

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1935/2007

ATAS/266/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 5 mars 2008

En la cause

Madame G_____, domiciliée à GENEVE, représentée par
ASSUAS, Association suisse des assurés

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

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

EN FAIT

1. Madame G _____, de nationalité portugaise, a effectué sa scolarité dans son pays. Elle a débuté une activité professionnelle de manutentionnaire dans le textile jusqu'à l'âge de 17 ans, date de son mariage et de son émigration en Suisse.
2. En Suisse, l'assurée va exercer diverses activités comme femme de chambre, nettoyeuse, lingère, aide de cuisine. Depuis 1998, elle trouve une activité professionnelle à domicile, dans la confection de bracelets en cuir pour X _____ SA.
3. Le 29 octobre 2001, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après l'OCAI), visant à l'octroi d'une rente.
4. Dans un rapport du 1^{er} octobre 2002 à l'attention de l'OCAI, le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine interne, indique que la patiente est en incapacité de travail à 50%, en raison de douleurs, pour une longue durée. Il a annexé un rapport d'expertise établi par le Dr B _____ en date du 24 juin 2002 à l'attention de la WINTERTHUR ASSURANCES. Ce médecin a posé les diagnostics de fibromyalgie, état dépressif, dorsalgies chroniques possiblement post-traumatiques et indiqué que l'incapacité de travail est de 50%. Le pronostic n'est pas très bon.
5. A la demande de l'OCAI, le Dr C _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, médecine du sport, a expertisé l'assurée en date du 9 juillet 2003. Dans son rapport du 16 juillet 2003, le Dr C _____ a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux sous la forme d'une fibromyalgie, dorsalgies chroniques, hernie discale pré-ligamentaire en L5-S1 vraisemblable et status après périarthrite scapulo-humérale gauche. Dans l'appréciation du cas, l'expert relève que depuis quelques mois l'assurée présente des douleurs plus importantes au niveau des épaules avec du côté gauche des difficultés à élever ses bras au-dessus de la tête et effectuer des mouvements répétitifs du membre supérieur gauche. L'examen clinique actuel est rassurant, sans altération des mobilités ostéo-articulaires, si ce n'est au niveau de l'épaule gauche. L'examen clinique est cependant difficilement interprétable en raison de lâchages antalgiques, la mobilisation étant toutefois complète passivement, l'assurée étant par ailleurs capable de mobiliser cette épaule au-dessus de la tête pour l'habillage et le déshabillage de façon indolore. Du point de vue psychique, la patiente présente des signes d'un état dépressif mais aussi des troubles anxieux et de panique mentionnés par son médecin traitant avec un suivi psychiatrique auprès du Dr D _____ entre le 20 octobre 1999 et le 11 décembre 2000. Ces problèmes psychologiques ayant certainement une influence négative sur sa capacité de travail, l'expert laisse à l'OCAI l'appréciation de la nécessité de présenter cette assurée à un spécialiste en psychiatrie. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée est

de 100% d'une pleine activité impliquant des travaux légers, de manutention simple, sans port de charges excédant 15 kilos ni des mouvements répétitifs du rachis ou en porte-à-faux, évitant les positions statiques debout et assise prolongées et les mouvements répétitifs du membre supérieur gauche au-dessus de la tête. Son travail de manutentionnaire à domicile, tenant compte de ses limitations fonctionnelles, est adapté. Ainsi, le degré de la capacité résiduelle est de 100%. L'expert relève que l'assurée a toujours travaillé au taux de 50% depuis le 13 septembre 2001, et qu'elle est actuellement sans activité professionnelle, en raison d'un licenciement pour raisons économiques au 30 juin 2003. Le pronostic est réservé au vu de l'intensité de la symptomatologie douloureuse vécue par la patiente, son absence de qualifications professionnelles et la présence vraisemblable d'une comorbidité psychologique. L'ancienne activité de manutentionnaire sur bracelets est adaptée.

