

GE_GERICHTE A/2793/2012 vom 12. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2793_2012

FR: GE_GERICHTE A/2793/2012 du 12 juin 2013

IT: GE_GERICHTE A/2793/2012 del 12 giugno 2013

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame S _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gilbert BRATSCHI recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Le 29 juin 2010, Madame S _____ (ci-après : l'assurée) a déposé auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations en raison de dépressions. ¹ Le 29 juin 2010, Madame S _____ (ci-après : l'assurée) a déposé auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations en raison de dépressions. ² A teneur d'un rapport établi le 13 juillet 2010 par la Dresse A _____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, cette dernière souffrait des atteintes suivantes : cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire sur protrusion discale L4-L5, sur hernie discale L3-L4 et sur canal lombaire étroit avec probable conflit radiculaire, lombo-sciatalgies aiguës droites, tendinopathie à l'épaule droite, syndrome du tunnel carpien bilatéral et status post-cure du tunnel carpien droit le 10 mai 2010, état anxio-dépressif aigu et hyperthyroïdie. L'assurée était en incapacité totale de travailler depuis le 13 mai 2009 et son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une activité lucrative. ³ Le même jour, l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (ci-après : OCE) a transmis à l'OAI le dossier de l'assurée, dans lequel figurait une attestation du Dr B _____, spécialiste FMH en chirurgie, du 19 septembre 2002, selon laquelle l'assurée était en traitement depuis le 25 janvier de la même année en raison d'un état dépressif provoqué, selon elle, par un conflit relationnel avec sa cheffe au sein de X _____. ⁴ Selon le rapport de la Dresse C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, daté du 6 septembre 2010, l'assurée souffrait d'un état dépressif majeur sévère, récurrent (DSM 296.32) depuis 2005 environ, ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Elle souffrait également d'une dysthymie à début précoce, existant depuis l'adolescence mais sans effet sur la capacité de travail. L'assurée, d'origine portugaise, était née en Afrique où elle avait vécu jusqu'à ses 20 ans, âge auquel elle avait dû quitter ce continent et rentrer au Portugal. Là, l'homme avec lequel elle avait noué une histoire d'amour l'avait abandonnée alors qu'elle était enceinte. Elle avait alors fait une première dépression, qui n'avait pas duré longtemps. En Suisse, l'assurée travaillait comme lingère dans une maison de retraite où le climat de travail était particulier, le reste du personnel se moquant d'elle en raison de ses faibles revenus dus à son manque d'ancienneté. Pour l'assurée, sa dépression couvait depuis un moment dans un tel climat. Elle s'était ensuite retrouvée au chômage, puis en arrêt maladie mais avait toujours continué à chercher du travail. Elle était découragée car elle recevait constamment des réponses négatives ou le chômage l'avait placée dans des entreprises qui la déprimaient encore plus. Selon la Dresse C _____, l'assurée avait toujours été « décalée » depuis son retour d'Afrique et avait certainement toujours eu de la peine à s'insérer socialement dans son travail. Son isolement familial ainsi que ses expériences

sociales sur son lieu de travail ne l'aidaient pas. Le traitement consistait en de la psychothérapie de soutien ainsi qu'en un traitement médicamenteux comprenant des antidépresseurs et des somnifères. S'agissant de la capacité de travail, elle était nulle, les restrictions psychiques consistant en de la tristesse et des ruminations sur sa vie. D'ici quelques mois, après une réinsertion lente, une capacité de travail de 50% était exigible. Enfin, la Dresse C _____ suggérait un stage aux Établissements Publics pour l'Intégration (EPI).!

5. Le 11 octobre 2010, la Dresse C _____ a complété son rapport du 6 septembre 2010, en précisant notamment que le diagnostic retenu était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 : F33.2) en rémission partielle. L'assurée présentait les limitations suivantes : elle était encore assez triste, pleurait un peu trop facilement, avait de la peine à avoir des rapports sociaux car elle avait perdu confiance dans les gens en général. Elle présentait des troubles de la mémoire et de la concentration et était un peu irritable par moments. Elle allait toutefois mieux qu'au début de la prise en charge. L'assurée ne pouvait cependant pas reprendre son activité habituelle, non seulement en raison de ses maux de dos mais également parce qu'elle avait de la peine à évoluer dans ce milieu de lingères, ayant de très mauvais souvenirs de cette ambiance de travail. Une telle activité réveillerait immédiatement la dévalorisation dont elle avait fait l'objet de la part de ses collègues et pourrait la replonger dans la dépression, étant rappelé qu'elle ne souffrait pas de son premier épisode dépressif majeur et qu'elle présentait depuis toujours une dysthymie. L'assurée devait pouvoir se réinsérer dans une activité mieux adaptée, où elle allait pouvoir évoluer pour le restant de sa vie professionnelle. S'agissant de l'activité adaptée, la Dresse C _____ était d'avis que l'assurée ne pouvait bénéficier d'un prolongement de l'arrêt de travail total mais qu'elle était trop fragile pour trouver, seule, sa voie et essayer, sans arrêt, des réponses négatives. Par contre, une activité progressivement croissante pouvait l'aider à retrouver confiance en elle, raison pour laquelle elle avait proposé un stage aux EPI dans son précédent rapport, stage devant permettre de clarifier de façon pratique et concrète les aptitudes restantes, sa capacité à investir une nouvelle activité et sa capacité de travail tout court.!

