REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2290/2006 **ATAS/1207/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 6 novembre 2007

En la cause

Madame D_____, domiciliée , 1205 GENEVE, représentée par Madame FORUM SANTE Mme Christine BULLIARD	recourante

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Bertrand REICH et Teresa SOARES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Mme D_____ (ci-après: la recourante), ressortissante de Bosnie-Herzégovine, née le 1967, est arrivée en Suisse en 1993 en tant que requérante d'asile; elle a ensuite obtenu un permis B. Sans formation professionnelle, elle a exercé l'activité de nettoyeuse à temps partiel de janvier 1997 à février 1999, puis, de février 1999 à août 2000, celle de femme de chambre, à plein temps, à X_____ à Genève, exploité par la société Y_____ SA. Son dernier salaire annuel était de 42'900 fr., selon les indications fournies par son employeur.

2. Le 16 avril 2002, la recourante a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après: l'OCAI) tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

3. Dans un rapport daté du 13 mai 2002 adressé à l'OCAI, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a indiqué à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail: un status après discectomie L5-S1 en février 1994 pour hernie discale gauche, une hémilaminectomie L5 et foraminotomie S1 gauche en mars 1994 pour récidive de lombosciatalgies, puis révision L5-S1 gauche avec décompression osseuse et adhésiolyse S1 gauche en décembre 2001, ainsi que la persistance des lombosciatalgies gauches chroniques. Il mentionnait enfin un état dépressif réactionnel.

   Le médecin traitant attestait d'une incapacité de travail totale du 13 novembre au 3 décembre 2000, partielle du 4 au 17 décembre 2000, et à nouveau totale depuis le 30 avril 2001, pour une durée indéterminée.

   Il exposait que la recourante, en traitement chez lui depuis le 28 novembre 1995, avait perdu cinq membres de sa famille dans la guerre (mari, frères, mère et épouse d'un frère) et gardé des souvenirs de ces événements. Lors de son arrivée en Suisse, elle était psychiquement fortement perturbée. Son était psychique s'était néanmoins progressivement amélioré au cours de 1994-1995, mais elle avait toujours gardé une forte nervosité et anxiété. En 1994, des sciatalgies gauches étaient apparues, pour lesquelles elle avait subi des interventions neurochirurgicales. Les rapports établis à cette époque indiquaient déjà la suspicion d'une somatisation en relation avec un état dépressif réactionnel, pour lequel avait débuté un traitement avec des médicaments antidépresseurs. La recourante supportait toutefois mal ce genre de médicaments, d'une part et ne voulait pas les prendre car elle ne s'estimait pas déprimée, d'autre part. Lors de son séjour à la Clinique de rééducation de "établissement hospitalier" en septembre 1994, avait été évoqué le diagnostic d'un syndrome de stress post-traumatique avec lombosciatalgies gauches non-déficitaires. Dès janvier 1996, les maux de tête associés aux cervicalgies s'étaient fortement accentués, mais les clichés n'avaient révélés que de discrets rétrolisthésis

pluri-étagés C4-C5 et C5-C6 ainsi qu'une raideur cervicale. Le Dr. A_____ l'avait alors adressée au Dr B_____ pour un suivi psychiatrique, que la recourante avait cependant rapidement abandonné. Dès novembre 2000, était apparue une forte accentuation des lombosciatalgies gauches. En mai 2001, le Dr C_____, spécialiste FMH en neurologie, avait conclu à la présence d'un syndrome vertébral lombaire important mais sans déficit neurologique, en évoquant une certaine surcharge psychique.

Lorsque le Dr A_____ l'avait examinée en mai 2002, la recourante avait prétendu qu'elle ne se sentait pas déprimée, car elle n'avait pas de raison d'être dépressive: elle s'était remariée, ses deux filles n'avaient pas de problèmes à l'école et elle avait obtenu le permis B. Le médecin traitant estimait qu'une expertise médicale serait utile pour préciser le diagnostic de troubles psychiques, leur gravité et le pronostic.

En définitive, il estimait que l'incapacité de travail de la recourante dans sa profession de femme de ménage était totale et définitive. Sur le plan purement théorique toutefois, un travail léger sans effort physique particulier était envisageable, si son état psychique le permettait.

4. Divers documents médicaux étaient annexés au rapport du 13 mai 2002 du Dr A_____, à savoir notamment: un rapport du 11 mars 1994, dans lequel le Dr. D_____, de la "établissement hospitalier", diagnostiquait un probable état dépressif réactionnel; un courrier du 27 avril 1994, dans lequel le Dr E_____, du policlinique de médecine de (ci-après: "établissement hospitalier"), notait que, malgré son hyperalgie, la recourante restait souriante et d'un fatalisme qui le désarçonnait; et un compte-rendu d'hospitalisation de la division de médecine physique et de rééducation des "établissement hospitalier" du 22 septembre 1994, qui posait le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique avec lombosciatalgies gauches non déficitaires.