6. Le Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a expertisé l'assurée à la demande de l'OCAI. Dans son rapport du 27 septembre 2004, l'expert retient les diagnostics d'un état dépressif réactionnel d'intensité moyenne et d'attaques de panique. En revanche, il ne retient pas de diagnostic de trouble de la personnalité. Il expose que chez l'assurée, le trouble psychique correspond à une réaction psychologique aux douleurs. D'un point de vue psychique, l'expert considère qu'il n'y a pas de limitations en relation avec les troubles constatés, que l'assurée est capable de s'adapter à un environnement professionnel et que des mesures de réadaptation ne sont pas nécessaires.
7. Par décision du 31 janvier 2005, l'OCAI a refusé l'octroi de prestations à l'assurée, au motif que selon l'expertise rhumatologique, son emploi antérieur de manutentionnaire est parfaitement adapté aux limitations et que sa capacité de travail est entièrement préservée. De même, selon l'expertise psychiatrique, l'état dépressif est réactionnel et d'intensité moyenne et que si elle présente des attaques de panique, elle n'a pas de trouble de la personnalité. Il n'y a ainsi aucune limitation de la capacité de travail en relation avec la problématique psychique.
8. Par l'intermédiaire de son conseil, l'intéressée a formé opposition en date du 22 février 2005.
9. L'intéressée a effectué un stage au Service de rééducation des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) du 14 février 2005 au 14 mars 2005, à mi-temps. Dans leur rapport du 5 avril 2005, les maîtres de stage concluent que l'assurée peut exercer une activité à mi-temps ne comportant pas de charges supérieures à 6-8 kilos et permettant de changer régulièrement de position. Une activité dans le contrôle, l'assemblage industriel ou le conditionnement sont les seules pistes raisonnablement imaginables pour le futur. Il est fait état de fortes angoisses avec augmentation du rythme cardiaque qui sont des signes d'une grande fragilité psychologique. En conclusion, les HUG préconisent qu'une psychothérapie

soit rapidement mise sur pied afin de mettre en œuvre les potentialités de trouver un emploi plutôt que les plaintes.

10. L'OCAI a mandaté le Dr F_____, spécialiste FHM en psychiatrie et psychothérapie, afin d'effectuer une nouvelle expertise de l'assurée. Dans son rapport du 22 décembre 2005, le Dr F_____ retient le diagnostic de dépression atypique, qui se caractérise par une symptomatologie dépressive, en partie somatique, associée à des symptômes peu spécifiques. Il note par ailleurs la présence d'une attitude démonstrative et opposante à l'examen, ainsi que d'une amnésie psychogène sous la forme d'un refus constant et de manière parfois très tonique d'entrer en matière plus à fond sur ce dont elle se plaint et sur tout ce qu'elle a vécu dans un passé autant récent que lointain. Il existe des discordances dans les données de l'examen entre ce que l'assurée a la possibilité de réaliser et ce qu'elle réalise effectivement. Il a retenu ainsi les diagnostics d'autres épisodes dépressifs classés sous chiffre F32.8 de la CIM-10, de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités, soit physiques, soit psychologiques, chiffre F68.1 de la CIM-10. Les troubles autorisent un emploi adapté à temps partiel. L'activité à mi-temps qu'elle exerçait auparavant dans l'emploi précédent chez X_____ devrait pouvoir, sous traitement psychiatrique, être portée à un plein temps. L'expert ne constatait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Sur le plan psychique, théoriquement, un travail à plein temps est possible. Selon le Dr F_____, il ne semble pas qu'il y ait péjoration de l'état psychique de l'assurée depuis l'expertise réalisée par le Dr E_____ en septembre 2004, mais d'une autre façon d'extérioriser son état en le majorant dans les conditions particulières d'évaluation qui vont décider de la réponse à sa demande de prestations.
11. Le Dr. D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI en date du 10 février 2006. Il a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux sous forme d'une fibromyalgie, dorsalgies chroniques, hernie discale pré-ligamentaire en L5 - S1 vraisemblable, status après périarthrite scapulo-humérale gauche, trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne et attaques de panique. L'incapacité de travail est de 50% depuis septembre 2001 à ce jour. Dans l'annexe au rapport médical, ce médecin énumère les limitations fonctionnelles de l'assurée; elle doit éviter les travaux lourds, les mouvements répétitifs du membre supérieur gauche, le port de charges supérieures à 15 kilos, la mobilisation très forte de la colonne vertébrale, le travail exigeant une grande attention et de la concentration, le travail stressant et exigeant de grandes responsabilités. Une activité adaptée est possible à mi-temps.
12. Dans un rapport du 7 juillet 2006, le Dr A_____ relève que les diagnostics sont restés les mêmes depuis son dernier rapport, mais qu'en ce qui concerne la dépression, il y a une aggravation en tous cas depuis une année pour laquelle elle est retournée chez le Dr D_____ pour un suivi plus approfondi. Le Dr

