REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1850/2007 **ATAS/1066/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 3 octobre 2007

En la cause

Madame J_____, domiciliée GENEVE	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN, Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame J_____, née le 1963, d'origine portugaise, mariée, est arrivée en Suisse à Genève où elle a travaillé dès 1984 à l'hôtel METROPOLE comme femme de chambre à plein temps, puis dans une blanchisserie. L'intéressée a ensuite arrêté de travailler pour élever ses enfants et en 1995, elle a repris un emploi à plein temps, chez X_____, dans la confection des bracelets de montre.

2. Souffrant de problèmes dorso-lombaires, l'intéressée a été mise en arrêt de travail à 50% en 2000. Depuis janvier 2004, elle a cessé toute activité lucrative.

3. L'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 21 décembre 2001, visant à l'octroi d'une rente.

4. La Dresse A_____, spécialiste FMH en médecine interne, rhumatologie, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI en date du 1er mars 2002. Elle indique comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail des lombosciatalgies chroniques depuis 1990, sur discarthrose sévère L5-S1, avec large protrusion discale médiane, des cervicalgies chroniques sur rachis sigmoïde, une périarthrite de la hanche gauche, une surcharge pondérale, un état dépressivo-anxieux, une hernie hiatale avec gastrite à helicobacter pylori traitée, ainsi que des migraines communes. L'incapacité de travail en tant qu'ouvrière chez X_____ a varié de 50% dès le 13 novembre 2000 à 100% dès le 9 janvier 2002, puis de 50% dès le 21 janvier 2002. Selon la Dresse A_____, malgré un traitement adéquat et bien suivi sous forme d'antalgiques myorelaxants et physiothérapie, les douleurs persistent et empêchent une reprise de travail à 100%, en raison d'une position assise prolongée. Pour cette raison, le médecin traitant estime que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'est plus exigible. Concernant l'activité envisageable, elle indique qu'il convient de prévoir un travail permettant des positions variées, sans port de charge, à raison d'environ quatre heures par jour.

5. Dans un rapport ultérieur daté du 25 septembre 2003, la Dresse A_____ indique que l'état de santé de l'intéressée s'est aggravé, lié au problème de l'avant-bras droit, depuis février 2003. La patiente présente en effet un syndrome du tunnel carpien droit, une neuropathie du nerf cubital droit au coude et une téno-synovite du cubital postérieur droit. Elle a subi une opération du poignet droit sous forme de neurolyse du nerf médian et cubital, avec neurolyse et transposition du nerf cubital au coude et révision du tendon du cubital postérieur. L'incapacité de travail est de 100% depuis le 5 juin 2003 et, selon l'évolution postopératoire, elle pourrait reprendre une activité dans quelques mois dans un métier à déterminer, à raison de 50%.

6. L'assurée a été opérée en date du 4 septembre 2003 par le Dr B_____, chirurgien FMH, chirurgie de la main, qui indique dans un rapport du 28 novembre 2003 à l'attention de l'OCAI que l'incapacité de travail est de 100% dès le 5 juin 2003. Concernant les capacités professionnelles, ce médecin indique qu'il était trop tôt pour juger, que toutefois, on pouvait raisonnablement exiger que l'intéressée exercer une profession d'ouvrière horlogère, théoriquement vers mars 2004.

7. Dans un rapport du 7 juin 2004, le Dr B_____ mentionne que la patiente est incapable d'exercer une activité en raison des douleurs, qu'il y a une diminution de rendement de 100% et qu'elle ne peut travailler pour l'instant comme ouvrière dans l'horlogerie. Dans une autre profession, elle n'est pas capable de travailler non plus. Il a indiqué qu'elle souffrait d'une épicondylite droite, d'une dysfonction musculaire de la ceinture scapulaire et du rachis dorsolombaire, qu'il proposait éventuellement une consultation de la douleur ainsi qu'un concilium psychothérapeutique, le pronostic étant peu favorable. Il relève que depuis début 2003, l'état de santé s'est modifié de façon notable, qu'une aggravation est survenue en juin 2003, que la compliance était optimale, mais que l'état dépressif ne favorisait pas l'évolution. Il note parfois une légère discordance entre les plaintes et l'examen clinique.