5. Dans son avis du 9 octobre 2002, le Dr. F_____, du Service médical régional Léman (ci-après: SMR), a indiqué que la recourante présentait, outre des lombalgies chroniques avec des exacerbations importantes et un status après deux interventions pour hernie discale, un état dépressif à la suite de la perte d'une partie de sa famille durant la guerre. Cette pathologie était à considérer comme un syndrome de stress post-traumatique, lequel était résolu, la recourante étant remariée et vivant avec ses enfants. L'activité en tant que femme de ménage paraissait alors exclue. Se posait cependant la question de la capacité de travail dans une activité adaptée. Il était par conséquent nécessaire, avant de présenter la recourante au service de réadaptation, d'interroger le Dr G_____, du service de neurochirurgie des "établissement hospitalier", sur la capacité de travail de la recourante en tant que femme de ménage et dans une activité ménageant le dos.

6. Dans son rapport du 22 novembre 2002 sollicité par l'OCAI, le Dr G_____, chef de clinique à la clinique de neurochirurgie des "établissement hospitalier", a indiqué à titre de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, une re-sténose S1 gauche existant depuis avril 2001. L'incapacité de travail avait été totale du 17 décembre 2001 au 29 avril 2002. L'état de santé était stationnaire et la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales. De plus, des mesures professionnelles étaient indiquées.

7. Dans son avis du 8 janvier 2003, le Dr F_____, du SMR, a indiqué que la capacité de travail de la recourante dans l'activité de femme de ménage était nulle et ceci probablement définitivement. Par contre, dans une activité ménageant le rachis, sans port de charges, sans mouvements en porte à faux du tronc, avec possibilité de changements de positions, une capacité de travail de 60 à 70% était exigible, compte tenu d'une baisse de rendement de 20 à 30% en raison des douleurs. Il relevait que le Dr G_____ ne s'était pas prononcé sur cet aspect et qu'un stage d'observation bref lui semblait indispensable.

8. Par décision du 27 janvier 2003, la recourante a été mise au bénéfice d'une orientation professionnelle pour déterminer les possibilités éventuelles d'une réinsertion professionnelle.

9. Suite à un entretien du 24 juin 2003 avec la recourante, lors duquel il a constaté qu'au vu de l'attitude extrêmement plaintive de cette dernière, aucune mesure professionnelle n'était indiqué, car vouée à l'échec, l'OCAI a questionné à nouveau le Dr A_____.

10. Dans son rapport du 10 juillet 2003, le Dr A_____ a indiqué notamment que l'état de santé de la recourante était resté stationnaire sur le plan objectif, mais qu'il s'était aggravé sur le plan subjectif. L'évolution était défavorable, les diagnostics n'avaient pas changé et le status était superposable à celui décrit dans son rapport du 13 mai 2002.

11. Dans son rapport à l'OCAI du 26 juillet 2004, le Dr H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suit la recourante depuis le 2 mars 2004, a posé les diagnostics suivants, ayant des répercussions sur la capacité de travail: état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2); syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4); état de stress post-traumatique (F43.1); troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22).

    En définitive, le Dr H_____ estimait que l'incapacité de travail de la recourante était totale et due uniquement à ses affections physiques et mentales.

12. Dans son expertise du 14 septembre 2004 sollicitée par l'OCAI, le Dr I_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a diagnostiqué une lombosciatalgie gauche irritative non déficitaire et pseudo-

sciatalgie droite; des cervicalgies chroniques; un status après cure de hernie discale L5-S1 le 3 février 1994 et révision les 18 mars 1994 et 18 décembre 2001; une maladie migraineuse.

A l'exclusion de la lombosciatalgie gauche irritative non-déficitaire, force était de constater que ni l'examen clinique ni les radiographies ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes présentés par la recourante, leur intensité, leur localisation et leur retentissement sur son fonctionnement. Au status, la recourante présentait des douleurs diffuses du système locomoteur, avec à la palpation la présence de 6/18 points de fibromyalgie, des signes de non-organicité de la douleur selon Waddell accompagnant des points de contrôle partiellement positifs s'intégrant dans un trouble somatoforme douloureux accompagnant diverses comorbidités psychiatriques telles qu'indiquées par le Dr H_____.