6. Quant à la Dresse A _____, elle a complété son rapport du 13 juillet 2010 par courrier du 4 novembre 2010, en expliquant notamment que l'assurée présentait d'importants troubles au niveau du rachis lombaire, ce qui constituait une contre-indication pour le port de charges lourdes, pour les travaux lourds, les travaux en position accroupie et les travaux à responsabilité. Elle était en incapacité de travail totale depuis le 8 juillet 2009 et son état de santé actuel tant sur le plan physique que psychique ne lui permettait pas d'entreprendre une activité tant qu'il n'y aurait pas eu stabilisation de son état de santé.!

7. Mandaté par l'OAI, le Dr D _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a réalisé une expertise. Dans son rapport du 24 janvier 2011, ce médecin a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur hernie discale L3-L4 droite (M51) présentes depuis 2010. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr D _____ a fait état d'une fibromyalgie, présente depuis une date inconnue, d'hyperthyroïdie substituée suite à une maladie d'Hashimoto (E03.3) présente depuis 2009 et d'un status après cure d'un syndrome du tunnel carpien droit (G56.0) en 2010. !

S'agissant de la capacité de travail, elle était de 60% dans la profession de lingère et de 100% dans une activité adaptée tenant compte des limitations suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de mouvements répétés du rachis, avec la possibilité de changer la position toutes les heures. Le Dr D _____ était également d'avis qu'une expertise psychiatrique devait

être effectuée pour quantifier l'état dépressif et préciser l'importance de la fibromyalgie dans l'incapacité de travail. 8. Dans un avis du 14 février 2011, le Dr E _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a suggéré d'attendre le rapport intermédiaire de la Dresse C _____. En effet, si le diagnostic était celui d'épisode dépressif toujours sévère ou celui d'épisode dépressif sévère partiellement en rémission, une expertise psychiatrique devait être demandée. Par contre, si le diagnostic retenu était celui d'épisode dépressif de degré moyen ou léger, ledit état dépressif ferait alors partie intégrante de la fibromyalgie et ne remplirait pas les critères jurisprudentiels permettant de considérer cette atteinte comme étant invalidante. 9. Par rapport intermédiaire du 11 janvier 2011, reçu par l'OAI le 14 février 2011, la Dresse C _____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et qu'il n'y avait pas de modification dans les diagnostics. La capacité de travail était toujours nulle dans l'activité habituelle de lingère et de 50%, après recyclage, dans une activité adaptée. 10. Dans la mesure où le diagnostic retenu par la Dresse C _____ était inchangé, le Dr E _____ a considéré, dans son avis du 4 avril 2011, qu'il était justifié d'effectuer un examen psychiatrique. 11. Une expertise psychiatrique a ainsi été confiée au Dr F _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon le rapport d'expertise du 29 août 2011, l'assurée faisait état de hauts et de bas, n'étant ni vraiment bien ni vraiment mal. Elle souffrait beaucoup d'avoir perdu son emploi à l'Armée du Salut quatorze ans auparavant, suite à des problèmes avec sa cheffe qui la persécutait. Par la suite, lors de son emploi auprès de l'EMS Y _____, quelques collègues avaient commencé à la critiquer et à la démonter. Il y avait des jalousies et des mécontentements. Elle était alors à nouveau tombée malade et avait été licenciée une deuxième fois. Les observations cliniques n'ont pas mis en évidence de ralentissement corporel. L'entrée en contact était directe, l'assurée ayant envie de s'exprimer. Dès la première question, son discours s'était spontanément dirigé vers des sujets pénibles et en particulier vers le conflit de travail chez X _____. Elle revenait très régulièrement à cette thématique et était à chaque fois aussi touchée, voire en larmes. Elle « traversait » les sujets pénibles en parlant. L'expert avait ainsi constaté un grand besoin de s'exprimer. L'assurée se perdait parfois dans les détails et avait même par moment un côté envahissant. Il était difficile pour elle de structurer son récit voire de faire des abstractions ou des condensations. L'assurée collaborait correctement et ne présentait aucune exagération d'elle-même, mais une touche histrionique. Certains éléments étaient accentués, dans le sens d'une augmentation de la force émotionnelle. Dans un premier temps, l'expert avait eu l'impression que l'assurée ne maîtrisait pas le français mais cela était dû à sa manière de prononcer les mots, disposant en réalité d'un vocabulaire relativement vaste. Avec le côté envahissant (pour elle-même et pour autrui) du discours, les capacités de concentration et de l'attention étaient légèrement diminuées. Il n'y avait pas de troubles de la mémoire, ni de fatigue particulière ou encore de trouble formel de la pensée. L'intelligence était dans la norme et la fluidité idéique augmentée. Les capacités de réflexion et d'introspection étaient faibles. L'expert n'avait en outre décelé aucun symptôme de la lignée psychotique. Sur le plan affectif, l'assurée avait une certaine labilité émotionnelle, fondant assez vite en larmes dès qu'une problématique difficile (comme son père, décédé en Angola dans des circonstances tragiques, et le conflit du travail chez X _____) était évoquée. L'assurée pouvait rester un bon moment dans ces sentiments mais montrer ensuite des parties neutres, euthymiques et surtout, dans une dernière phase,

