RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/285/2006 **ATAS/684/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 28 juillet 2006

En la cause

Madame A_____, représentée par CAP Protection juridique, soit pour elle Monsieur Pierre HELIOT, juriste	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Doris WANGELER et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame A_____ est née en 1965 au Portugal, où elle a effectué quatre ans de scolarité, avant de travailler dans l'exploitation agricole de ses parents et de s'occuper de ses frères et soeurs. Elle s'est mariée en 1982, puis le couple est venu s'établir en Suisse en 1989. L'assurée s'occupait alors de son ménage. Deux enfants sont nés en 1991 et en 1994.

2. Le 31 janvier 2003, elle a présenté une demande de rente de l'assurance-invalidité en indiquant que sa capacité de travail avait progressivement diminué depuis la naissance de son fils, le 10 mai 1991, et qu'elle était devenue nulle dès le 1er janvier 2002. Elle a précisé qu'elle présentait, d'une part, une discopathie et un tassement vertébral pour lesquels elle était suivie par le Dr B_____ depuis septembre 2002, d'autre part, une fibromyalgie qui était traitée par les Drs C_____ et B_____, spécialistes en médecine interne. Elle a expliqué que, depuis mai 1991, elle avait souffert d'une série de maladies infectieuses et que son état de santé s'était progressivement détérioré jusqu'à ce que les médecins aient diagnostiqué une discopathie et une fibromyalgie, au début 2002.

3. L'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI) a envoyé à l'assurée un questionnaire destiné à déterminer son statut d'assuré. Elle l'a rempli, le 13 février 2003, en indiquant que, si elle avait été en bonne santé, elle aurait exercé une activité lucrative à 80% depuis septembre 1998 en tant que vendeuse, caissière ou employée d'une petite entreprise familiale, en plus de la tenue de son ménage, en raison de besoins financiers et par intérêt personnel.

4. Dans son rapport médical du 18 février 2003, le Dr C_____ a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie, des discopathies étagées dorso-lombaires, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une gastrite chronique, une maladie hémorroïdaire et une sinusite chronique. Il a retenu une incapacité de travail de 80% depuis juin 2002 en tant que mère au foyer et a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Il a constaté l'existence de déprime, douleurs diffuses, gastralgies, hémorragie sur hémorroïdes et céphalées en rapport avec les sinusites. Il a précisé qu'il traitait la patiente depuis 1992 et que, jusqu'en 2001, elle avait présenté des affections banales à l'exception de sinusites récidivantes et que, dès 2002, elle avait souffert de fibromyalgie, d'état dépressif et de troubles digestifs fonctionnels. Il a instauré un traitement à base d'antidépresseurs et d'antalgiques. Dans l'annexe au rapport médical, il a indiqué que l'activité de ménagère était encore exigible, mais avec un rendement diminué, et que l'assurée avait besoin d'une aide ménagère deux fois deux heures par semaine.

5. Dans son rapport médical du 24 avril 2003, le Dr B_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des rachialgies chroniques, un probable

état dépressif et une fibromyalgie existant depuis des années. Il a indiqué qu'à la demande du Dr C_____, il avait vu la patiente pour la première fois, à mi-septembre 2002, pour des rachialgies et qu'il avait alors conclu à des contractures musculaires sur troubles statiques mineurs. Il a expliqué, que lorsqu'il avait revu l'assurée à la fin 2002, elle présentait un syndrome polyalgique, tenait un discours d'allure dépressive et qu'il avait mis en évidence la présence des points de fibromyalgie. Il a mentionné un état de santé stationnaire, voire s'aggravant. Il a précisé qu'il n'avait pas revu la patiente depuis lors et qu'il ne pouvait pas se prononcer sur sa capacité de travail actuelle.

6. Le 9 février 2004, le Dr D_____, médecin du Service médical régional AI (ci-après : SMR) a estimé que, sur la base des rapports à disposition, il n'était possible ni de déterminer l'atteinte à la santé invalidante, ni les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible, de sorte qu'un examen bi-disciplinaire au SMR (rhumatologique et psychiatrique) était nécessaire.