D'un point de vue professionnel, compte tenu de la présence de diverses comorbidités psychologiques signalées, du trouble somatoforme douloureux persistant et du manque de qualification professionnelle, toutes les mesures de reconversion professionnelles seraient vraisemblablement vouées à l'échec. Le Dr I_____N n'avait pas de propositions thérapeutiques particulières pour ce qui était du rachis, sans solution sur le long terme pour le trouble somatoforme persistant, excepté la poursuite du traitement antidépresseur, reconnu pour augmenter le seuil de tolérance à la douleur dans les douleurs chroniques. Le pronostic concernant la capacité de travail était réservé, au vu de l'intensité de la symptomatologie douloureuse et la présence vraisemblablement d'une comorbidité psychiatrique.

En définitive, dans une activité adaptée, excluant les mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis, les travaux lourds, le port de charges supérieures à 15 kg et permettant l'alternance des positions assise et debout, la capacité de travail était de 75%. La diminution de la capacité de travail remontait au 30 avril 2001. Un reclassement n'était pas judicieux, compte tenu de l'intensité de la symptomatologie douloureuse, des comorbidités psychiatriques et du manque de qualifications professionnelles.

13. Un examen SMR psychiatrique a été confié à la Dresse J_____, psychiatre, qui, dans son rapport du 6 décembre 2004, a posé comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22).

Le médecin a relevé que la thymie était très légèrement triste, la recourante pleurant en décrivant ses symptômes somatiques. Cette dernière était peu authentique, démonstrative et très plaintive. Elle n'avait pas verbalisé d'idée suicidaire. La Dresse J_____ n'avait pas objectivé de signes florides de la ligne dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Elle ne présentait pas d'angoisses

persistantes, ni d'attaque de panique, ni de phobie. La recourante était tendue, mais pas vraiment angoissée. Verbalement, elle avait décrit la présence d'une angoisse importante, mais elle ne pouvait pas décrire ce qu'elle ressentait. Toujours anamnestiquement, elle avait décrit des troubles du sommeil avec des crises de somnambulisme. Elle ne présentait pas de symptômes de la lignée psychotique. Elle présentait une nette amplification verbale des douleurs somatiques sans signe de souffrance objectivable pendant l'entretien. La recourante était très démonstrative et, dans un discours logorrhéique, elle mettait en avant ses plaintes somatiques, sans attirer l'empathie du médecin. Elle ne présentait ni symptômes en faveur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, ni troubles de la personnalité morbide, ni état de stress post-traumatique. De l'avis de la Dresse J_____, le diagnostic d'état dépressif sévère sans symptôme psychotique (épisode) était en rémission complète. Le médecin relevait l'absence de flash back et de rêves répétitifs. Elle ne comprenait pas dans quel contexte le diagnostic de stress post-traumatique avait été posé pour la première fois, surtout que le décès des cinq membres de sa famille était intervenu en 1992 et c'était seulement en 1994, suite à une intervention chirurgicale, que la recourante avait eu deux entretiens avec un psychiatre ou un psychologue et que la prise en charge psychiatrique avait débuté seulement en 2004. La symptomatologie anxio-dépressive constituait une manifestation réactive d'accompagnement de la pathologie somatique, de sorte que le trouble de l'adaptation diagnostiqué ne pouvait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome.

En définitive, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était supérieure à 80%.

14. Dans son rapport récapitulatif du 10 décembre 2004, la Dresse K_____ du SMR a estimé, en se référant aux rapports du Dr I_____N du 14 septembre 2004 et de la Dresse J_____ du 6 décembre 2004, que la capacité de travail résiduelle s'élevait à 75% dans une activité adaptée, et ce dès novembre 2000. Des mesures professionnelles semblaient être vouées à l'échec.

15. Par décision du 1er mars 2005, l'OCAI a rejeté la demande de la recourante, au motif que son taux d'invalidité s'élevait à 32.5%, taux n'ouvrant pas droit à une rente. L'OCAI a retenu une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée. Il s'est basé sur un revenu annuel actualisé sans invalidité de 46'911 fr. (ESS 2001 *recte* 2000, TA1, niveau 4), en indiquant qu'il ne pouvait "pas admettre que la dernière activité exercée en plein soit celle exercée en qualité de nettoyeuse ou de femme de chambre". Il a comparé ce montant à un revenu déterminant annuel d'invalide de 31'664 fr 90, en appliquant un abattement de 10% pour tenir compte du fait que seule une activité légère est exigible.

16. A la suite de l'opposition de la recourante, par décision sur opposition du 13 juin 2006, l'OCAI a confirmé sa décision du 1er mars 2005. Les nouveaux rapports

produits par la recourante, à savoir ceux du Dr A_____ du 5 avril 2005, de la "établissement hospitalier" du 15 mars 2005 et du Dr H_____ du 4 avril 2005, ne permettaient pas de s'écarter des conclusions de la Dresse J_____ et du Dr I_____N, confirmées les 13 septembre et 16 novembre 2005.