des passages avec des sourires, des réactions amusées aux questions. Il n'y avait pas de fixation émotionnelle. Il y avait parfois des passages dysphoriques (expression du mal-être, certaine amertume de vie, irritabilité par rapport à certains sujets) mais ces émotions apparaissaient et disparaissaient. L'énergie vitale était légèrement abaissée mais proche d'une personne arrivant à la soixantaine. L'assurée mentionnait également quelques plaisirs et ouvertures sur la vie. Elle était un peu crispée et anxieuse, surtout en début d'examen mais cet aspect avait diminué par la suite. S'agissant du conflit chez X_____, l'assurée manifestait des sentiments de colère et elle en parlait comme si c'était hier, alors que cela s'était déroulé en 2003. Les blessures narcissiques étaient ainsi très palpables. L'expert n'avait aucune observation particulière concernant la personnalité de l'assurée qui paraissait compensée. Il n'y avait pas de défenses particulières et une approche à la réalité assez normale. Le cadre et la distance interpersonnelle étaient correctement gérés. En résumé, l'expert considérait que l'assurée était une femme marquée par les événements de sa vie et actuellement dans une certaine labilité émotionnelle, d'intensité légère. Si un état dépressif important avait existé auparavant, il était relativement bien compensé. Une légère anxiété sous-jacente était cependant constatée. L'expert a résumé les observations cliniques selon l'échelle de l'Association internationale pour la méthodologie et la documentation en psychiatrie (AMDP). Cette échelle révélait un certain nombre d'items significatifs énoncés par l'assurée, dont des troubles de la concentration passagèrement en lien avec le débordement affectif, une pensée rétrécie en lien avec la thématique « X_____ », des ruminations, une phobie des serpents, des troubles de l'éprouvé vital, passagèrement une humeur déprimée, une anxiété psychique éprouvée, quelques passages de dysphorie, une irritabilité, une propension à se plaindre, une labilité affective, une tendance à la logorrhée, une asthénie en évocation partielle, une tendance à dramatiser, une diminution partielle des activités et une diminution partielle des compétences sociales. De ce tableau se dégagait ainsi une légère perturbation affective. S'agissant du ralentissement (EDR), il n'existait pas. Les analyses sanguines avaient en outre permis de constater que l'assurée ne prenait pas du tout l'antalgique Dafalgan qu'elle prétendait pourtant prendre une à trois fois par jour. Une petite trace de la substance Trittico avait été détectée mais la métabolite était non détectable. Enfin, le taux sérique de l'antidépresseur Cymbalta était extrêmement faible et largement en dehors de la fourchette thérapeutique. L'ensemble de ces résultats montrait que l'assurée était à tendance non observante. Au vu de ce qui précède, l'expert avait retenu le diagnostic de dysthymie (F34.1). Il a notamment expliqué le diagnostic retenu en précisant qu'au contraire des notions subjectives et des appréciations du médecin traitant, les facteurs suivants étaient du registre extra-médical : situation sociale, âge, bilan de vie avec tendance négative, fixation sur blessure antérieure, situation sentimentale bloquée en tant que maîtresse, manque de motivation et autres. Fort des constatations qui précèdent, l'expert avait ainsi considéré que la capacité de travail de l'assurée était entière sur le plan psychique même si les troubles avaient momentanément diminué ses capacités d'adaptation. 12. Par avis du 10 octobre 2011, le Dr E_____ a examiné les critères permettant de considérer une fibromyalgie comme invalidante et a constaté que : s'il existait une affection corporelle chronique, elle n'était pas invalidante ; il n'existait pas de trouble psychiatrique incapacitant, la dysthymie n'atteignant pas le niveau d'une dépression légère selon la CIM-10 ; il n'y avait pas de perte de l'intégration psychosociale, l'assurée décrivant une vie sociale existante, un certain nombre de plaisirs, une relation de couple, des intérêts divers ; il n'y avait pas non plus d'état psychique cristallisé, l'assurée ayant des intérêts divers ni d'échec des traitements conformes aux règles de l'art, dans la mesure où

