REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/645/2006 **ATAS/432/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 10 mai 2006

En la cause

Madame B_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

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

EN FAIT

1. Madame B_____, née le 29 juillet 1954, a travaillé en dernier lieu, après une formation de téléphoniste, comme conseillère à la clientèle chez SWISSCOM. Suite au déplacement des locaux de cette entreprise à Sion, son contrat de travail a été résilié pour le 31 mai 2003.

2. Depuis le 1er mai 2002, elle est en arrêt de travail et a bénéficié des indemnités journalières de l'assurance perte de gain de son employeur, pendant la durée maximale convenue.

3. Selon l'attestation du 25 novembre 2002 de la Doctoresse A_____, l'intéressée souffre d'une fibromyalgie avec douleurs articulaires multiples qui est actuellement stabilisée par traitement anti-inflammatoire et physiothérapie. Elle présente également un état dépressif stabilisé par un traitement associant des anti-dépresseurs et des anxiolytiques. En outre, elle bénéficie d'un soutien et d'un suivi psychiatrique par le Docteur C_____. Enfin, elle est atteinte d'une hypothyroïdie au bénéfice d'une substitution hormonale.

4. Selon le certificat médical du 26 novembre 2002 du Docteur C_____, sa patiente présente un épisode dépressif moyen. Elle est sous anti-dépresseurs et anxiolytiques. Elle bénéficie également d'un traitement hypnotique, en plus de la substitution de l'hormone thyroïdienne. Son incapacité de travail est totale depuis le 4 septembre 2002 et son état n'est pas compatible avec une reprise d'activité professionnelle.

5. Par demande reçue le 30 avril 2003 par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), l'intéressée a requis des prestations d'invalidité en vue de l'obtention d'une rente.

6. A la demande de l'assurance perte de gain de son employeur, elle fait l'objet le 9 janvier 2003 d'un examen médical par la Doctoresse D_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celle-ci diagnostique un status après une hypothyroïdie, un épisode dépressif moyen, lequel pourrait être entretenu par les troubles somatiques, la thyroïde et les troubles dus à la ménopause. Selon cette praticienne, l'assurée souffre également de fibromyalgie et de modifications cutanées carcinomateuses récidivantes. Elle est sous traitement psychothérapeutique et médicamenteux. L'incapacité de travail est totale, mais le pronostic d'une amélioration de la capacité de travail est favorable. La Doctoresse D_____ estime ainsi qu'elle pourrait être augmentée à 50% dans les semaines à venir.

7. Selon le rapport médical du 25 avril 2003 du Docteur E_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, l'assurée souffre d'une fibromyalgie. Il exclut expressément tous les éléments en faveur d'un rhumatisme inflammatoire.

8. Dans son rapport du 30 septembre 2003 à l'attention de l'OCAI, le Docteur E_____ ajoute au diagnostic de fibromyalgie celui d'état dépressif. Il mentionne également une hypothyroïdie en tant que diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'annexe à son rapport médical de la même date, il note qu'il y a une diminution du rendement de 20 à 30% et que l'activité exercée jusqu'à présent est encore exigible.

9. Selon le rapport médical du 15 octobre 2003 du Docteur C_____, l'assurée souffre notamment d'une surprotection parentale, de troubles de l'humeur organiques, d'une hypothyroïdie substituée, d'une fibromyalgie et de troubles du rachis cervical. Son incapacité de travail est de 100% depuis le 1er mai 2002 pour une durée indéterminée.

10. Le 30 septembre 2004, l'assurée fait l'objet d'un examen psychiatrique par le Service médical régional Léman (ci-après : SMR). Selon le rapport du 7 octobre 2004 de la Doctoresse F_____, elle ne souffre d'aucune atteinte à la santé psychique avec répercussions sur la capacité de travail. La Doctoresse F_____ a toutefois retenu le diagnostic de "autres troubles mentaux dus à une lésion, un dysfonctionnement cérébral ou une affection physique, sans caractère invalidant". L'examen clinique et psychiatrique n'a notamment pas montré de dépression majeure, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de troubles de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de perturbation de l'environnement psychosocial. Toutefois, la Doctoresse F_____ admet que l'assurée présente un ralentissement psychomoteur, dans un contexte de douleurs chroniques et de pathologie thyroïdienne, ralentissement qui justifie une diminution du rendement de 20%. En raison de l'absence d'un véritable sentiment de détresse, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'est pas retenu. Par ailleurs, la symptomatologie dépressive et anxieuse est extrêmement légère. Sa sévérité est insuffisante pour justifier un diagnostic d'épisode dépressif léger ou moyen.

11. Selon le rapport médical du 10 novembre 2004 de la Doctoresse A_____, l'état de santé de l'assurée est stationnaire et son incapacité de travail totale. Cette praticienne a également attesté que les symptômes que sa patiente présente actuellement sont uniquement liés à son état dépressif et en aucun cas à son hypothyroïdie, le bilan thyroïdien étant totalement corrigé par la substitution hormonale.