17. Par acte du 21 juin 2006 de son conseil, complété le 28 juillet 2006, la recourante a interjeté recours auprès du Tribunal de céans, en concluant principalement à l'annulation de la décision et à la reconnaissance d'une invalidité de 100%, avec suite de dépens, et subsidiairement, à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée. Sur le plan psychiatrique, les expertises effectuées par le SMR n'étaient pas probantes dans la mesure où elles étaient en décalage avec tous les autres avis médicaux, faisant état notamment d'un état de stress post-traumatique en raison du passé vécu. La deuxième expertise avait été effectuée par le même expert, qui avait donné le même avis. Ses conclusions étaient certes corroborées par l'avis de la Dresse K_____ du SMR, laquelle avait participé à la seconde expertise. Cependant, ce médecin n'était pas spécialisé et ses remarques ne permettaient pas de comprendre les divergences entre les observations des différents médecins. Sur le plan rhumatologique, la recourante ne comprenait pas pour quelle raison le Dr I_____N n'avait pas diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, alors qu'il avait constaté que les douleurs ne trouvaient pas d'explication organique.

18. Dans sa réponse du 5 septembre 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision sur opposition.

19. Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties, qui s'est tenue le 6 février 2007. A l'issue de cette audience, le Tribunal, d'entente entre les parties, a ordonné une expertise psychiatrique. Dans le délai fixé, les parties ont communiqué au Tribunal de céans leur liste de questions, ainsi qu'une proposition d'expert.

20. Par ordonnance du 22 mars 2007, le Tribunal de céans a ordonné une expertise psychiatrique de la recourante et mandaté à cette fin le Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

21. Dans son rapport déposé le 18 juillet 2007, le Dr L_____ parvient à la conclusion que la recourante ne souffre ni d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), ni d'un trouble dépressif récurrent (F33), ni d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), ni d'un trouble d'état de stress post-traumatique (F43.1), ni enfin d'un trouble de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités, soit physiques soit psychologiques (F68.1). De l'avis de l'expert, la capacité de travail de la recourante demeure entière sur le plan psychiatrique.

    Le Dr. L_____ indique préalablement avoir pris connaissance de l'intégralité du dossier mis à sa disposition, avoir contacté le Dr A_____, le Dr

H_____, le Dr. M_____, ainsi que la Dresse J_____ et avoir examiné à deux reprises la recourante. Dans son rapport, il expose d'abord les éléments anamnestiques familiaux et personnels, puis résume l'état de santé général de la recourante. Sur le plan psychiatrique, il expose et examine chronologiquement les divers propositions diagnostiques et avis médicaux avancés de 1994 à 2007, "la plupart du temps sans description des critères diagnostiques qui les définissent" et "sans pour autant qu'un suivi médical (psychiatrique) approprié soit établi". Il précise que son examen clinique s'étend à l'ensemble des troubles mentaux et du comportement définis par les classifications internationales et se compose de l'information (plaintes, résistances, fonctionnement défensif), de l'observation (apparence, conscience, fonctions psychomotrices), de la conversation-communication (attention, langage et discours, mémoire autobiographique, orientation, fonctionnement général) de l'exploration systématique des troubles mentaux dans leur ensemble et, enfin, de l'examen des fonctions cognitives. Pour ce qui concerne l'information, l'expert expose les plaintes de la recourante, tant au niveau des douleurs physiques, que de la souffrance psychique. Pour ce qui est de la conversation-communication, l'expert relève que le fonctionnement général de la recourante est quasi nul. Cependant, vu son état présent, physique et psychique, vrai ou feint, il est impossible d'appliquer l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement relationnel (EGFR) et l'échelle d'évaluation du fonctionnement social et professionnel (EFSP).

Dans son développement critique, l'expert procède à l'examen et à l'appréciation des cinq troubles mentaux pouvant entrer en ligne de compte, pour les écarter dans le cas de la recourante.

Dans l'expression par la recourante de la souffrance psychique, en dehors de celle qui provient de ses douleurs et de son état physique général, l'expert relève beaucoup de "théatrâlisme et d'inauthenticité". Les plaintes de la recourante, telles que envie de rien, fatigue, culpabilité envers sa famille, souffrance psychologique (pleurs), sont débitées lentement et sans émotion et demeurent sans développement, de sorte qu'elles ne répondent pas aux critères diagnostiques de l'épisode dépressif. Il n'existe ni troubles de l'adaptation, ni troubles de l'humeur et notamment pas de trouble dépressif majeur (récurrent pour la CIM-10).