7. Le 31 janvier 2005, l'assurée a été examinée par le Dr E_____, rhumatologue et médecin du SMR. Lors de cet examen, l'assurée a indiqué que, dès le début de sa première grossesse en 1991, elle avait présenté de façon chronique des rhumes ainsi que des sinusites et que les épisodes de ces dernières étaient traités par des antibiotiques ainsi que par de la cortisone. Elle a précisé qu'elle avait subi une opération des sinus en 1996 et que la symptomatologie s'était quelque peu amendée depuis lors, mais qu'à la fin de l'année 1996, elle avait commencé à ressentir des douleurs lombaires basses toujours plus fréquentes, accompagnées de blocages lombaires multiples. Elle a fait état de l'apparition, au début de l'année 2002, de douleurs différentes beaucoup plus tenaces et violentes, à type de brûlures, qui prenaient naissance dans la région de la charnière dorso-lombaire et irradiaient vers la région cervico-occipitale, le crâne et, de manière diffuse, dans les deux membres supérieurs. Elle les a décrites comme permanentes, diurnes et nocturnes, augmentant lors du moindre effort ainsi que par l'application de chaleur et lors d'une température extérieure basse, parfois tellement violentes qu'elles entraînaient des vertiges avec des chutes ainsi que des pertes de connaissance. Elle a expliqué que, parfois, sans cause extérieure, ses douleurs augmentaient tellement qu'elle devait rester alitée complètement pendant au moins une semaine consécutive. Dans son rapport du 1er février 2005, le Dr E_____ a signalé des douleurs vives à la palpation dans la région sous-occipitale et para-cervicale des deux côtés, dans la partie horizontale du trapèze des deux côtés, sur toutes les épineuses dorsales, dans la région para-dorsale des deux côtés, enfin au niveau du quadrant supéro-interne de la fesse des deux côtés. Il a posé les diagnostics de rachialgies communes ainsi que de fibromyalgie (M 54.9), avec répercussion sur la capacité de travail, et de sinusite chronique, sans répercussion sur la capacité de travail. Dans son appréciation du cas, le Dr E_____ a retenu un examen général normal, une tension artérielle dans les limites de la norme, des examens neurologique et ostéoarticulaire objectivement normaux, à l'exception de douleurs insertionnelles multiples notamment au niveau

de la ceinture scapulaire. Sur la base des examens radiologiques, il a constaté l'existence de séquelles d'une maladie de Scheuermann au niveau dorsal bas, de discopathie D12-L1 plus marquée sans image neuro-compressive ainsi que d'une discrète altération du signal du disque L5-S1. Il a mentionné l'existence de discrètes lésions radiologiques au niveau du rachis, sans aucune traduction clinique, ainsi que d'une nette discordance entre l'importance des plaintes douloureuses et les constatations objectives. Quant aux limitations fonctionnelles, il a relevé la nécessité de pouvoir alterner les positions assise et debout une fois par heure, de ne pas soulever régulièrement de charges excédant un poids de dix kilos, de ne pas porter des charges excédant un poids de quinze kilos, de ne pas travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc, enfin de ne pas travailler sur des engins vibrants. Il a conclu à l'absence d'une incapacité de travail et à une capacité de travail exigible normale de 100% dans l'activité de ménagère ou dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles énumérées.

8. L'assurée s'est également soumise à un examen psychiatrique auprès de la Dresse F_____, psychiatre et médecin du SMR, qui a eu lieu le 15 mars 2005. Lors de cet examen, elle a précisé que son état de santé était difficile depuis toujours, mais que 1991 marquait le début d'une dégradation claire avec une aggravation en 1994 et l'apparition de dorsalgies en 1997. Elle a indiqué que, le matin, après le départ de sa famille, elle se recouchait ou passait une heure dans son bain, puis effectuait des achats légers avant de préparer le repas de midi et, l'après-midi, un jour sur deux, elle allait à la piscine ou se promenait une vingtaine de minutes, s'occupait de ses plantes et était en mesure, dans un périmètre de quatre kilomètres, d'amener ses enfants en voiture à leurs activités lorsqu'ils rentraient de l'école, avant de préparer le repas du soir. Elle a mentionné une vie sociale essentiellement limitée à un groupe de fibromyalgiques et à des séances de gymnastique dans l'eau ainsi qu'occasionnellement aux membres de sa famille. Dans son rapport du 6 avril 2005, la Dresse F_____ a constaté une psychomotricité vive, une bonne mobilité, une manifestation claire de l'existence de douleurs, une thymie fluctuante, des yeux rougis mais une prédominance de sourires, un discours centré presque exclusivement sur l'énumération des difficultés physiques, des préoccupations exclusivement hypocondriaques, aucune écoute ni remise en question, une dramatisation des souffrances décrites avec emphase. Au sujet des éléments dépressifs, elle a indiqué que le sommeil était fragmenté au cours de la journée, avec des siestes matinales et postprandiales, puis de nombreux réveils nocturnes provoqués par les douleurs. Elle n'a constaté ni troubles de l'attention ou de la concentration, ni ralentissement psychomoteur, ni élément suicidaire. Elle a précisé que l'image de soi était préservée avec une pointe de sentiment de culpabilité parce qu'elle n'arrivait pas à jouer longtemps avec ses enfants. Elle a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie, un épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F 32.01), une personnalité avec traits histrioniques et hypocondriaques (F 60.4). Elle a exposé que les souffrances prenaient une place primordiale dans l'existence de