aucun traitement psychiatrique n'avait été pris correctement.![endif]>![if> 13. Le 20 octobre 2011, l'OAI a calculé le taux d'invalidité de l'assurée qui s'est élevé à 10%.![endif]>![if> 14. Dans un avis du 22 février 2012, le Dr E_____ a encore précisé qu'il ne disposait d'aucun élément permettant de reprendre l'instruction du dossier de l'assurée en raison d'une amélioration de son état de santé. Une activité adaptée était exigible dès l'expertise du Dr D_____. Quand à la capacité dans l'activité habituelle, elle avait à été diminuée de 40% au moins dès la découverte de l'hernie discale en avril 2010. Elle avait peut-être diminué de 100% de manière temporaire Ainsi, compte tenu de la profession habituelle, une incapacité totale de travailler de 6 à 8 semaines semblait être raisonnable.![endif]>![if> 15. Le 14 mai 2012, la Dresse G_____, également médecin auprès du SMR, a précisé que l'activité adaptée était exigible à 100% dès le mois d'avril 2010.![endif]>![if> 16. Le 5 juin 2012, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision refusant les mesures professionnelles de reclassement et la rente d'invalidité mais admettant une aide au placement sur demande motivée.![endif]>![if> 17. Par courrier du 3 juillet 2012, l'assurée, sous la plume de son conseil, s'est opposée au projet, contestant les termes des expertises tant rhumatologique que psychiatrique.![endif]>![if> En annexe à ce courrier figuraient : - Un certificat de la Dresse A_____ du 1 er juillet 2012, dans lequel ce médecin récapitulait les atteintes, tout en précisant que les traitements médicamenteux et les séances de physiothérapie n'avaient pas permis une stabilisation de l'état de santé, l'assurée se plaignant toujours d'importantes douleurs au niveau du rachis lombaire, accompagnées de blocages au niveau dorso-lombaire et irradiant au niveau des membres inférieurs et supérieurs. Sur le plan psychique, l'assurée restait très angoissée et déprimée. La capacité de travail était toujours nulle et son état de santé ne lui permettait pas de reprendre un emploi quel qu'il soit tant qu'il n'y aura pas de compensation adéquate tant sur le plan physique que psychique.![endif]>![if> - Un avis de la Dresse C_____ du 2 juillet 2012, dont il ressort que l'assurée était toujours en rémission partielle d'un épisode dépressif majeur sévère. Il restait de cet état dépressif une labilité émotionnelle importante ainsi que des troubles de la concentration qui ne s'étaient pas atténués avec le traitement antidépresseur. L'assurée faisait encore un bilan négatif de sa vie et présentait toujours un certain retrait. Elle souffrait également d'un certain degré de surdité qui ne jouait pas en sa faveur pour une réinsertion sociale. En guise de conclusion, la Dresse C_____ rappelait que sa patiente devait être aidée pour trouver une activité professionnelle, à 50%.![endif]>![if> 18. Le 16 août 2012, l'OAI a confirmé son projet, retirant toutefois la proposition d'aide au placement, la condition subjective n'étant pas réalisée.![endif]>![if> 19. Par écriture du 14 septembre 2012, l'assurée (ci-après : la recourante) interjette recours auprès de la Cour de céans, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée, préalablement à l'audition de ses deux médecins et à la réalisation d'une expertise psychiatrique, et principalement à un stage d'évaluation aux EPI et à une rente d'invalidité de 50% minimum.![endif]>![if> A l'appui de ses conclusions, la recourante estime que l'expertise du Dr F_____ est extrêmement superficielle et dénuée de toute valeur probante. En effet, pour elle, l'expert précité fonde son appréciation médicale sur la seule analyse sanguine qu'il a faite effectuer. De plus, il fait état d'un certain nombre de facteurs du registre extra-médical, ce qui n'est manifestement pas le cas. Enfin, le Dr F_____ ne s'est pas entretenu avec ses médecins traitants. 20. L'OAI (ci-après : l'intimé) répond en date du 15 octobre 2012, considérant qu'il s'est fondé sur deux expertises fouillées, concernant lesquelles la recourante n'apporte aucun élément susceptible permettant de

remettre en question la valeur probante, le simple fait que le médecin traitant fournit une appréciation différente étant insuffisant pour remettre en cause les examens précités. S'agissant du stage aux EPI, il n'avait pas lieu d'être dès lors que la capacité de travail de la recourante avait pu être fixée de manière précise et convaincante par les experts.!

21. Par courrier du 25 octobre 2012, la recourante produit une lettre de la Dresse C _____, dans laquelle ce psychiatre a critiqué l'expertise du Dr F _____. Après avoir contesté certaines affirmations de l'expert, le psychiatre traitant de la recourante a relevé que sa patiente n'avait pas pris les médicaments la veille et l'avant-veille de l'examen psychiatrique car elle était inquiète. De plus, depuis qu'elle ne travaillait plus, elle avait moins de douleur et essayait de prendre un minimum de Dafalgan. La recourante était également une métaboliseuse assez rapide. La Dresse C _____ se déclarait également étonnée par le fait que l'expert n'ait pas mentionné le degré de surdité de la recourante, qui était gênante pendant les entretiens et qui aboutissait souvent à ce qu'elle n'ait compris les propos du médecin que de façon aléatoire. Enfin, la Dresse C _____ estimait que le Dr F _____ n'avait fait que des tests et qu'il ne tenait compte des propos quasiment que pour démontrer que son diagnostic était faux.!