Le syndrome douloureux présenté par la recourante n'a rien à faire avec la douleur psychogène, qui est l'expression somatique, sous forme douloureuse, de difficultés psychologiques. Il est donc impératif d'identifier clairement ces difficultés, à l'origine de la douleur, par un diagnostic psychiatrique positif et motivé et non pas par exclusion. Or, la recourante se plaint de douleurs lombaires irradiant à la fesse et à la cuisse gauches, qui s'aggravent progressivement en raison d'une hernie discale L5-S1 qui nécessite trois interventions chirurgicales, avec une amélioration lente mais certaine, permettant une activité professionnelle de 1997 à 2000. La réapparition de douleurs, surtout depuis avril 2001, enrichies de céphalées et

douleurs à la nuque, aboutit à une incapacité de travail à 100% depuis avril 2001 et jusqu'à maintenant. Le Dr I_____N souligne l'inauthenticité des symptômes et parle de pseudo-sciatalgies droites. La Dresse J_____ n'a pas observé de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, alors que le Dr H_____ l'affirme sans le motiver, le Dr I_____N le cite sans le motiver et le Dr M_____ le reconfirme dans son dernier rapport du 5 juillet 2007, mais avec une motivation qui n'est pas pertinente. Sur la base des rapports médicaux et l'évaluation des douleurs de la recourante, l'expert affirme avec assurance qu'il n'existe pas de syndrome douloureux somatoforme persistant.

L'état de stress post-traumatique est caractérisé par une réponse émotionnelle au stress intense causé par un événement traumatique et non pas par l'événement en soi, aussi grave soit-il. Les symptômes apparaissent tout de suite ou un peu plus tard ou d'une manière différée et comprennent la reviviscence persistante de l'événement traumatique. Rares sont les cas dont la durée est supérieure à une année. Lorsque l'état de stress post-traumatique a disparu, il ne peut réapparaître qu'en cas de nouveau traumatisme intense; il ne s'agit pas d'un trouble récurrent. La recourante se trouvait en Croatie quand sa sœur lui a appris la mort des siens et c'est à Genève, quelques mois plus tard, que son père l'informe des détails macabres de leur fin. La recourante dit, sans aucune émotion, que "c'était très dur et qu'elle a beaucoup souffert", mais elle ne dit pas qu'elle était "traumatisée" au point de ne pas fonctionner. Il n'y a rien de médical jusqu'en 2004, quand commencent les problèmes progressifs orthopédiques, douloureux, chirurgicaux, migraineux, psychiatriques et assécurologiques. Les médecins qui ont posé le diagnostic de stress post-traumatique ne le motivent pas suffisamment quant à son origine, son apparition si tardive, l'absence de guérison et d'amélioration, les sources de son aggravation, etc. L'examen clinique de la recourante montre qu'il n'y a aucune certitude quant à la présence et au développement d'un traumatisme psychique, lorsqu'elle a été informé du désastre et plus tard quand elle en a appris les détails. Il n'y a pas expression spontanée des faits macabres dont l'évocation à la demande reste sans réaction émotionnelle. Il n'existe pas d'explication cohérente de l'apparition tardive du trouble (10 ans). Il n'y a pas de vrais rêves et cauchemars relatifs aux faits, ni d'émoussement de la réactivité générale, ni d'activation neurovégétative. Enfin, la recourante présente une pathomimie importante. Au vu de ce qui précède, l'expert exclut avec assurance l'inexistence d'un trouble de stress post-traumatique.

Enfin, la richesse de signes pathomimiques, l'inauthenticité du comportement, l'aggravation constante de l'état de santé et l'absence d'effet des médicaments pourraient faire penser à un trouble factice (syndrome de Münchhausen). Cependant, dans la mesure où la recourante ne souffre pas de troubles de la personnalité, ne court pas d'un médecin à l'autre, ne tire aucun plaisir de ses troubles, etc, l'expert affirme qu'elle ne souffre pas d'un trouble factice.