l'assurée, qui ne pouvait évoquer aucun intérêt autrement que par sa santé physique, et qu'il s'agissait de préoccupations hypocondriaques qui correspondaient à un mode de fonctionnement et non à une atteinte à la santé. Quant au mode de présentation des symptômes avec amplification et théâtralisation, il correspondait à des traits histrioniques. Elle a estimé que l'intensité de la symptomatologie dépressive était minime et qu'elle avait posé ce diagnostic eu égard à la tristesse liée à l'état de santé. Elle a considéré que le profit de la maladie se situait dans la sollicitation d'autrui et que le caractère chronique occupait vraisemblablement toute l'existence de l'assurée. Elle a expliqué que le mode relationnel de cette assurée ne se centrait que sur ses douleurs dont l'existence était donc primordiale et qu'il s'agissait d'un mode relationnel, mais pas d'une maladie psychiatrique invalidante. Elle a conclu à l'absence de limitations fonctionnelles d'un point de vue psychiatrique, à une capacité de travail complète, notamment en tant que mère au foyer, et à une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée.

9. Par décision du 2 mai 2005, l'OCAI a rejeté la demande de rente pour le motif que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé susceptible de l'empêcher d'accomplir ses tâches ménagères habituelles.

10. Le 1er juin 2005, l'assurée a formé opposition contre ladite décision. Elle a contesté les conclusions de l'expertise du SMR et a demandé à pouvoir consulter son dossier avant qu'un délai ne lui soit octroyé pour motiver son opposition.

11. Le 14 octobre 2005, l'assurée a complété son opposition et a conclu à la mise en œuvre d'un complément d'instruction par le biais d'une enquête économique sur le ménage, puis à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 3 février 2003. A l'appui de ses conclusions, elle a relevé que ses grandes difficultés quotidiennes, reconnues par tous ses médecins, n'avaient pas été quantifiées quant aux tâches ménagères. En outre, elle a produit trois rapports médicaux. Dans un rapport du 8 août 2005, le Dr C_____ a diagnostiqué une fibromyalgie majeure et un gros état dépressif. Il a considéré que la capacité de travail était nulle et que l'aptitude aux tâches ménagères était très diminuée en précisant que la plupart de ces tâches étaient effectuées par la famille ou une aide-ménagère. Il a expliqué que la patiente était devenue très dépendante et qu'elle n'était plus en état de conduire sa voiture. Dans un rapport du 18 septembre 2005, le Dr G_____, généraliste et acupuncteur, a indiqué qu'il soignait l'assurée depuis le mois de mai 2003 par un traitement d'acupuncture et un soutien. Il a mentionné l'existence de signes évidents d'un état dépressif primaire ou secondaire avec fatigue chronique, troubles du sommeil, tristesse et céphalées. Il a précisé qu'en raison d'un syndrome douloureux diffus, la patiente devait être aidée par le mari, les aides-ménagères et les enfants pour les travaux un peu lourds, les courses, les repas et aller chercher les enfants à l'école, ce qui générait un fort sentiment de culpabilité vis-à-vis des enfants et du mari. Il a estimé que la souffrance de la patiente paraissait très authentique, même si l'origine n'en était pas connue, et qu'il considérait l'attribution d'une demi-rente comme justi-

fiée eu égard au travail réellement effectué à domicile et à l'absence de simulation. Dans un rapport du 27 septembre 2005, le Dr B_____ a indiqué qu'il avait revu l'assurée à deux reprises depuis le début 2003, à savoir en mai 2004, et a rappelé que la fibromyalgie avait pour effet de limiter les patients dans leurs activités professionnelles et extra-professionnnelles, ménagères notamment.

