'à temps partiel, tout au plus à 50%, et dans des activités moins contraignantes sur le plan physique que celle de nettoyeuse. Elle a produit à l'appui de ses dires une attestation du Dr B_____ datée du 4 août 2005, certifiant qu'elle avait souffert d'un état dépressif très prononcé dont elle n'était pas complètement guérie et qui restait larvé. Selon ce médecin, il était impossible de remettre quelqu'un à 100% au travail après autant d'années de vie difficilement supportées. La patiente n'arrivait en effet qu'à faire partiellement son ménage et certains jours, elle devait rester couchée en raison de ses douleurs.

14. Par décision sur opposition du 25 avril 2005, l'OCAI a confirmé sa décision initiale, en se référant à l'avis des experts qui estimaient l'assurée capable de travailler dans son ancienne activité, moyennant certains aménagements de poste.

15. Par courrier du 26 mai 2005, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle a conclu préalablement à l'octroi d'un délai afin de compléter son recours, en procédant notamment à une contre-expertise médicale, à l'ordonnance d'un complément d'investigations médicales en rapport avec l'exercice d'une activité à 100% de blanchisseuse-nettoyeuse sans positions incommodes et prolongées, puis principalement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et subsidiairement à l'octroi d'une aide au placement. Elle a fait valoir que l'expertise contenait des contradictions puisque les experts avaient reconnu qu'il était effectivement difficile pour elle de poursuivre l'activité professionnelle de nettoyeuse ou de repasseuse avec des douleurs chroniques touchant l'axe vertébral et les ceintures. Cependant, ces mêmes experts avaient jugé les mesures de réadaptation professionnelle inutiles. Ainsi, au vu de son état, elle ne pouvait aujourd'hui travailler qu'à temps partiel, soit tout au plus à 50%, et dans des activités moins contraignantes sur le plan physique que le travail de nettoyeuse, ainsi qu'en attestaient les Drs F_____ et B_____. Par ailleurs la recourante a allégué que l'expertise effectuée par le COMAI n'avait pas investigué de façon suffisante les douleurs diffuses qu'elle ressentait du fait de sa fibromyalgie ainsi que son état dépressif. Enfin, elle s'est référée à une attestation du Dr B_____ du 20 janvier 2005, selon laquelle il n'y avait pas eu d'amélioration de sa situation depuis le rapport du Dr F_____ du 22 janvier 2003 et qu'actuellement il la suivait pour une aggravation tant au niveau de la fibromyalgie que de l'état dépressif.

16. Dans sa réponse du 27 juin 2005, l'intimé a rappelé qu'une surexpertise ne pouvait être faite au niveau judiciaire que si des éléments sérieux permettaient de douter de la valeur probante de l'expertise ordonnée par l'administration. Or, l'expertise du

COMAI avait selon lui pleine valeur probante et ne contenait pas de contradictions. Dès lors, un complément d'instruction apparaissait superflu. Par ailleurs, il a fait valoir que le médecin traitant n'apportait aucun élément motivé permettant de remettre en question les conclusions des experts. Ainsi, comme la recourante pouvait reprendre son activité habituelle, parfaitement adaptée, elle était en mesure de réaliser un revenu excluant le droit à la rente. Enfin, les conditions d'une aide au placement n'étaient pas remplies, la recourante ne rencontrant pas de difficultés particulières - liées à son état de santé - dans la recherche d'un emploi. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas non plus utiles, puisqu'elle pouvait reprendre son ancienne activité.

17. Dans sa réplique du 5 septembre 2005, la recourante s'est référée aux attestations des Drs B_____ et F_____, persistant intégralement dans ses conclusions.

18. Dans sa duplique du 1er novembre 2005, l'intimé a persisté dans ses conclusions et s'est référé à son mémoire de réponse.

19. Sur ce, les différents courriers ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances

sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 25 avril 2005 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. a) Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

   b) Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

   Dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret.

Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Le TFA a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux l'ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de 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) (cf. ATFA précité I 336/04, consid. 4.2.1 et 4.2.2). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux

d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATFA précité I 336/04, consid. 4.3).

c) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b). Lors 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 et les références).

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

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et cc).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l’administration 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 le fait que celle-ci contienne 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 (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

6. En l'occurrence, se trouvent au dossier une expertise pluridisciplinaire effectuée par le COMAI et des attestations du médecin traitant, interniste.

Il convient tout d'abord de constater que l'expertise remplit les exigences posées par la jurisprudence pour lui reconnaître pleine valeur probante. Les experts concluent à l'absence de troubles psychiatriques et à une capacité entière de travail dans les professions exercées jusqu'alors de repasseuse et de nettoyeuse. Cette expertise ne contient pas de contradictions contrairement à ce qu'allègue la recourante. En effet, en répondant aux questions posées, les experts ont de manière claire et sans ambiguïté reconnu une pleine capacité de travail à l'assurée. Ils ont précisé que les positions prolongées étaient à éviter et les positions incommodes déconseillées. Moyennant les adaptations proposées, la profession actuelle pouvait être reprise. Ces conclusions sont convaincantes et seront suivies par le Tribunal de céans. En effet, les attestations sans motivation pertinente du Dr B_____, médecin traitant non spécialiste, et celle du Dr F_____ qui ne constate aucun substrat organique ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions motivées des experts.

De surcroît, il y a lieu de relever que la fibromyalgie présentée par la recourante ne présente pas de caractère invalidant, selon les critères dégagés par la jurisprudence du TFA.

En effet, il faut nier l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence, puisque l'expertisée ne présente aucun trouble psychiatrique.

Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux.

A l'examen de l'expertise du COMAI, on peut tenir pour établie l'existence d'affections corporelles chroniques. En revanche, compte tenu du jeune âge de la recourante, de sa capacité d'assumer la responsabilité de la plupart des tâches quotidiennes en particulier la tenue du ménage ainsi que l'éducation de ses deux enfants, force est de constater qu'elle n'a pas épuisé ses ressources adaptatives et qu'elle ne subit pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. On ne saurait davantage conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé, ni à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art sans évolution possible au plan thérapeutique, puisque la recourante, qui selon le médecin traitant a souffert par le passé de troubles dépressifs, ne présente plus actuellement de pathologie psychiatrique.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, et en dépit du caractère chronique des douleurs de l'assurée, on doit nier - d'un point de vue juridique - le caractère invalidant de sa fibromyalgie. Partant, elle ne saurait prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité.

Le recours mal fondé sera par conséquent 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. Constate que le recours est recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

La greffière	La Présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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