Dès lors, pour expliquer l'effondrement général de la recourante, l'expert avance cinq facteurs, à savoir la maltraitance socioéconomique pendant sa jeunesse, la perte des siens et son installation à Genève, ses "maladies" et ses médecins, les problèmes ethnoculturels, ainsi que les tracasseries assécurologiques, ressenties subjectivement. En particulier, les traitements ambulatoires ne sont pas adaptés, puisqu'ils s'adressent à des troubles mentaux, dont la recourante se plaint, mais qui ne sont pas validés par l'expert. D'ailleurs, ces traitements n'ont pas apporté une amélioration significative. Le Dr L_____ indique: "Les problèmes ethnoculturels intéressent ici la vision générale (l'idée hermétique) de la maladie, qui est ressentie dans des populations, le plus souvent pauvres et peu cultivées, comme un "mal intégral, définitif et incurable. Elles baissent les bras…, rien n'est plus possible…, à quoi bon"!" La recourante "se trouve à ce point fragilisée par tant de coups dans sa vie, quand elle subit la troisième intervention chirurgicale pour son hernie discale en 2001, qui n'éteint pas ses douleurs, elle devient "une douleur" et s'effondre dans tous les domaines du fonctionnement général. Evidemment, les médecins qui se sont occupés d'elle favorisent sa croyance quant à la maladie en fournissant des diagnostics relatifs aux douleurs physiques ou psychiques et au trauma". Enfin, l'expert s'interroge sur leur responsabilité dans l'évolution défavorable de l'état de santé de la recourante.

22. Le 17 juillet 2007, le Tribunal de céans a communiqué l'expertise aux parties, en leur impartissant un délai au 31 août 2007 pour se déterminer.

23. Dans son écriture du 29 août 2007, la recourante considère que l'expertise du Dr L_____ ne répond pas aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. En substance, elle reproche à l'expert d'avoir un fort préjugé négatif à son encontre. L'anamnèse ne rend que fort peu compte de l'influence du contexte de guerre. L'expert ne mentionne pas le récent accouchement de la recourante. Ses remarques sévères sur l'inadéquation des traitements et sur la favorisation de la "*croyance*" de la maladie reviennent à traiter les médecins qui se sont occupés d'elle d'incompétents et ne sont pas crédibles. L'expertise n'est pas exempte de préjugés sur le genre humain et le Dr L_____ attribue à la recourante un comportement devant la maladie qui serait inhérent à son appartenance ethnoculturelle, soit croate, ce qui l'aurait amenée à simuler des maladies et expliquerait sa prétendue incapacité à se battre dans une vie difficile, ce qui est inacceptable. L'expert a disqualifié tout ce qui aurait pu plaider en faveur d'un trouble psychique, en disqualifiant également la personne de la recourante, en utilisant un ton souvent ironique et en jalonnant son texte de points d'interrogation inappropriés. Le Dr. L_____ considère la recourante comme une personne pathomimique, mais il se contredit lorsqu'il constate qu'elle est fragilisée, devient toute entière une douleur et s'effondre dans tous les domaines du fonctionnement en général, puisqu'il atteste par là de l'authenticité des douleurs physiques et psychiques qu'elle ressent. L'expert se contredit également, lorsqu'il relève l'absence de variation émotionnelle, d'une part, et beaucoup de théâtralisme, d'autre

part. Enfin, la recourante reproche au Dr L_____ de ne pas avoir appliqué l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement relationnel (EGFR) et l'échelle d'évaluation du fonctionnement social et professionnel (EFSP) et de s'être ainsi basé sur son propre avis, plutôt que sur ces tests.

24. L'OCAI maintient sa position, en constatant que l'expertise confirme expressément les conclusions de la Dresse J_____, les simples plaintes subjectives n'étant pas suffisantes pour justifier une invalidité.

25. La cause a été gardée à juger le 3 septembre 2007, ce dont les parties ont été informées.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La décision litigieuse, du 13 juin 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (la diminution de la capacité de travail remontant au 30 avril 2001 et la demande d'invalidité ayant été déposée le 16 avril 2002), et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Il convient d'ajouter que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, d'invalidité et de la méthode de comparaison des revenus contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA et qu'il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu; de la sorte, la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publié I 179/05, du 1er décembre 2005, consid. 1.2; arrêt P. du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2; arrêt M. du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

En revanche, le recours ayant été déposé le 21 juin 2006, les modifications apportées par la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), concernant notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA), ne sont pas applicables en l'espèce (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Formé contre une décision sur opposition par un assuré ayant qualité pour recourir, dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56, 59, 60 et 61 let. b LPGA).

4. En premier lieu, le litige porte sur la question de savoir si la recourante présente une atteinte invalidante à sa santé psychique et, préalablement, sur la valeur probante de l'expertise judiciaire du Dr L_____.

5. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

   b) 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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que le recourant 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).

   c) La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique 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). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré

est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), 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 présence 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. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise 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).

d) Enfin, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partiale de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au

contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee p. 353 s., 123 V 175 consid. 3d p. 176 et l'arrêt cité; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/ee p. 109 s. [I 128/98]; RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a/bb et les références [U 212/97]).