8. L'OCAI a mandaté le Prof. C_____, du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital de la Chaux-de-Fonds, pour une expertise. Dans son rapport du 29 juillet 2005, l'expert relève que l'assurée signale des douleurs diffuses au rachis, au tronc et aux membres qui correspondent à un syndrome douloureux chronique diffus. Il rappelle que les douleurs des membres supérieurs ont commencé en 2001, à droite, avec la mise en évidence d'un syndrome canalaire pour le nerf cubital au coude et les nerfs médian et cubital au poignet. Les traitements conservateurs ainsi que les neurolyses de l'automne 2003 ont plutôt aggravés les symptômes, alors que les tracés de l'électroneuromyogramme (ENMG) objectivent une amélioration pour le nerf médian et une stabilisation, voire une légère amélioration pour le nerf cubital au coude. L'examen clinique n'a pas objectivé d'amyotrophie ou une diminution de la force musculaire, à l'exception du court abducteur du pouce, selon le rapport du Dr ESTADE du 9 décembre 2003. L'expert relève que l'assurée a effectué des travaux lourds, notamment à la campagne, comme femme de chambre et comme blanchisseuse. Elle a travaillé également comme vendeuse dans une boulangerie et depuis 1995, à la confection de bracelets de montres. Ce travail est considéré comme léger, mais nécessite des gestes précis et s'effectue avec les bras dans une position inconfortable prolongée. Il note que les douleurs dans les membres supérieurs n'ont pas diminué depuis qu'elle a arrêté de travailler. L'expert a retenu les diagnostics de lombo-sciatalgies gauches chroniques, discopathie L5-S1 évoluée, avec arthrose inter-apophysaire lombaire basse, syndrome douloureux diffus chronique, status post neurolyse du nerf médian et cubital à droite et transposition du nerf cubital droit au coude (avec persistance d'une neuropathie modérée en voie de légère amélioration), neuropathie du nerf médian gauche dans

le canal carpien et du nerf ulnaire gauche à la gouttière épitrochléenne, modérée, surcharge pondérale, hernie hiatale, migraines anamnestiques, surcharge psychologique et probable syndrome d'amplification des plaintes. En tenant compte de l'ensemble des plaintes de la patiente, de la quasi normalité de l'examen clinique, mais de la présence d'anomalies radiologiques et électromyographiques, l'expert a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée dans sa dernière activité professionnelle atteint mais ne dépasse pas 50%. Dans une activité professionnelle légère, ne nécessitant pas le port de charges quotidien supérieures à 10 kilos ou des gestes précis en position inconfortable pour les mains, la capacité de travail lui semble quasi complète, mais avec une diminution du rendement pouvant atteindre une vingtaine de pourcent. L'expert expose que les douleurs sont à son avis en partie dues à un syndrome d'amplification des plaintes et que l'état dépressif n'a pas semblé majeur au médecin traitant, qui n'a pas jugé nécessaire de l'adresser à un confrère psychiatre. Il laisse néanmoins l'OCAI juger de la nécessité d'une expertise psychiatrique, puisque le score BDI a révélé une tendance dépressive modérée. Le syndrome douloureux diffus chronique ne justifie pas d'incapacité de travail du point de vue musculo-squelettique, mais il pourrait en être différemment s'il traduit une affection psychiatrique grave.

9. L'OCAI, sur la suggestion du SMR, a demandé à ce dernier de pratiquer un examen psychiatrique. L'assuré a été examinée le 14 mars 2006 par la Dresse D_____, psychiatre FMH, du Service médical régional AI SMR Suisse romande. Dans son rapport du 14 mars 2006, la Dresse D_____ décrit qu'au status psychiatrique, l'intéressée ne présente pas de trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur. La thymie est euthymique, l'assurée présente quelques traits dépressifs lorsqu'elle est confrontée à son bilan existentiel actuel. Elle n'a pas mis en évidence de symptôme de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Sur le plan psychiatrique, ce médecin conclut qu'il n'y a aucune limitation fonctionnelle psychiatrique et que la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

10. Par décision du 15 juin 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressée, au motif que tant du point de vue physique que du point de vue psychique, elle ne présente pas d'atteinte à la santé ayant valeur de maladie. Il est exigible qu'elle utilise pleinement sa capacité de travail qui est entière, soit dans l'activité exercée antérieurement chez X_____, soit dans toute autre activité.

11. L'assurée a formé opposition en date du 5 juillet 2006, alléguant que son état de santé physique et psychique s'est considérablement dégradé. Elle relève que malgré l'intervention chirurgicale au niveau du poignet et du coude à droite, elle n'a pas pu récupérer l'intégrité fonctionnelle ni la force de son bras droit. De plus, son bras gauche est de plus en plus enflammé, douloureux et sans force.