22. Une audience de comparution personnelle s'est tenue le 14 novembre 2012. Entendue à cette occasion, la recourante a indiqué qu'elle ne contestait pas l'expertise somatique, si ce n'est l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. Par contre, elle contestait intégralement les conclusions de l'expertise psychiatrique. Interrogée par la Cour de céans, la recourante a également confirmé l'anamnèse professionnelle et familiale, précisant qu'elle n'avait effectivement pas pris les médicaments deux jours avant l'expertise parce qu'elle était troublée, nerveuse et angoissée. La recourante s'est également étonnée des conclusions du Dr D _____ quant à sa capacité de travail dans une activité adaptée, considérant qu'une capacité de travail entière était surprenante dans la mesure où elle devait changer de position toutes les heures et qu'aucune diminution de rendement n'a été prise en considération. S'agissant de l'expertise psychiatrique, elle estimait qu'elle était dépourvue de toute valeur probante dans la mesure où elle se basait uniquement sur la prise de sang pour conclure qu'elle n'était pas observante. Enfin, la recourante persistait dans ses conclusions en expertise psychiatrique et en stage aux EPI.!

Lors de cette audience, la recourante a également transmis à la Cour de céans une attestation du Dr H _____, spécialiste FMH en Oto-Rhino-Laryngologie et chirurgie Cervico-faciale, datée du 13 novembre 2012, dans laquelle ce médecin confirmait qu'il la suivait en raison d'une baisse de l'audition des deux côtés, sans autres précisions.

23. Suite à l'audience de comparution personnelle, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).!

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

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 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche 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, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, à tout le moins partielle, et singulièrement sur la valeur probante des rapports d'expertise des Drs D_____ et F_____ ainsi que sur l'opportunité d'un stage d'évaluation aux EPI. 6. 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 7. a/aa) 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 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). a/bb) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il

est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). En d'autres termes, les circonstances générales et particulières qui conduisent à une situation psychosociale difficile ne suffisent pas à admettre une invalidité. b/aa) La fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé [OMS] (CIM-10: M79.0), caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Comme la fibromyalgie ne peut guère, étant donné son étiologie incertaine, être rangée dans la catégorie des atteintes à la santé psychiques ou psychosomatiques, ou encore dans celle des atteintes à la santé organiques, il se dégage une tendance générale parmi les auteurs d'admettre une combinaison de ces deux éléments, avec cependant une prépondérance des facteurs psychosomatiques. A ce jour, le Tribunal fédéral n'a cependant pas pris position sur cette controverse médicale (ATF 132 V 65 consid. 3.2 et 3.3). b/bb) En ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses; voir pour la définition du trouble somatoforme douloureux CIM-10: F45.4). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en

règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Pour les raisons qui viennent être exposées ci-dessus, il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2). Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 354 et ATF 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.2). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux 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'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2). 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 - eu égard également aux critères déterminants - 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. 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

(ATF 132 V 65 consid. 4.2). c/aa) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF non publié I 805/04 du 20 avril 2006, consid. 5.2.1). Il en va de même du diagnostic de dysthymie (ATF non publié I 488/04 du 31 janvier 2006). c/bb) S'agissant des affections corporelles chroniques, il doit exister une limitation fonctionnelle sur le plan somatique (notamment ATFA I 317/05 du 12 juin 2006). c/cc) Concernant l'état psychique cristallisé, des éléments biographiques difficiles (relations conflictuelles au travail, divorce, possible traumatisme sexuel sans contact physique durant l'enfance) sont des indices plaidant en faveur d'un tel état, si tant est que l'assuré ne démontre pas en même temps une attitude théâtrale et revendicative et émette des déclarations discordantes au sujet de ses douleurs donnant à penser qu'il cherche une compensation de ses souffrances par l'AI. Le fait d'affirmer ne plus être en mesure d'exercer une quelconque activité tout en étant capable de s'occuper du ménage et d'un enfant sont des indices faisant plutôt apparaître un profit secondaire tiré de la maladie (ATFA I 644/04 du 20 mars 2006). Un tel état ne saurait être admis lorsque l'assuré n'a pas suivi de traitement psychiatrique durable et que, par ailleurs, il fait preuve d'une mauvaise compliance médicamenteuse (ATFA I 506/04 du 22 février 2006, voir aussi ATFA I 483/05 du 21 avril 2006), lorsqu'il a uniquement pris un traitement d'anxiolytiques et non pas d'antidépresseurs (ATFA I 580/04 du 4 février 2006), lorsque la poursuite du traitement est susceptible d'améliorer la symptomatologie d'anxiété (ATFA I 380/03 du 8 juillet 2004), lorsque l'épisode dépressif moyen est en rémission complète (ATFA I 297/05 du 17 juillet 2006), lorsqu'aucun élément psychotique, aucune souffrance ou dysfonctionnement personnel, professionnel et social, ni encore des traits d'une personnalité dissociée ne peuvent être retenus (ATFA I 450/03 du 25 novembre 2004), en l'absence d'une source de conflit intrapsychique ou situation conflictuelle externe (ATFA I 272/03 du 23 juin 2004) lorsque l'état de l'assuré est susceptible de s'améliorer grâce à la stabilisation de la vie familiale et à l'instauration d'un traitement antidépresseur (ATFA I 638/04 du 10 novembre 2005), lorsque l'état psychique est stabilisé grâce à une médication adéquate et qu'un suivi psychothérapeutique constituerait un traitement adéquat des troubles en cause (ATFA I 497/04 du 12 septembre 2005), lorsque l'assuré fait état d'une envie de travailler et d'une certaine ambition sociale (ATFA I 626/04 du 13 juillet 2005). c/dd) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que l'assuré effectue des promenades avec des amis qu'il voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille en Espagne (ATFA I 506/04 du 22 février 2006), qu'il bénéficie d'une vie familiale épanouie, reçoit des amis et se rend chez eux (ATFA I 580/04 du 4 février 2006), qu'il a une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent le voir ou auxquels il rend visite (ATFA I 665/04 du 29 novembre 2005), qu'il se dit bien entouré sur le plan familial (ATFA I 539/04 du 16 août 2005), qu'il vit dans une situation de retrait mais qu'il a des contacts réguliers avec ses proches et qu'il retourne régulièrement dans son pays d'origine avec sa famille ou des amis (ATFA I 690/04 du 2 mars 2005), qu'il est à même d'entretenir des contacts