7. En l'espèce, selon l'expertise du Dr L_____, la recourante ne souffre, au sens de CIM-10, ni d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), ni d'un trouble dépressif récurrent (F33), ni d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), ni d'un trouble d'état de stress post-traumatique (F43.1), ni enfin d'un trouble de production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités, soit physiques soit psychologiques (F68.1). De l'avis de l'expert, la capacité de travail de la recourante demeure entière sur le plan psychiatrique. La recourante critique la valeur probante de l'expertise judiciaire, en se fondant essentiellement sur l'avis de son psychiatre traitant, qui a posé les diagnostics d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22).

   Au vu des principes rappelés ci-dessus, le Tribunal de céans considère que l'expertise judiciaire du Dr L_____ revêt une pleine valeur probante. En effet, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, le rapport se fonde sur des examens complets, il prend en considération les plaintes exprimées, il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse générale, personnelle, familiale et sociale), s'appuie sur le système de classification reconnu de l'Organisation mondiale de la santé CIM-10, et ses conclusions sont claires et bien motivées. En particulier, l'expert est convaincant lorsqu'il examine les divers propositions diagnostiques et avis médicaux avancés de 1994 à 2007. A cet égard, il relève que la Dresse J_____ n'a pas observé de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, alors que le Dr H_____, psychiatre traitant de la recourante, et le Dr I_____N, qui n'est pas psychiatre, le mentionnent sans le motiver. Le Dr M_____ l'a confirmé, mais avec une motivation qui n'est pas pertinente. Par ailleurs, les plaintes de la recourante ne répondent pas aux critères diagnostics de l'épisode dépressif ni du trouble de l'adaptation. L'état de stress post-traumatique est exclu avec une motivation détaillée et convaincante et l'expert suit sur ce point l'avis de la Dresse J_____. De plus, dans le prolongement des constatations de l'expert, le Tribunal relève qu'en 1994, à savoir peu après qu'elle ait appris les détails macabres de la mort des siens, la recourante se montrait souriante et fataliste devant le Dr E_____. Enfin, les éléments exposés de manière claire par l'expert permettent d'exclure également les troubles factices.

   Le fait que l'expert n'ait pas pu, en raison de l'état de santé de la recourante le jour de l'examen, procéder à deux tests dans le cadre de l'aspect conversation-

communication de l'examen clinique n'enlève rien à la valeur probante de l'expertise. Il en va de même de l'absence de mention du récent accouchement, laquelle peut d'ailleurs être motivée tout simplement par le fait que la recourante, qui apparaît comme une personne peu encline à l'expression spontanée, n'en a pas parlé. Par ailleurs, le Tribunal ne décèle dans les propos de l'expert aucun préjugé, ni à l'encontre de la recourante, ni du groupe ethnique auquel elle appartient. A cet égard, même le psychiatre traitant souligne l'importance des facteurs sociaux, culturels et familiaux dans l'affection dont souffre la recourante. De plus, déjà en 1994, le Dr E_____ préconisait une prise en charge globale, de type ethnopsychiatrique. Par ailleurs, relever les signes de pathomimie et d'inauthenticité n'est nullement disqualifiant pour la recourante, d'autant plus que l'expert rhumatologue les a également décelés. De plus, à aucun moment l'expert psychiatre ne minimise les douleurs physiques qu'elle ressent, bien au contraire. Enfin, il n'est pas contradictoire de constater l'absence de réaction émotionnelle authentique, d'une part et un certain théâtralisme, d'autre part. A cet égard, la Dresse J_____ note que la recourante ne parvient pas à attirer l'empathie, en dépit de ses plaintes et de son attitude démonstrative.

De plus, l'expert est particulièrement convaincant, lorsqu'il expose les facteurs pouvant expliquer l'effondrement de la recourante et lorsqu'il avance que les traitements proposés par les divers médecins n'ont pas amélioré son état de santé et ne sont pas adaptés, puisqu'il n'existe en l'espèce aucune maladie psychiatrique invalidante. Ces traitements, ajoutés à l'incapacité de travail qui dure depuis six ans, n'ont fait que favoriser la "croyance" de la recourante en sa maladie.

Pour ce qui est du rapport du Dr H_____, ce dernier est le psychiatre traitant de la recourante et, de ce fait, ses constatations doivent être appréciées avec retenue. De manière plus générale, l'expertise judiciaire ne contient pas de contradictions et les avis contraires émis par d'autres médecins ne permettent pas de mettre en doute la pertinence des déductions du Dr L_____. Au demeurant, le Tribunal constate qu'il n'existe aucun élément qui permettrait de douter de l'impartialité de l'expert, ni d'une prévention à l'encontre de la recourante. L'expert rejoint d'ailleurs les conclusions de l'examen psychiatrique SMR, qui avait été mis en cause par la recourante.