12. Dans un rapport du 15 novembre 2005, le SMR a rappelé que l'examen effectué auprès de ses médecins avait permis de constater les souffrances de l'assurée qui ne présentait, toutefois, ni de psychopathologie invalidante, ni d'atteinte somatique incompatible avec l'activité ménagère ou avec toute activité respectant les quelques limitations fonctionnelles peu importantes mises en évidence. Il a constaté que le diagnostic de gros état dépressif mentionné par le Dr C_____ ne pouvait pas être retenu en l'absence d'avis psychiatrique et en raison de l'examen psychiatrique du SMR qui avait fait état d'un épisode dépressif léger avec syndrome somatique. Il a expliqué que ni la souffrance de l'assurée, ni l'aide extérieure apportée à l'exécution de certaines tâches ménagères n'étaient contestées, mais qu'en l'absence d'une atteinte à la santé invalidante correspondant aux critères fixés en matière de douleurs chroniques, une enquête ménagère n'était pas indiquée. Il a estimé que l'opposition et les nouveaux rapports médicaux qui lui étaient annexés n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de modifier la position de l'OCAI.

13. Par décision sur opposition du 12 décembre 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition en se basant sur l'appréciation du SMR et a confirmé sa décision de refus de rente du 2 mai 2005.

14. Par acte du 27 janvier 2006, l'assurée a recouru contre ladite décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle conclut, d'une part préalablement, à être autorisée à déposer un certificat médical actualisé émanant d'un psychiatre, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin d'évaluer précisément ses limitations dues aux affections dont elle souffre, à la mise en œuvre d'une enquête économique sur le ménage et au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire, d'autre part principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1er février 2003. A l'appui de ses conclusions, elle relève que le litige concerne le lien de causalité entre la maladie dont elle souffre et son empêchement à accomplir quasiment toutes les tâches ménagères. Elle soutient que l'évaluation à laquelle l'OCAI a procédé est doublement erronée en tant que, d'une part, il n'a pas retenu d'incapacité de travail en relation avec la discopathie et les atteintes psychiques dont elle souffre, d'autre part, il n'a pas admis de limitation fonctionnelle dans l'accomplissement de ses tâches ménagères.

15. Dans sa réponse du 21 février 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il a invoqué la concordance des avis des Drs E_____ et F_____ quant à l'absence d'incapacité de travail pour conclure à l'absence d'élément pertinent permettant de douter de leur appréciation.

Il a estimé qu'il n'existait aucune raison de procéder à une instruction complémentaire, notamment à une enquête ménagère.

16. Le Tribunal a imparti un délai à la recourante pour produire un certificat médical psychiatrique.

17. Le 12 juin 2006, la recourante a produit un certificat du Dr C_____ du 12 mai 2006 attestant l'existence d'un traitement médicamenteux antidépressif depuis 2002. En outre, elle a informé le Tribunal qu'elle avait débuté un traitement auprès de la Dresse H_____, psychiatre et psychothérapeute. Elle a demandé au Tribunal de l'entendre notamment afin de pouvoir expliquer pourquoi elle n'avait pas produit un certificat médical psychiatrique plus tôt.

18. Le 15 juin 2006, le Tribunal a demandé à la Dresse H_____ de le renseigner sur ses constatations et sur l'évolution de l'état de santé de la patiente.

19. Dans un rapport du 3 juillet 2006, la Dresse H_____ a diagnostiqué des troubles somatoformes (F 45) présents depuis 2002, un épisode dépressif sévère (F 32.2) et une agoraphobie (F 40.2). Elle a expliqué que la symptomatologie dépressive se présentait sous forme d'une importante fatigue réduisant fortement ses activités et l'obligeant à se coucher, associée à une perte d'intérêt et de plaisir, une mauvaise estime d'elle-même, de forts sentiments de culpabilité, des troubles de l'appétit et du sommeil, enfin, des idées de mort. Elle a précisé que la patiente présentait une importante symptomatologie anxieuse lorsqu'elle se trouvait dans les lieux publics qui l'obligeait à rentrer chez elle. Elle a indiqué que le traitement consistait en une thérapie de soutien à raison d'une séance par semaine depuis le 16 mai 2006. Elle a exposé qu'elle n'avait pas constaté d'évolution depuis le début du traitement et que le pronostic était très réservé vu la chronicité des symptômes, la réponse faible aux divers traitements médicamenteux et l'installation de la patiente dans la maladie.

20. Le 10 juillet 2006, le Tribunal a communiqué ce rapport médical aux parties.

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

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. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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 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 la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer le principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement des bases légales - 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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès le 1er février 2003, à savoir à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. Toutefois les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA. Aussi, le droit à la 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 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont donc inapplicables dans le présent cas.

   Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition a été reçue par la recourante le 13 décembre 2005, que les délais sont suspendus du 18 décembre au 1er janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA), le recours du 27 janvier 2006 a été formé en temps utile le dernier

jour du délai de recours. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente et, en particulier, sur le degré d'invalidité qu'elle présente.

6. a) 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). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 131 V 49 consid. 1.2). 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).

   b) 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).

   c) 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 et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

7. a) En vertu du 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. 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. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

   b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs pour autant que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

8. a) En l'état actuel des connaissances, le Tribunal fédéral des assurances a récemment décidé qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (cf. ATFA du 8 février 2006 prévu pour la publication, I 336/04, consid. 4.1). Il a relevé que ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses; pour la définition du trouble somatoforme douloureux, cf. F 45.4 CIM-10), raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinc-

tement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux.

b) En règle générale, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (cf. ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption selon laquelle ceux-ci ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Au regard de ce qui précède, il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (cf. ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, consid. 4.2.1).

c) Cependant, le Tribunal fédéral des assurances a reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354, 131 V 50). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. A cet égard, on retiendra la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (en matière de troubles somatoformes douloureux, cf. ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, 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, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'atteinte à la santé ouvrant 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 non publié du 8 février 2006, I 336/04, consid. 4.2.2).

d) Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont

susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus 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 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 (cf. aussi P. HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in: Praxis 94/2005, p. 2007 ss). On peut réserver 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 (cf. ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, consid. 4.2.3).

e) Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient 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 et, par analogie, à la fibromyalgie. 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 socio-culturels) 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 ci-dessus (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

9. La jurisprudence du TFA relative à l'examen du caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail de l'assuré souffrant d'un TSD doit être considérée comme restrictive. En effet, dans plusieurs arrêts récents, le TFA a estimé, suivant l'avis de l'OCAI et contrairement aux arrêts du Tribunal de céans, que le TSD présenté par l'assuré(e) n'entraînait pas une limitation de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité.

   Dans la plupart de ces cas, une expertise pluridisciplinaire du COMAI avait conclu à une incapacité de travail de l'assuré(e) entre 50% et 80% et celui-ci (celle-ci) présentait, en sus du TSD, un état dépressif moyen, voire un trouble de la personnalité (ATFA du 20 mars 2006 cause I 644/04, du 22 février 2006 cause I 506/04, du 4 février 2006 cause I 580/04, du 29 novembre 2005 cause I 665/04, du 12 septem-

bre 2005 cause I 497/04, du 24 août 2005 cause I 752/04, du 16 août 2005 cause I 539/04, du 8 juin 2005 cause I 361/04, du 2 mars 2005 cause I 690/04).

Seul le critère des affections corporelles chroniques a parfois été retenu (ATFA du 8 juin 2005 cause I 361/04, du 12 septembre 2005 cause I 497/04, du 24 août 2005 cause I 752/04, du 2 mars 2005 cause I 690/04), les autres critères n'étant pas admis. En particulier, le TFA a estimé que l'intéressé ne subissait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie dès lors qu'il effectuait des promenades avec des amis qu'il voyait fréquemment et maintenait des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'il bénéficiait d'une vie familiale épanouie, recevait des amis et se rendait chez eux (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'il avait une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais avait gardé un certain réseau d'amis portugais qui venaient le voir ou auxquels il rendait visite (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'il se disait bien entouré sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04), qu'il vivait dans une situation de retrait mais qu'il avait des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retournait régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA du 2 mars 2005, cause I 690/04), qu'il était à même d'entretenir des contacts sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA du 8 juin 2005, cause I 361/04).

Dans tous les cas précités, le TFA s'est écarté des conclusions médicales des experts du COMAI lesquels retenaient une incapacité de travail partielle de l'intéressé(e), et a rejeté le caractère invalidant du TSD. Il en a fait de même dans le cas d'une expertise rhumatologique concluant à une incapacité de travail de l'assurée de 50% (ATFA du 06.03.06 cause I 225/04). Enfin, dans un cas où l'OCAI avait accordé une demi-rente d'invalidité à l'assurée (en raison d'un syndrome somatoforme persistant, épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et troubles de la personnalité dépendante), confirmée par le Tribunal de céans, le TFA a réformé in pejus ledit jugement et supprimé la demi-rente d'invalidité en considérant que le TSD n'était pas invalidant (ATFA du 13 juillet 2005, cause I 626/04).

