RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1684/2006 **ATAS/912/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 17 octobre 2006

En la cause

Madame P_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître KVICINSKY Didier	recourante

contre

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

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

EN FAIT

1. Madame P_____, née en 1961 en Bosnie, s'est installée en Suisse en 1992. Elle a travaillé comme femme de chambre, puis comme nettoyeuse et depuis le 1er août 1995, comme employée de cuisine à la "établissement hospitalier"des Grangettes. Elle a été licenciée avec effet au 31 juillet 2002 pour cause de restructuration, étant précisé que son dernier jour de travail a été le 22 octobre 2001. Elle a ce jour-là eu un malaise avec manque d'air, précordialgies sous forme de serrements, tremblements, céphalées et bourdonnements d'oreilles, suivi d'une perte de connaissance d'une durée non déterminée à la suite d'une dispute avec le cuisinier avec lequel elle travaillait.

2. Le 3 janvier 2003, elle a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) une demande visant à l'octroi de prestations AI.

3. La Dresse A_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué le 21 janvier 2003, que sa patiente souffrait depuis octobre 2001 d'un épisode dépressif moyen, d'un syndrome douloureux somatoforme et d'une fibromatose utérine. Elle a estimé que l'incapacité de travail était de 100% depuis cette date.

   Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, elle a précisé que l'assurée présentait une apathie, un ralentissement psychomoteur et de la tristesse, ainsi que des traits de personnalité anxieux. Selon elle, ces troubles entraînent une perte de la capacité de travail de 20%.

4. L'assurée a été soumise à une expertise médicale bi-disciplinaire, soit rhumatologique et psychiatrique, auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR-Léman) le 27 juin 2005. Il a été diagnostiqué des rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs du rachis, ainsi que des troubles sans répercussion sur la capacité de travail, soit : un syndrome douloureux de type fibromyalgie, des précordialgies atypiques avec épisodes de tachycardie sinusale et minime extrasystolie supra-ventriculaire et ventriculaire, un colon irritable, des céphalées tensionnelles et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission. Selon la Dresse B_____, experte psychiatre, "sa thymie est légèrement triste en dépit de ses larmes qui coulent depuis le début jusqu'à la fin de l'entretien, l'assurée est très démonstrative, théâtrale, elle ne présente pas de signes florides de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. (…) Elle ne présente pas d'angoisse persistante, ni d'attaques de panique en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée ni de phobie en faveur d'un trouble phobique. (…). Le discours est cohérent et l'assurée ne présente pas de symptômes de la lignée psychotique. (…). Elle n'a jamais fait de tentative de suicide et ne verbalise pas d'idée suicidaire. Par moment son discours est plaqué. Elle est très projective en disant que tous ses malheurs sont déclenchés par la dispute avec son chef qui s'est

permis de lui faire des remarques (…). Elle présente une nette amplification des plaintes somatiques sans signe de souffrance objectivable pendant l'entretien. Elle ne touche pas l'examinateur et sa vie sociale est inchangée. Nous n'avons pas objectivé de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant".

L'experte a ainsi conclu que l'assurée ne souffrait d'aucune maladie psychiatrique invalidante et qu'elle pouvait exercer une activité à plein temps sur le marché du travail.

Du point de vue ostéo-articulaire, des troubles statiques et dégénératifs du rachis ont été mis en évidence, de sorte qu'une incapacité de travail de 20% dans l'activité d'aide de cuisine a été retenue. La capacité de travail a en revanche été considérée comme entière dans une activité adaptée (nécessité d'alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique du tronc).

5. Par décision du 6 septembre 2005, l'OCAI a rejeté sa demande.

6. Le 10 octobre 2005, l'assurée, représentée par Maître Didier KVICINSKY, a formé opposition. Il a produit un courrier à lui adressé par la Dresse A_____ le 22 novembre 2005, aux termes duquel celle-ci indique que le traitement médicamenteux consiste en la prise d'antidépresseurs et de tranquillisants, et est complété par un traitement de psychothérapie de soutien. Le médecin ajoute qu' "étant donné qu'elle est sous traitement d'antidépresseurs, elle ne présente pas de symptômes d'un franc état dépressif actuellement, néanmoins certains symptômes sont présents comme par exemple la fatigue après le moindre effort, l'apathie, le pessimisme par rapport à son avenir, la tristesse et les troubles du sommeil".

7. Par décision du 30 mars 2006, l'OCAI a confirmé son refus de retenir le diagnostic de fibromyalgie comme maladie invalidante au sens de l'assurance-invalidité, considérant que le rapport d'expertise établi par le SRM Léman remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document et a rejeté l'opposition.

8. L'assurée a interjeté recours le 11 mai 2006 contre ladite décision. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

9. Le 13 juillet 2006, l'assurée a complété l'acte de recours, alléguant que les troubles somatoformes douloureux dont elle souffre s'accompagnent de comorbidité psychiatrique. Elle se fonde sur le rapport de la "établissement hospitalier" genevoise de Montana du 1er juin 2006, ainsi que sur un courrier de la Dresse A_____ daté du 16 juin 2006.

10. L'assurée ayant séjourné à la "établissement hospitalier" genevoise de Montana du 11 au 24 mai 2006, un rapport de sortie a en effet été établi en date du 1er juin 2006, duquel il résulte qu'elle souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans trouble psychotique, d'attaques de panique, de trouble somatoforme douloureux, de HTA, d'hyperlipidémie et d'un colon irritable. Elle présente 14 points douloureux sur 18 de fibromyalgie.