A_____ indique qu'il n'a pas réussi à la remettre au travail totalement, mais qu'il est parvenu à maintenir une capacité de travail de 50%. Il pensait utile de la faire examiner encore une fois par le biais d'une expertise multidisciplinaire pour se déterminer définitivement sur une maladie avec 50% d'invalidité absolument justifiée.

13. L'OCAI a demandé une seconde expertise au Prof. F_____. Dans son rapport du 24 février 2007, le Prof. F_____ a précisé que, sur le plan psychique, les réactions comportementales de l'assurée ne l'empêchent pas d'assurer actuellement un emploi à mi-temps, que les troubles psychiques ne sont pas graves, qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale, et que d'autres activités sont exigibles à plein temps dans un emploi adapté.
14. Dans un rapport final du 5 mars 2007, le SMR Rhône conclut qu'il s'agit d'une assurée au bénéfice d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, y compris celle d'ouvrière de fabrication de colliers à domicile.
15. Par décision du 5 avril 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, se fondant notamment sur les expertises psychiatriques.
16. Le 16 mai 2007, l'assurée interjette recours, contestant la décision de l'OCAI. Elle allègue avoir de grandes difficultés à assumer cette charge de travail à 50% et qu'actuellement elle est en arrêt maladie à 100%, en raison notamment d'acouphènes persistants. Elle considère que les expertises de l'OCAI ne reflètent pas la réalité. Selon la recourante, l'expertise psychiatrique réalisée le 22 décembre 2005 s'est extrêmement mal passée.
17. Dans sa réponse du 14 juin 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours.
18. Le 11 septembre 2007, l'Association suisse des assurés (ci-après ASSUAS), soit Monsieur Christian CANELA, s'est constituée pour la défense des intérêts de l'assurée et a sollicité une audience de comparution personnelle.
19. Le Tribunal a ordonné la comparution personnelle des parties, qui s'est tenue en date du 17 octobre 2007. Lors de cette audience, l'assurée a déposé un rapport médical établi par l'Institut de radiologie de la Colline daté du 3 octobre 2007, faisant état d'acouphènes. Selon les constatations de l'Institut, la patiente présente une déviation nasale ce qui explique qu'elle a de la difficulté à respirer. L'assurée a expliqué qu'elle avait exercé une activité d'ouvrière à domicile il y a plusieurs années, durant environ 4 ans, puis qu'elle a été au chômage. En raison d'une tendinite de l'épaule, elle n'était plus rentable de sorte qu'elle a perdu son emploi. L'assurée a déclaré avoir de mauvais souvenir de l'expertise psychiatrique chez le Prof. F_____, qui s'est très mal déroulée. A l'issue de l'audience, un délai a été accordé à l'OCAI au 14 novembre 2007 afin de se déterminer sur la nouvelle pièce produite par la recourante.

20. Dans ses conclusions du 1^{er} novembre 2007, l'OCAI, après avoir soumis le rapport de l'Institut de radiologie de la Colline au SMR, relève que le rapport en question ne permet pas de remettre en question ses conclusions au sujet de l'absence d'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique invalidante. L'OCAI conclut en conséquence au rejet du recours.
21. Cette écriture a été communiquée à la recourante en date du 7 novembre 2007. 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné à la lumière des anciennes dispositions légales pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2003 et au regard des nouvelles dispositions pour la période postérieure. En revanche, 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.
3. Conformément à l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours dans le délai de 30 jours dès la notification (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable par analogie (art. 60 al. 2 LPGA), les délais en jours fixés par la loi ne courent pas du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement. En l'occurrence, selon la copie de l'enveloppe produite par la recourante, il apparaît que la décision datée du 5 avril 2007 lui a été notifiée par pli recommandé du 16 avril 2007. Le délai de recours a donc commencé à courir au plus tôt le 18 avril 2007, soit après la fin du délai de

suspension après Pâques, de sorte que le recours interjeté le 16 mai 2007 dans la forme prescrite est recevable.

4. Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante et par conséquent sur son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré 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 mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002).

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), 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. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % 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.

6. 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).

Il convient de rappeler que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour

éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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).
8. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement 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 ATF 131 V 49).

On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 70 consid. 4.1).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et

durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

9. En l'espèce, il résulte du dossier médical que du point de vue rhumatologique, la recourante souffre de lombosciatalgies chroniques ainsi que de douleurs dans l'épaule gauche.. Les médecins ont retenu le diagnostic de fibromyalgie. Selon les Drs A_____ et B_____, l'incapacité de travail est de 50 % en raison des douleurs. Sur le plan psychique, le Dr D_____ mentionne un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et des attaques de panique.

Dans son rapport d'expertise, le Dr C_____ a posé également le diagnostic de trouble somatoforme douloureux sous la forme d'une fibromyalgie, relevant que la recourante présente des dorsalgies chroniques, une hernie discale pré-ligamentaire en L5-S1 vraisemblable et un status après périarthrite scapulo-humérale gauche. L'examen clinique est cependant très rassurant, sans altération des mobilités ostéo-articulaires, si ce n'est au niveau de l'épaule gauche. Selon l'expert rhumatologue, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, à savoir des travaux légers, sans port de charges excédant 15 kilos, ni mouvements répétitifs du membre supérieur gauche au-dessus de la tête, du rachis ou en porte-à-faux, avec possibilité d'alterner les positions assise et debout, la capacité de travail est entière. Concernant les troubles psychiques, plus particulièrement l'état dépressif et les troubles anxieux, il se réfère à l'appréciation de l'intimé quant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Eu égard au diagnostic de trouble somatoforme douloureux sous forme de fibromyalgie, c'est à juste titre que l'intimé a préconisé une expertise psychiatrique. Le Dr E_____, dans son rapport du 27 décembre 2004, a posé le diagnostic d'état dépressif réactionnel n'entraînant aucune limitation de la capacité de travail. Quant au Dr F_____, il retient dans son rapport du 22 décembre 2005 les diagnostics d'autres épisodes dépressifs et de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités soit physiques, soit psychologiques. L'emploi exercé auparavant devrait pouvoir, sous traitement psychiatrique, être porté à un plein temps. Sur le plan psychique en effet, théoriquement, un travail à plein temps est possible. Il n'a pas constaté de péjoration de l'état psychique depuis l'expertise du Dr E_____. Dans son deuxième rapport d'expertise psychiatrique du 24 février 2007, le Dr F_____ conclut, après avoir examiné la recourante, que les troubles psychiques ne sont pas graves, qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale, que l'assurée n'est pas empêchée actuellement d'assumer un emploi à mi-temps et que d'autres activités sont exigibles à plein temps dans un emploi adapté.

Force est donc de constater, que de l'avis des experts, la recourante présente du point de vue rhumatologique et psychique, une capacité de travail totale tant dans

l'activité antérieure que dans une activité adaptée. Le Tribunal de céans relève que les rapports des experts ont pleine valeur probante, de sorte qu'il n'a aucune raison de remettre en cause leurs conclusions claires et bien motivées. Le rapport produit par la recourante en cours de procédure ne saurait conduire à une appréciation divergente, dès lors que le juge doit se prononcer sur la base des éléments existant lors de la décision litigieuse.

Il s'ensuit que la recourante n'a pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

10. Mal fondé, le recours doit être rejeté. L'émolument, fixé en l'espèce à 200 fr., est mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

**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

Isabelle CASTILLO

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