sociaux, d'exercer des activités sportives (natation) et de loisir (promenade) (ATFA I 361/04 du 8 juin 2005). 8. a) 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).! [endif]>![if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 9. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de

manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

10. a) En l'espèce, lors de son audition par la Cour de céans, le 14 novembre 2012, la recourante a indiqué qu'elle ne contestait pas l'expertise somatique, si ce n'est l'évaluation de la capacité de travail résiduelle mais qu'elle contestait en revanche intégralement l'expertise psychiatrique. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante de ces deux rapports.

b) Concernant tout d'abord le rapport d'expertise du Dr D_____, il correspond en tous points aux réquisits jurisprudentiels précités. Il se fonde en effet sur l'étude du dossier médical complet, établit l'anamnèse de l'assurée et relate ses plaintes. L'expert a posé ses diagnostics - qui ne sont au demeurant pas contestés par la recourante - après des examens minutieux et ses conclusions sont claires et motivées. Le Dr D_____ a en particulier expliqué pour quelles raisons il n'y avait pas d'atteinte radiculaire et qu'il s'agissait donc d'une atteinte purement irritative. Il a également précisé que l'atteinte irritative et l'œdème du plateau supérieur de L4 pouvaient expliquer le fait que les douleurs lombaires augmentaient aux ports de charges et aux mouvements. Compte tenu des constatations cliniques, le Dr D_____ a retenu une totale capacité de travail dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles retenues (pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de mouvements répétés du rachis avec la possibilité de changer de position toutes les heures). S'il eût certes été souhaitable que le Dr D_____ expliquât les motifs pour lesquels il retenait une capacité de travail de 60% dans l'activité habituelle, il n'en demeure pas moins que la capacité de travail totale dans une activité adaptée, en raison des conséquences de la seule hernie discale, n'est pas contestable dans la mesure où il s'agit d'une atteinte purement irritative et que les positions qui sont susceptibles de déclencher les douleurs ou du moins de les augmenter ont été retenues à titre de limitations fonctionnelles. Partant, une pleine valeur probante doit être attribuée à l'expertise du Dr D_____ et de considérer que l'hernie discale dont souffre la recourante n'entraîne pas d'incapacité de travail. Cela étant, il y a lieu de constater que le Dr D_____ a également fait état d'une fibromyalgie. Cependant, pour qu'une telle atteinte puisse être considérée comme invalidante, elle doit être associée à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Partant, il y a donc lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise du Dr F_____.