12. L'OCAI a chargé le SMR de procéder à une expertise rhumatologique. L'assurée a été examinée en date du 14 novembre 2006 par le Dr. E_____, spécialiste FMH en médecine interne - rhumatologie. Dans son rapport du 15 novembre 2006, ce médecin relève qu'au fil du temps s'est installé un état douloureux permanent, diurne et nocturne, accompagnant un état de fatigue difficilement surmontable. Dans la vie quotidienne de l'assurée, ce médecin expose que l'intéressée va faire ses achats soit avec son mari, soit avec sa fille qui se charge de porter ce qui est lourd. Elle n'accomplit pratiquement pas de tâche ménagère, sauf pour la réfection de son propre lit, qu'elle n'arrive parfois même pas à assumer. Elle bénéficie de l'aide d'une femme de ménage une fois par semaine. Le médecin a posé les diagnostics de lombosciatalgies chroniques persistantes ainsi que discopathie L5-S1 sévères et de cervicalgies communes, qui ont des répercussions sur la capacité de travail. En revanche, le trouble douloureux chronique, la limitation ancienne post-traumatique de mobilité du genou droit et le status après neurolyse du nerf médian et cubital à droite sont sans répercussion sur la capacité de travail. Dans son appréciation du cas, le médecin relève que lorsqu'elle a été reçue en consultation psychiatrique au SMR Suisse-romande en mars 2006, elle ne prenait aucune médication psychotrope. Depuis lors, un traitement de Fluctine a été introduit, sans changement. Cliniquement, le médecin relève qu'on est en présence d'une assurée plaintive dont les doléances douloureuses semblent occuper l'entier de ses préoccupations, en état général correct. L'examen médical général est normal, hormis un discret excès pondéral. Pour le surplus, il relève que l'assurée annonce des douleurs à la palpation, mais qu'il n'y a aucune réaction de retrait à la palpation desdits sites et qu'elle annonce des douleurs pratiquement identiques à la palpation de n'importe quelle autre région ostéo-articulaire. Les constatations cliniques objectives sont modestes, radiologiquement, les constatations sont modestes également. Il existe des troubles dégénératifs rachidiens qui se sont aggravés au fil du temps, mais qu'il est légitime de considérer encore comme modérés. Au niveau lombaire, il existe une discopathie L5-S1 avec une protrusion discale, sévère, qui représente certainement la traduction d'une fragilité biomécanique importante de la région du carrefour lombosacré. Il existe cependant une discordance manifeste entre l'importance des plaintes alléguées par l'assurée et les constatations objectives. Les limitations fonctionnelles concernent exclusivement les atteintes à la santé objectivées, en l'occurrence les troubles dégénératifs rachidiens étagés. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes: "elle doit pouvoir alterner deux fois par jour la position assise et la position debout, ne pas soulever régulièrement des charges d'un poids excédant cinq kilos, pas de port régulier de charges d'un poids excédant sept kilos, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Ces limitations sont compatibles avec une activité d'ouvrière dans une usine d'horlogerie". Le médecin conclut à une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité. Il explique que seule la pathologie vertébrale dégénérative réunit les caractéristiques d'une atteinte à la santé incapacitante, mais que néanmoins, les

limitations fonctionnelles y relatives sont compatibles avec l'activité professionnelle d'ouvrière d'usine en horlogerie.

13. Par décision du 12 avril 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition formée par l'assurée, en se fondant sur les conclusions du rapport d'examen psychiatrique et rhumatologique effectué par le SMR. Quant aux mesures de réadaptation, elles n'entrent pas en ligne de compte, dès lors que la condition de perte de gain durable de 20% n'est pas réalisée. De même, elle n'a pas droit à une aide au placement.

14. Le 8 mai 2007, l'intéressée interjette recours, au motif que son état de santé physique et psychique s'est considérablement dégradé. Elle soutient qu'elle présente des douleurs permanentes incapacitantes entraînant une mobilité réduite durant les fortes périodes de crises et qu'une opération était à envisager sur le bras gauche. Elle a joint en annexe à son recours un certificat établi par la Dresse A_____ aux termes duquel elle est en incapacité de travail à 100%.

15. Par courrier du 8 mai 2007, elle a communiqué au Tribunal copie d'un rapport d'examen IRM dorsolombaire pratiqué en date du 14 mai 2007 aux (ci-après "établissement hospitalier"). Il est conclu à la présence d'une protrusion discale postérieure à large base, avec un rétrécissement foraminal gauche au niveau L5-S1, avec un contact disco-radiculaire de ce côté. Il y a également une hernie postérieure médiane au niveau D7-D8 avec un contact de la moelle, sans myélopathie associée à ce niveau.

16. Ces documents ont été communiqués ä l'OCAI en date du 5 juin 2007.

17. Dans sa réponse du 7 juin 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours, l'assurée n'ayant pas produit d'élément médical susceptible de remettre en cause l'appréciation de la situation.

18. Ces écritures ont été communiquées à la recourante en date du 7 juin 2007 et le dossier mis à sa disposition pour consultation.

19. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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.

2. La 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). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 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).

3. L'objet du litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante et, notamment, sur le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

4. Selon l'art. 4 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, 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. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

   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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

   A teneur de l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b, 160 consid. 3a, 118 V 82 consid. 3a et les références). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour

cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références).

5. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 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 à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur au 1er janvier 2004 de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances

exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de 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 (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, 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 (voir Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster; voir sur l'ensemble du sujet l'ATF 131V 49 consid. 1.2)

Par ailleurs, le diagnostic d' « épisode dépressif moyen sans syndrome somatique » ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit., p. 81, note 135).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   A cet égard, 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).

8. En l'espèce, la recourante souffre de problèmes dorso-lombaires, de cervicalgies et de douleurs diffuses depuis 2001 qui entraînent, selon le médecin traitant, une incapacité de travail de 50, voire de 100 %.

   L'expert mandaté par l'OCAI, le Prof. F_____, a relevé à l'examen clinique des troubles de la statique du rachis et un mauvais déroulement du rachis lombaire à la mobilisation. Il a noté également la présence de douleurs de la charnière lombo-sacrée, mais sans signes objectifs d'irritation ou de déficit radiculaire. Les radiographies ont mis en évidence une discopathie L5-S1 évoluée, légèrement plus importante qu'en 1999. Les douleurs des membres supérieurs, dont l'examen clinique n'a pas objectivé d'amyotrophie ou de diminution de la force musculaire, n'ont pas diminué d'intensité depuis l'arrêt de travail. Selon l'expert, le syndrome douloureux diffus chronique ne justifie pas d'incapacité de travail du point de vue musculo-squelettique, sous réserve d'un affection psychiatrique grave. Il a estimé, au regard de la quasi normalité de l'examen clinique et pour tenir compte des plaintes de la recourante, mais également des anomalies radiologiques, que la capacité de travail de la recourante dans son activité de confection de bracelets montres est de 50 %, car ce travail - bien que léger - nécessite des gestes précis et s'effectue avec les bras dans une position inconfortable prolongée. Dans une activité légère respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 100 %, avec une diminution de rendement pouvant atteindre 20 % .

   Au vu du diagnostic de syndrome douloureux diffus et de l'évocation d'un état dépressif, c'est à juste titre que l'intimé a ordonné un examen psychiatrique. La

Dresse D_____ a examiné la recourante et au status psychiatrique, hormis quelques traits dépressifs qui ne permettent pas de retenir un trouble spécifique, elle n'a pas mis en évidence de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur. La recourante ne présente pas de perte de l'élan vital, ni de perte de l'espoir et n'a jamais bénéficié d'un suivi psychothérapeutique. Aucun trouble psychiatrique n'a été diagnostiqué. Le Tribunal de céans n'a, à cet égard, aucun motif de s'écarter du rapport d'examen psychiatrique et retient en conséquence que le trouble somatoforme douloureux n'est pas invalidant au sens de la jurisprudence sus-évoquée.

La recourante a encore été examinée sur le plan rhumatologique par le Dr E_____ dont les constatations cliniques et les diagnostics rejoignent ceux du Prof. F_____. S'agissant de la capacité de travail exigible, le Dr E_____ considère en revanche qu'elle est totale dans l'activité habituelle et dans toute autre activité adaptée. Il expose que seule la pathologie vertébrale dégénérative est incapacitante, mais que cependant les limitations fonctionnelles qu'elle entraîne sont compatibles avec l'activité d'ouvrière d'usine en horlogerie. En effet, s'agissant des membres supérieurs, il s'est dit frappé, à l'examen clinique neurologique, par l'absence de toute amyotrophie et par une sudation tout à fait symétrique et normale de la pulpe de tous les doigts, ce qui est en contradiction avec une neuropathie quelconque ayant des retombées fonctionnelles significatives.

Le Tribunal de céans constate que les rapports des médecins susmentionnées remplissent tous les réquisits exigés par la jurisprudence pour se voir attribuer pleine valeur probante. S'agissant de l'estimation de la capacité de travail résiduelle, le Tribunal considère que les conclusions du Dr E_____ sont motivées, claires et convaincantes, de sorte qu'il n'a aucun motif de s'en écarter.

La recourante a produit un rapport d'examen IRM dorso-lombaire pratiqué aux "établissement hospitalier" en date du 14 mai 2007, soit postérieurement à la décision litigieuse. Le Tribunal constate à cet égard que ce rapport ne montre rien de nouveau au niveau de l'atteinte L5-S1, cette pathologie étant déjà connue. Concernant l'hernie postérieure médiane D7-D8, il apparaît que cette atteinte n'a pas été mentionnée dans les rapports des médecins ayant examiné la recourante auparavant. Il convient toutefois de relever que le juge ne se prononce que sur les faits existants au moment de la décision litigieuse. Il appartiendra en conséquence à la recourante de présenter, le cas échéant, une demande de révision, si elle considère qu'il s'agit d'un élément nouveau dénotant une aggravation de son état de santé.

9. Au vu de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté.

10. L'émolument, fixé en l'espèce à 200 fr. est mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1 bis LAI en vigueur depuis le 1er juillet 2006).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

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