En définitive, le Tribunal, en suivant l'avis de l'expert, considère que la recourante ne souffre pas de troubles psychiques et qu'ainsi sa capacité de travail demeure entière sur le plan psychiatrique.

8. Pour ce qui est des troubles physiques, en application des mêmes principes qu'il a exposés ci-dessus au sujet de la valeur probante des rapports médicaux, le Tribunal suivra l'avis du Dr. I_____N, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, qui constate que dans une activité adaptée, excluant les mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis, les travaux lourds, le port de charges

supérieures à 15 kg et permettant l'alternance des positions assise et debout, la capacité de travail de la recourante est de 75%, et ce depuis le 30 avril 2001. D'ailleurs, la recourante ne conteste le rapport du Dr I_____N que dans la mesure où il n'a pas diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, alors qu'il avait constaté que les douleurs ne trouvaient pas d'explication organique.

9. Cela étant, il s'agit maintenant de déterminer si cette atteinte à la santé diminue la capacité de gain de la recourante dans une mesure suffisante pour justifier l'octroi d'une rente.

10. a) Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

c) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

d) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des

revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

e) Le revenu sans invalidité doit être évalué de manière aussi concrète que possible, soit en se fondant, selon la jurisprudence, sur le dernier salaire réalisé par l'assuré (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Ce n'est que lorsque ce revenu ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser, au degré de la vraisemblance prépondérante, s'il n'était pas devenu invalide, compte tenu de sa situation personnelle et de ses aptitudes professionnelles, qu'il y a lieu de s'en écarter (RAMA 2000 N° U 400 p. 381 consid. 2a et la référence; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 1997, p. 205-206; RCC 1985 p. 662 ss.).

f) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

11. En l'espèce, il est établi que la capacité de travail résiduelle de la recourante est de 75% dans une activité adaptée, excluant les mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis, les travaux lourds, le port de charges supérieures à 15 kg et permettant l'alternance des positions assise et debout. La comparaison des revenus doit s'effectuer en se plaçant en 2002, dans la mesure où l'incapacité de travail dure depuis avril 2001, selon l'expert rhumatologue. Pour le revenu d'invalide, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 45'840 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les

entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 12-2005, p. 94, B9.2), ce montant doit être porté à 47'788 fr. 20.

Cela étant, la nationalité étrangère, la longue période d'inactivité et le fait que la recourante est diminuée dans son rendement et dans le type d'activités qu'elle peut exercer, tant en raison de son handicap que par l'absence de formation, constituent des motifs de réduction du salaire statistique. En revanche, la recourante est encore jeune et est au bénéfice d'un permis de séjour. Appréciés dans leur globalité, ces éléments légitiment que l'on retienne un abattement de 10% (pour des cas analogues, cf. ATF R. du 8 juillet 2004, I 9/03, consid. 5.1; ATF C. du 30 novembre 2004, I 50/04, consid. 5; ATF C. du 24 mai 2006, I 346/05, consid. 5.2). Il en résulte un revenu d'invalide de 32'257 fr. pour un taux d'activité de 75%.

Le revenu sans invalidité de la recourante correspond au dernier salaire qu'elle réalisait, à savoir, selon son employeur, 42'900 fr. (3'300 fr. x 13) en 2000. Ce montant doit être adapté selon l'augmentation de l'indice des salaires nominaux pour les femmes entre 2000 et 2002, soit 1.0484% (La Vie économique, 12-2005, p. 95, B10.3) et porté ainsi à 43'349 fr. 80. A cet égard, le Tribunal de céans considère qu'en l'espèce, contrairement à ce qu'a retenu l'OCAI, il n'existe aucun motif de s'écarter du principe, dégagé par la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon lequel le revenu sans invalidité doit être évalué de manière aussi concrète que possible, soit en se fondant sur le dernier salaire réalisé par la recourante.

En conclusion, le taux d'invalidité de la recourante, qui est ainsi de 25.60%, ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

En tout état, même en suivant le raisonnement de l'OCAI, qui effectue un calcul plus favorable à la recourante, et en retenant dans la comparaison, comme revenu sans l'invalidité, le salaire de référence calculé ci-dessus de 47'788 fr. 20, l'on obtiendrait un taux d'invalidité de 32.50%, qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

12. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté.

13. Selon l'art. 61 let. a LPGA, applicable en l'espèce (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), la procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

La greffière	La présidente
Yaël BENZ	Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste :
Ivo BUETTI

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