c) S'agissant de cette dernière expertise, force est de constater qu'elle

comporte une anamnèse familiale, personnelle et socioprofessionnelle détaillée, un résumé du dossier et de l'historique médical ainsi qu'une description des plaintes subjectives de l'assuré. L'expert a procédé à des constatations cliniques et les a résumées selon l'échelle psychopathologique de l'Association internationale pour la Méthodologie et la Documentation en psychiatrie (AMDP, 3ème éd. 1999). Il a ensuite discuté le cas, tenu compte des plaintes exprimées par la patiente et posé un diagnostic selon la Classification internationale des maladies (CIM-10). Partant, l'expertise du Dr F_____ répond aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Sur le fond, l'expert a considéré que la recourante souffrait d'une dysthymie, qui est une affection psychique correspondant au trouble F 34.1 de la CIM-10. Concrètement, il s'agit d'un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou, dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger. Cette affection peut ainsi être qualifiée d'humeur dépressive qui n'atteint même pas la gravité d'un état dépressif majeur léger (voir notamment l'ATF non publié I 354/01 du 3 mai 2002 consid. 4b pour les explications médicales). En d'autres termes, le Dr F_____ n'a mis en évidence aucun substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de la recourante de manière importante (voir notamment ATF non publié I 354/01 du 3 mai 2002 consid. 4b). L'expert a également expliqué que, contrairement au médecin traitant de la recourante, il n'avait pas pris en considération les éléments appartenant au registre extra-médical (situation sociale, âge, bilan de vie avec tendance négative, fixation sur une blessure antérieure, situation sentimentale bloquée en tant que maîtresse ainsi que manque de motivation et autres) ce qui est conforme à la jurisprudence, quoi qu'en dise la recourante. d) Afin de contester la valeur probante du rapport du Dr F_____, la recourante a produit deux avis de la Dresse C_____ dont il convient d'examiner la valeur probante. Force est cependant de constater que les avis en questions ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels et ne sont à l'évidence pas suffisants pour remettre en doute le rapport du Dr F_____. La Cour de céans note, dans ce contexte, que la psychiatre traitante de la recourante fait état d'une rémission partielle d'un état dépressif majeur sévère. En d'autres termes, elle admet qu'il y a eu amélioration de l'état psychique de la recourante, de telle sorte qu'elle ne présente plus les critères symptomatiques nécessaires pour retenir le diagnostic d'épisode dépressif majeur sévère, même si certains symptômes de la maladie persistent. Or, les symptômes résiduels retenus par la Dresse C_____, dans son courrier du 2 juillet 2012, correspondent à ceux énoncés par le Dr F_____ : labilité émotionnelle et troubles de la concentration (voir notamment p. 10 et 11 de l'expertise du 29 août 2012) ainsi que bilan négatif de sa vie et retrait social (voir p. 16 de l'expertise du 29 août 2012), ces derniers éléments constituant des facteurs psychosociaux et socioculturels non pris en considération par l'expert. Ainsi, l'avis de la Dresse C_____ ne constitue qu'une appréciation divergente ce qui ne permet pas de remettre en question la valeur probante du rapport du Dr F_____. S'agissant du courrier du 20 septembre 2012, dans lequel la Dresse C_____ explicite ses critiques relatives à l'expertise psychiatrique, force est de constater qu'il ne contient aucun élément permettant de contester l'appréciation du Dr F_____. Si la psychiatre traitante conteste certes certaines appréciations de l'expert, elle ne démontre cependant pas que les critères d'un épisode dépressif sévère seraient réalisés. S'agissant des précédents épisodes dépressifs, que l'expert aurait omis de signaler, force est de constater qu'aucune pièce du dossier n'en fait état, hormis le courrier du Dr B_____ du 19 septembre 2002, qui

émane d'un spécialiste en chirurgie et mentionne un état dépressif, sans autres précisions. De plus, les autres épisodes dépressifs, s'ils peuvent être qualifiés comme tels, étaient à l'évidence des états réactionnels à des situations professionnelles, qui n'ont pas valeur de maladie au sens de l'assurance-invalidité. En outre, le fait que la recourante ait déclaré avoir « oublié » de prendre ses médicaments deux jours d'affilée en raison de son anxiété ne permet pas de remettre en question le diagnostic du Dr F_____ et son appréciation de la capacité de travail. En effet, il doit être considéré que, compte tenu du diagnostic de dysthymie retenu, la recourante devrait être encore plus à même de travailler si elle suivait son traitement régulièrement. Par ailleurs, s'agissant de l'argument lié à la surdité, force est de constater que la recourante n'a produit aucune pièce permettant d'attester d'une diminution sensible de l'audition. De plus, le Dr F_____ lui a demandé à plusieurs reprises si son résumé de la situation était exact ce que la recourante a, à l'évidence, confirmé. Enfin, contrairement à ce qu'affirme la Dresse C_____, le Dr F_____ n'a pas procédé qu'à des tests : il a procédé à un examen clinique et a, par la suite, résumé les constatations objectives et les plaintes subjectives de la patiente selon le système de l'AMDP. Partant, les critiques de la Dresse C_____ ne permettent pas de remettre en question la valeur probante du rapport du Dr F_____.