12. Selon l'appréciation médicale du SMR du 6 décembre 2004, la capacité de travail est entière dans l'activité habituelle de l'assurée avec une diminution de rendement

de 20% justifiée par le ralentissement psychomoteur. Le SMR retient également que la fibromyalgie n'est pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique significative au sens de la jurisprudence. Selon son appréciation, la capacité de travail est de 75%.

13. Par décision du 11 mai 2005, l'OCAI refuse à l'assurée le droit à une rente d'invalidité.

14. Le 12 mai 2005, il lui refuse également des mesures professionnelles.

15. Dans son certificat du 8 juin 2005, le Docteur C_____ confirme les diagnostics précédemment énoncés. Il ne mentionne pas le diagnostic d'épisode dépressif.

16. Dans sa lettre du 17 juin 2005, la Doctoresse A_____ confirme au mandataire de l'assurée les diagnostics précédemment émis.

17. Le 25 mai 2005, l'assurée forme opposition. Elle complète celle-ci par courrier de son mandataire du 21 juin 2005, en soulignant en particulier que la Doctoresse D_____ a admis une incapacité de travail totale. Celle-ci a été également reconnue par l'assureur perte de gain. Par ailleurs, la Doctoresse A_____ a confirmé qu'elle présentait un état dépressif sévère, lequel n'est pas en relation avec l'hypothyroïdie, et une 'incapacité de travail totale y consécutive. L'assurée conclut ainsi à l'annulation des décisions du 11 et du 12 mai 2005 de l'OCAI ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement de mesures professionnelles.

18. Selon l'avis médical du 26 juillet 2005 du SMR, le certificat médical du 8 juin 2005 du Docteur C_____ confirme les diagnostics connus. Le SMR relève que ce dernier médecin ne retient que des troubles de l'humeur organiques et non pas une dépression majeure. Or, le SMR a déjà tenu compte de la pathologie psychiatrique en reconnaissant une baisse de rendement de 25% dans toutes les activités. Quant au diagnostic de la Doctoresse A_____, il est infirmé tant par le Docteur C_____ que par la Doctoresse F_____. En ce qui concerne le rapport de la Doctoresse D_____, celui-ci date de janvier 2003 et n'est plus d'actualité, selon le SMR. En outre, en l'absence de comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante, aucun caractère invalidant ne peut être reconnu à la fibromyalgie. Le SMR estime également que la question du lien entre l'hypothyroïdie et l'atteinte psychiatrique est sans incidence, dans la mesure où, quelle que soit l'origine des troubles psychiatriques, ils n'engendrent pas une invalidité supérieure à 25%.

19. Par décision sur opposition du 23 janvier 2006, l'OCAI rejette celle-ci, en se fondant sur l'expertise de la Doctoresse F_____.

20. Par acte du 21 février 2006, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire et, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition et l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sous suite de dépens. Elle reprend son argumentation antérieure et souligne notamment que les avis médicaux du dossier sont contradictoires. Cela étant, elle estime nécessaire d'ordonner une expertise médicale neutre.

21. Le 23 février 2006, la recourante communique au Tribunal de céans copie de la lettre de la Doctoresse A_____ du 22 février 2006 à son mandataire. Selon cette missive, la recourante souffre d'un état dépressif sévère depuis 2002 reconnu et diagnostiqué par plusieurs praticiens, notamment cette praticienne et le Docteur C_____, ainsi que par les médecins-conseils de l'assurance perte de gain. La demande d'invalidité de sa patiente n'est pas basée sur la fibromyalgie mais sur son état dépressif sévère. La Doctoresse A_____ déclare également que l'intensité de la fibromyalgie est telle que la qualité de vie de la recourante est nettement diminuée. Les gestes simples tels que se plier pour attacher ses chaussures, faire les commissions ou une simple promenade sont rendus très difficiles. En plus, la baisse de la qualité de vie aggrave la pathologie primaire, soit l'état dépressif sévère. Cette praticienne maintient que l'incapacité de travail est totale. Elle est de l'avis qu'une nouvelle expertise psychiatrique neutre est nécessaire.

22. Le 20 mars 2006, l'intimé se détermine sur le recours, en concluant à son rejet et en se référant, pour la motivation, à la décision sur opposition. Quant à l'appréciation médicale exprimée par la Doctoresse A_____, dans sa lettre du 23 février 2006, il relève qu'il est infirmé par le Docteur C_____, ainsi que la Doctoresse F_____.

EN DROIT

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

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

2. 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 sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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. a) 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 des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

   b) En l'occurrence, la recourante est en arrêt de travail depuis le 1er mai 2002. Son droit éventuel à la rente pourrait donc naître au plus tôt le 1er mai 2003. Par conséquent, la LPGA est applicable, ainsi que les nouvelles dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

4. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

5. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante présente une atteinte à la santé au sens de la LAI et de la LPGA entraînant une invalidité.

6. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesure de réadaptation exigible.

   Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur jusqu'au 31 janvier 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Dès le 1er janvier 2004, l'assurée a droit à un quart de rente pour un taux d'invalidité de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, un trois-quarts de rente pour un taux de 60% et une rente entière à partir d'un taux d'invalidité de 70% au moins.

7. 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 (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

8. En ce qui concerne la question de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il convient d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes (ATFA du 8 février 2006, cause I 336/04, consid. 3 et 4.1, p. 5 ss). Cette jurisprudence admet que ces troubles peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 ; RAMA 1996 no U 256 p. 217). Ils 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).

   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 certes 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 toutefois 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 juin 2004 en la cause I 531/03).

9. 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 (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

   L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées.

   Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé.

   En outre, au sujet 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 351 consid. 3b/bb et cc). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATFA non publié du 25 octobre 2002 en la cause I 205/04).

10. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'un examen psychiatrique par la Doctoresse G_____ du SMR. Le rapport de celle-ci remplit les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Toutefois, les conclusions de l'expertise sont contestées par la Doctoresse A_____. Par ailleurs, concernant l'appréciation de la capacité de travail, celles-ci se trouvent également en contradiction avec l'évaluation du Docteur C_____, lequel a considéré que la recourante présente une incapacité de travail totale, alors que la Doctoresse G_____ n'admet qu'une diminution de rendement de l'ordre de 20%. La Doctoresse A_____ estime par ailleurs que la recourante souffre d'une invalidité en raison d'un épisode dépressif sévère, indépendamment de la fibromyalgie diagnostiquée. Il convient dès lors d'examiner si les avis contraires des médecins traitants de la recourante sont de nature à infirmer ou à mettre en doute les conclusions de l'examen psychiatrique du SMR.

    Il sied de constater que le Docteur C_____, pourtant spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de la recourante, ne pose pas le diagnostic d'état dépressif dans son certificat médical récent du 8 juin 2005, contrairement à celui qu'il a établi le 26 novembre 2006 dans lequel il a mentionné que la recourante souffrait d'un épisode dépressif moyen. Par ailleurs, la Doctoresse D_____ émet, dans son rapport du 13 janvier 2003, un pronostic tout à fait favorable pour une récupération de la capacité de travail de 50% dans les semaines à venir. Il est à relever à cet égard que ce médecin ne constate pas que la capacité de travail est, à l'époque de son rapport, de 50%, contrairement à ce qu'a retenu, vraisemblablement en raison d'une connaissance insuffisante de la langue allemande, le SMR. Tout au contraire, la Doctoresse D_____ évalue celle-ci à 0%. Le pourcentage de 50% ne concerne que son pronostic. Par ailleurs, il est à relever que la Doctoresse A_____ certifie le 25 novembre 2002 que l'état dépressif est stabilisé par un traitement associant des anti-dépresseurs et des anxiolytiques. Quant au docteur C_____, il a en fait substitué le diagnostic d'épisode dépressif par celui de trouble de l'humeur organique (F 06.3 selon la CIM-10), trouble qui correspond dans la DSM IV aux troubles mentaux dus à une affection médicale générale. Ce diagnostic a également été posé par la Doctoresse F_____. On pourrait certes se poser la question si ce diagnostic est adéquat, dans la mesure où la Doctoresse A_____ atteste que l'hypothyroïdie n'est pas la cause des troubles psychiatriques, cette atteinte étant substituée hormonalement et ne devant ainsi plus avoir d'incidence sur l'état psychique. Cependant, peu importe finalement le diagnostic précis retenu, dès lors que seules les répercussions du trouble constatées sur la capacité de travail sont pertinentes. De surcroît, il y a lieu de constater que la recourante bénéficie actuellement d'un traitement médicamenteux anti-dépresseur à de petites doses. En outre, elle ne voit son psychiatre qu'une fois par mois. Ces éléments attestent également d'une symptomatologie dépressive et anxieuse limitée.

Cela étant, le Tribunal de céans est convaincu par les conclusions de l'examen psychiatrique par le SMR et estime que celles-ci ne sont pas mises en doute par les médecins traitants de la recourante.

11. Quant à la fibromyalgie, il y a lieu de considérer que les conditions jurisprudentielles précitées ne sont pas remplies en l'espèce, pour lui reconnaître un caractère invalidant au sens de la loi. En effet, la recourante ne souffre pas d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. Quant aux autres critères jurisprudentiels, il convient certes d'admettre qu'elle souffre d'affections corporelles chroniques et d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, et que les traitements ambulatoires et stationnaires conformes aux règles de l'art ont échoués. Néanmoins, les critères de la perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible sur le plan thérapeutique, ne sont pas donnés. Seuls deux critères jurisprudentiels étant réalisés, il ne peut être admis que la fibromyalgie ne pourrait pas être surmontée en l'espèce par un effort de volonté.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable;

Au fond :

2. Le rejette;

3. Dit que la procédure est gratuite;

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois

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

La greffière	La présidente
Yaël BENZ	Maya CRAMER

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