    Par courrier du 16 juin 2006, la Dresse A_____ a informé le mandant de l'assurée que l'état dépressif persistait malgré le traitement instauré (traitement médicamenteux antidépresseurs et tranquillisants et entretiens de soutien psycho-thérapeutique réguliers), et a souligné que "cet état dépressif à mon avis doit être considéré comme comorbidité des troubles somatoformes douloureux".

11. L'OCAI a, le 15 août 2006, persisté dans ses conclusions.

12. Sur ce 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'art. 56 de la loi 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 des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2;

169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité.

6. Aux termes de l'art. 4 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Le contenu de cette disposition a été repris par l'art. 8 LPGA.

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

   Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). 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).

   Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

7. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui,

par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 consid. 1.2.).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René SCHAUFFHAUSER /Franz SCHLAURI (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la

capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, 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. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas 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, dès lors que celui-ci 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.

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la

personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références; 122 V 160 consid. 1c et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

9. En l'espèce, les experts ont mis en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis, de sorte qu'ils ont reconnu à l'assurée une incapacité de travail de 20% dans son activité antérieure d'aide de cuisine. Dans un emploi adapté à ses limitations, ils ont en revanche considéré qu'elle pouvait travailler à 100%.

Il apparaît ainsi que la capacité de travail de l'assurée n'est que peu limitée sur le plan somatique, ou du moins pas dans une mesure suffisante pour justifier l'octroi de prestations AI (art. 28 al. 1 LAI).

10. Tant la Dresse A_____ que les experts ont diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme ou un syndrome douloureux de type fibromyalgie.

Selon le médecin traitant ainsi que la Dresse B_____ l'assurée souffre d'un état dépressif moyen, d'apathie, d'un ralentissement psychomoteur, de tristesse ainsi que de traits de personnalité anxieux (cf. rapports des 21 janvier 2003 et 27 juin 2005). Le 22 novembre 2005, la Dresse A_____ a précisé que sa patiente ne présentait pas de symptômes d'un franc état dépressif grâce au traitement d'antidépresseurs. Le 16 juin 2006 toutefois, elle a déclaré que l'état dépressif persistait malgré le traitement instauré et souligné que cet état dépressif devait être considéré comme comorbidité des troubles somatoformes douloureux.

Se pose ainsi la question de l'admission d'une comorbidité psychiatrique en raison de l'épisode dépressif récurrent de degré actuel moyen. Or, selon la doctrine médicale sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (arrêt du 21 avril 2004 I 870/2002). Qui plus est, l'existence d'une comorbidité psychiatrique suffisamment importante par sa gravité, son acuité et sa durée ne peut être que niée dans le cas particulier.

Il est vrai que les médecins de la "établissement hospitalier" genevoise de Montana ont quant à eux constaté que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen à sévère. Cette constatation ne saurait quoi qu'il en soit modifier la conclusion relative à la comorbidité psychiatrique, dans la mesure où elle date de mai 2006, soit après que la décision sur opposition ait été rendue.

Selon une jurisprudence constante 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 (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

11. Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères, dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. Il y a lieu d'examiner si l'assurée en réunit plusieurs en sa personne de manière suffisamment marquée, ce qui fonderait un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

Le critère relatif aux affections corporelles chroniques apparaît comme réalisé, l'assurée souffrant de rachialgie, de douleurs du membre inférieur droit et des deux membres supérieurs ainsi que de gonalgies. Selon les médecins de la "établissement hospitalier" genevoise de Montana, elle présente 14 points douloureux de fibromyalgie sur 18.

Concernant la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, les experts ont relevé que l'assurée menait une vie sociale normale. Elle vit avec son mari et ses deux filles et rentre une fois par année en Bosnie voir sa sœur. Ce critère ne saurait ainsi être retenu.

L'assurée bénéficie d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès de la Dresse A_____ et se voit prescrire un traitement médicamenteux d'antidépresseurs. En octobre 2005, ce médecin indiquait que grâce à ce traitement elle ne présentait plus de symptômes d'un franc état dépressif. En juin 2006, elle a toutefois déclaré que l'état dépressif persistait malgré le traitement médicamenteux et les entretiens de soutien psychothérapeutique régulier.

Force est à cet égard de constater qu'au moment où la décision litigieuse a été rendue par l'OCAI, l'état psychique pourrait ne pas être considéré comme cristallisé. Il n'est cependant pas exclu que tel soit le cas dès juin 2006, le Tribunal de céans ne pourrait quoi qu'il en soit pas en tenir compte dans le cadre du présent litige, puisqu'il apprécie la légalité des décisions attaquées en règle générale d'après l'état de fait existant au moment où la décision a été rendue (ATF 121 V 366).

On ne saurait par ailleurs pas non plus parler en l'état de l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art.

12. Il ressort de l'ensemble de ces éléments que l'assurée ne remplit pas les critères permettant de reconnaître le trouble somatoforme douloureux persistant dont elle souffre comme invalidant, en dépit des douleurs dont il n'est pas question de nier l'existence.

En conclusion, bien que l'assurée souffre de rachialgies et d'un trouble somatoforme douloureux persistant, on doit pouvoir exiger d'elle les efforts nécessaires pour exercer une activité professionnelle adaptée à plein temps. Elle n'a en conséquence pas droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI).

Le recours sera en conséquence rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

3. 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
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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