10. Dans sa décision sur opposition litigieuse, l'intimé considère que tant les rachialgies communes que la fibromyalgie ainsi que le léger état dépressif dont souffre l'assurée n'ont aucune incidence sur sa capacité de travail raisonnablement exigible. Il se fonde pour cela sur les conclusions du SMR du 15 novembre 2005, lequel se référait aux rapports des Drs E_____ du 1er février 2005 et F_____ du 6 avril 2005. Pour sa part, la recourante conteste la position de l'intimé en tant qu'il n'a pas admis que sa discopathie et ses atteintes psychiques provoquaient une incapacité de travail ainsi qu'une limitation fonctionnelle dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. La thèse de la recourante repose sur les trois rapports médicaux des Drs G_____, C_____ et B_____ qu'elle a produits avec son opposition.

Dans le questionnaire du 13 février 2003 destiné à déterminer son statut d'assuré, la recourante a fait état de son intention, si elle avait été en bonne santé, d'exercer une activité lucrative à raison de 80% dès septembre 1998. Par la suite, elle a invoqué uniquement l'existence d'empêchements dans son activité de ménagère. Bien que le statut d'assuré de la recourante soit peu clair, cette question peut rester non résolue au vu du sort du recours.

11. Les rapports d'expertise du SMR se fondent sur une anamnèse générale, familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, un examen de la recourante, un entretien avec cette dernière ainsi que sur les plaintes qu'elle a exprimées, enfin, sur le dossier radiologique. Ils tiennent compte des appréciations des Drs C_____ et B_____. Ils ont donc été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé depuis le début de l'incapacité de travail ainsi que sur la capacité de travail exigible et ont dûment motivé leur point de vue.

    Il reste à examiner s'il existe un indice concret permettant de mettre en cause le bien-fondé de leurs conclusions.

    Il y a d'emblée lieu de relever qu'il n'est pas possible de tenir compte, dans la présente procédure, des diagnostics posés par la Dresse H_____ dans son rapport du 3 juillet 2006 dans la mesure où elle a vu la recourante pour la première fois le 16 mai 2006, soit cinq mois après la décision sur opposition du 12 décembre 2005. En effet, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et ne tient pas compte des circonstances survenues après la décision litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b; ATFA non publié du 20 mars 2006, I 644/04, consid. 4).

    La recourante conteste les conclusions du Dr E_____ quant aux effets de la discopathie sur son état de santé. Bien qu'elle ne développe pas cet argument, elle semble critiquer l'appréciation de l'expert en tant qu'il n'a retenu aucune incapacité de travail en relation avec les rachialgies communes. A ce sujet, l'expert a expliqué que, sur la base du dossier radiologique, il existait une discopathie D12-L1 avec un discret débord postérieur du disque, mais sans image neuro-compressive. Il ressort de son rapport d'expertise que l'IRM dorsale et lombaire du 8 juillet 2002 a mis en évidence un net pincement du disque D12-L1 avec protrusion discale refoulant discrètement le sac dural, mais pas de hernie discale, ce qui confirme que son appréciation repose sur des constatations objectives. Par ailleurs, son appréciation de la capacité de travail raisonnablement exigible en rapport avec les rachialgies communes n'a pas été contestée par les trois médecins de la recourante dans leur rapport d'août-septembre 2005. En conséquence, il n'existe aucun indice permettant de mettre en doute les conclusions du Dr E_____.

En outre, la thèse de la recourante repose sur l'appréciation du Dr C_____, Or. dans son rapport du 18 février 2003, ce médecin a retenu une incapacité de travail de 80% dans l'activité de ménagère, puis, dans son rapport du 8 août 2005, de 100%. En ce qui concerne les 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). Dans le présent cas, le Dr C_____ n'explique pas pourquoi il a admis une incapacité de travail de 80% en 2003. En outre, dans l'annexe à son rapport du 18 février 2003, il a retenu une diminution de rendement en indiquant que la recourante avait besoin d'une aide au ménage deux fois deux heures par semaine, soit quatre heures par semaine. Or, selon les statistiques (REAS 1/2002, tabelle 8 p. 37), dans un ménage de quatre personnes avec deux enfants à partir de six ans, une femme sans activité lucrative consacre 178 heures par mois aux activités ménagères ainsi que 42 heures à l'assistance et aux soins donnés à ses enfants, soit au total 220 heures par mois, respectivement 50 heures ¾ par semaine (220 x 12 : 52). En conséquence, la nécessité d'utiliser une aide de ménage pouvait tout au plus justifier une incapacité de travail de 10%. De plus, la discopathie banale ne peut pas davantage légitimer une incapacité de 70% dans les activités ménagères de sorte que l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant n'est pas plausible. Enfin, dans son dernier rapport médical, le médecin-traitant a attesté une incapacité de travail de 100% sans faire état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante. De plus, il a diagnostiqué un gros état dépressif sans expliquer pourquoi, en tant que spécialiste en médecine interne, il s'écartait du diagnostic d'épisode dépressif léger posé deux ans auparavant par un psychiatre. Au demeurant, les appréciations sommaires du Dr C_____ ne sont pas suffisamment motivées pour qu'une valeur probante leur soit reconnue.