Il n'y a dès lors pas lieu d'entendre les médecins personnels de la recourante ni d'ordonner une expertise médicale (appréciation anticipée des preuves : arrêt K 134/03 du 12 mai 2004, consid. 4.3, ATF 124 V 94 consid. 4b). d) Il ressort des considérations qui précèdent que ni les lombalgies sur hernie discale ni la dysthymie n'entravent la capacité de travail et par conséquent de gain de la recourante. Reste cependant à examiner si la fibromyalgie relevée par le Dr D_____ est invalidante. Comme cela ressort du considérant 7c/aa supra, la dysthymie ne permet pas d'établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une gravité suffisamment importantes pour admettre qu'aucun effort de volonté en vue de surmonter les douleurs ayant conduit au diagnostic de fibromyalgie et de réintégrer un processus de travail n'est exigible de la part de la recourante (voir arrêt non publié I 488/04 du 31 janvier 2006). En l'absence de comorbidité psychiatrique, il doit avoir cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance mentionnés supra . Or, à l'exception des affections corporelles chroniques (lombalgies sur hernie discale), la recourante ne remplit aucun des autres critères jurisprudentiels. Elle ne subit plus particulièrement pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie dans la mesure où elle décrit une vie sociale existante et bénéficie d'une vie de couple qu'elle qualifie de satisfaisante. Le traitement administré a permis une évolution positive de l'atteinte psychique, dans la mesure où l'état dépressif sévère tel que diagnostiqué par la Dresse C_____ a fait l'objet d'une rémission suffisamment importante pour que le Dr F_____ ne relève qu'une dysthymie. Enfin, la recourante ne présente pas non plus d'état psychique cristallisé dans la mesure où son trouble psychique a été stabilisé grâce à une médication adéquate, avec laquelle elle n'était pas toujours compliant, ou à tout le moins pas lorsque l'expertise a été réalisée. Partant, les troubles psychiques présentés par la recourante ne se manifestent pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de la capacité de travail. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail. e) En résumé, on doit ainsi admettre que la recourante ne présente pas d'atteinte à sa santé – physique ou psychique – qui soit de nature à entraîner une incapacité de travail dans toute profession. 11. La recourante demande également à être mise au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle afin d'examiner

quel type d'activité pourrait éventuellement être envisagé en tant compte de ses atteintes à la santé et du fait qu'elle n'a jamais exercé d'autres activités que celles de femme de chambre ou de nettoyeuse.

a) Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (ATF non publié 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). b) A teneur de l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n os 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les

aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (ATF non publié 9C_882/2008 du 29 octobre 2009, consid. 5.1 et les références). La même circulaire précise que l'orientation professionnelle incombe à l'office AI. Celui-ci peut ordonner, à côté des méthodes et mesures habituelles d'orientation professionnelle, dont les stages pratiques, un examen plus étendu dans des centres spécialisés de formation professionnelle ou de réadaptation, sur le marché libre ou dans des centres d'observation professionnelle (COPAI). Cet examen sera effectué d'après un programme spécifiquement établi ou standardisé précisant clairement l'objectif (chiffre 2003). Dans un arrêt non publié du 10 février 2011, le Tribunal fédéral a considéré que c'était à juste titre que l'OAI avait refusé de mettre un assuré, qui n'était plus en mesure d'exercer ses activités antérieures en raison de problèmes au dos, au bénéfice d'une orientation professionnelle. Notre Haute Cour a en effet considéré que compte tenu du caractère relativement anodin de l'atteinte à la santé, les propositions formulées par le service de réadaptation de l'office quant aux types d'activités que l'on pouvait raisonnablement exiger de la part de l'assuré étaient suffisantes pour qu'il puisse s'orienter seul sur le marché du travail. De manière plus générale, dans la mesure où celui-ci offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient, à l'évidence, adaptées aux limitations de l'assuré et accessibles sans aucune formation particulière, il n'existait guère d'obstacles pour l'assuré à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé. Dans ces conditions, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité apparaissait superflue (ATF non publié 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4). c) En l'espèce, l'intimé a considéré que dans la mesure où le marché équilibré du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient, à l'évidence, adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans formation particulière. Pour sa part, la recourante n'a pas détaillé les motifs pour lesquels elle formulait sa demande de stage d'observation professionnelle. Force est cependant de constater que c'est à juste titre que l'intimé a refusé cette mesure d'orientation professionnelle. En effet, les limitations retenues sur le plan somatique (pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de mouvements répétés du rachis, avec la possibilité de changer de position toutes les heures) sont peu importantes, étant rappelé que sur le plan psychique, la recourante ne présente aucune limitation. Dès lors, dans la mesure où le marché de l'emploi offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont, à l'évidence, adaptées aux limitations précitées et accessibles sans aucune formation particulière, il n'y a guère d'obstacles pour la recourante à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé. Dans ces conditions, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité apparaît superflu. Plutôt qu'une orientation professionnelle, la recourante semble avoir besoin d'un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié et, partant, d'une mesure de placement au sens de l'art. 18 LAI, mesure qui avait été suggérée par l'intimé dans son projet de décision du 5 juin 2012 mais à laquelle l'office intimé avait renoncé dans la décision du 16 août 2012 considérant qu'au vu des termes de son courrier du 3 juillet 2012, la recourante n'était subjectivement pas apte à reprendre une activité professionnelle. 12. Le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé n'étant pas contesté, il ne sera pas examiné par la Cour de céans. 13. Partant, le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du

30 juillet 1986; RSG E 510.03).![endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.