Quant au rapport du Dr G_____, il justifie l'octroi d'une demi-rente d'invalidité par l'authenticité de la souffrance de la patiente ainsi que par les effets économiques et psychologiques qu'elle pourrait avoir sur la situation financière de la famille ainsi que sur le sentiment de culpabilité de la recourante, soit des éléments psycho-sociaux qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales.

En conséquence, il n'existe aucun élément susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions des experts du SMR et il s'ensuit que les deux rapports d'expertise remplissent toutes les conditions jurisprudentielles permettant de leur reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

12. En appliquant les critères jurisprudentiels permettant d'admettre le caractère invalidant d'une fibromyalgie, les experts ne retiennent pas l'existence d'une incapacité de travail dans l'activité de ménagère. Il y a lieu de relever qu'en principe, les experts doivent se borner à prendre position sur lesdits critères et ne doivent pas prendre des conclusions sur la capacité de travail tenant compte de ces critères dès lors que

cette tâche incombe à l'administration, respectivement au juge. En effet, en présence d'une symptomatologie douloureuse, il appartient aux experts de fournir au juge tous les éléments permettant à ceux-ci de déterminer avec précision l'incidence de l'état douloureux sur la capacité de travail de l'assuré, eu égard aux critères dégagés par la jurisprudence pour admettre à titre exceptionnel le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail (ATFA non publié du 3 mars 2006, I 96/05, consid. 4.2.2). En conséquence, il y a lieu de vérifier si les experts ont appliqué correctement lesdits critères.

De manière générale, la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés tels que l'intimée doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 24 août 2005, I 752/04, consid. 5.4). En conséquence, il convient tout d'abord d'examiner s'il existe une telle comorbidité psychiatrique.

Dans son rapport du 6 avril 2005, la Dresse F_____ a constaté un épisode dépressif léger avec syndrome somatique ainsi qu'une personnalité à traits histrioniques et hypochondriaques. On ne saurait toutefois assimiler ces troubles psychiques à une véritable atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie, dès lors qu'auparavant, ils n'ont pas empêché la recourante d'assumer pleinement, jusqu'en 2001, la responsabilité des tâches ménagères (ATFA non publié du 13 juillet 2005, I 626/04, consid. 5.1 et ATFA non publié du 12 septembre 2005, I 497/04, consid. 5.1). De plus, les traits de la personnalité histrioniques ne sont pas à proprement parler une co-morbidité psychiatrique puisque ce diagnostic est associé à celui de troubles somatoformes douloureux, de sorte que le comportement histrionique entre dans le cadre des troubles somatoformes douloureux, et, par analogie, dans celui de la fibromyalgie (ATFA non publié du n 23 juin 2004, I 207/04, consid. 6). Enfin, selon le Tribunal fédéral des assurances (ATFA non publié du 2 mars 2005, I 690/04, consid. 6.1), le diagnostic d'épisode dépressif 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 sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, respectivement de la fibromyalgie, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1).

Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permettrait d'admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie. En tant que la recourante souffre de rachialgies communes depuis 1996 et de sinusite chronique depuis 1991, l'existence d'affections corporelles chroniques est établie. Il en va de même du critère de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), puisque, selon les médecins, la recourante présente une longue évolution de douleurs. En revanche, compte

tenu, d'une part, de son aptitude à assumer toutes les tâches ménagères n'impliquant pas de maintien du corps dans la même la position au-delà d'une heure, de soulèvement régulier de charges excédant dix kilos, de port régulier de charges excédant quinze kilos, de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, de travail sur des engins vibrants, d'autre part, du soutien de ses deux enfants ainsi que de son mari dans l'exécution de ses tâches ménagères, l'assurée n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives. Au demeurant, elle sort chaque jour pour faire une promenade ou aller à la piscine, s'occupe de ses plantes vertes, fait partie d'un groupe de fibromyalgiques, continue de vivre en famille et de voir, occasionnellement, les autres membres de sa famille ce qui démontre qu'elle ne subit pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, même si elle vit quelque peu dans une situation de retrait (ATFA non publié du 2 mars 2005, I 690/04, consid. 6.2, ATFA non publié du 12 septembre 2005, cause I 497/04, consid. 5.2.2 et ATFA non publié du 8 juin 2005, I 361/04). Il n'y a pas davantage lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, puisqu'elle vient de débuter une psychothérapie ce qui démontre que toutes les possibilités thérapeutiques n'ont pas encore été épuisées (cf. ATFA non publié du 13 juillet 2005, I 626/04, consid. 5.2).

Sur le vu de ce qui précède, les troubles psychiques présentés par la recourante ne se manifestent pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de la capacité de travail de celle-ci. En définitive, la recourante n'a aucun droit à une rente d'invalidité car la fibromyalgie dont elle souffre n'a pas de caractère invalidant.

13. La recourante estime que des mesures d'instruction supplémentaire doivent être menées, notamment une expertise pluridisciplinaire destinée à décrire ses limitations fonctionnelles ainsi qu'une enquête ménagère.

Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées).

En l'espèce, le Dr E_____, dans son expertise du 1er février 2005, s'est déjà prononcé sur les limitations fonctionnelles que rencontre la recourante. En outre, il a conclu à l'absence d'incapacité de travail dans l'activité de ménagère ou dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles énumérées. Etant donné que ni le

Dr C_____, ni le Dr B_____, ni le Dr G_____ ne contestent les limitations fonctionnelles retenues par l'expert, il n'existe aucune raison de procéder à une instruction complémentaire sur cette question. Par ailleurs, ainsi que le fait valoir à juste titre l'intimé, chez une ménagère, lorsqu'il est établi que le trouble douloureux n'a pas de caractère invalidant, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une enquête ménagère. En effet, dans un arrêt non publié du 12 septembre 2005 (I 497/04), le Tribunal fédéral des assurances n'a pas confirmé l'arrêt du Tribunal de céans qui, dans le cas d'une assurée souffrant de troubles somatoformes douloureux, avait renvoyé la cause à l'OCAI pour complément d'instruction sous forme d'une enquête ménagère.

14. Enfin la demande de la recourante à être entendue par le Tribunal, notamment pour expliquer les raisons pour lesquelles elle a tardé à produire un certificat médical psychiatrique, doit être rejetée. En l'occurrence, les parties ont eu largement la possibilité de s'expliquer par écrit dans la procédure cantonale, au cours des échanges d'écritures ordonnés par le Tribunal. De plus, il ne lui est pas reproché de ne pas avoir produit de certificat médical psychiatrique dans le délai imparti.

    Au demeurant, en procédure administrative, l'art. 29 al. 2 Cst., pas plus que l'art. 4 al. 1 aCst., ne garantit le droit de s'exprimer oralement devant l'autorité appelée à statuer (ATF 125 I 219 consid. 9b et les références citées). D'autre part, la recourante n'a pas demandé l'organisation de débats publics en application du principe de la publicité des débats (ATF 124 V 94 consid. 6), au cours desquels elle aurait pu présenter oralement ses arguments. On notera à ce propos que l'obligation d'organiser des débats publics au sens de l'art. 6 § 1 CEDH suppose une demande, formulée de manière claire et indiscutable, de l'une des parties au procès; de simples requêtes de preuve - comme des demandes tendant à une comparution ou à une interrogation personnelle, à un interrogatoire des parties, à une audition de témoins ou à une inspection locale - ne suffisent pas pour fonder une semblable obligation (ATF 122 V 55 consid. 3a).

15. La recourante a néanmoins la possibilité de saisir l'administration d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, si elle estime que, postérieurement à la décision litigieuse, son état de santé s'est modifié de manière à influencer ses droits. En effet, les faits survenus postérieurement et qui ont modifié la situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b). Or, en l'espèce, la Dresse H_____ a attesté le 3 juillet 2006 de l'existence d'un épisode dépressif sévère.

16. Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé.

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

Nancy BISIN — Valérie MONTANI

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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