

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1193/2009

ATAS/1459/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 25 novembre 2009**

En la cause

Madame M \_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio LOCCIOLA

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame M\_\_\_\_\_ (ci-après la recourante ou l'assurée), née en 1961, mariée et mère de deux enfants majeurs, a subi une intervention chirurgicale dans le courant de l'année 1994 en raison de lombosciatalgies droites présentes depuis 1991.
2. En date du 21 mars 1995, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.
3. Dans un rapport médical complété le 3 janvier 1996, la Dresse A\_\_\_\_\_, médecin généraliste FMH et médecin-traitant, a estimé l'incapacité de travail de sa patiente à 100 % depuis le 9 mars 1994. La doctoresse a posé comme diagnostic des cervico-dorso-lombalgies chroniques, une discopathie C4-C5, C5-C6, L2-L3 et L5-S1, une hernie discale L5-S1 et récurrence d'hernie discale L5-S1, une discectomie L5-S1 pour hernie discale le 15 avril 1994 et rediscectomie L5-S1 pour récurrence d'hernie discale le 8 décembre 1994, une protusion discale L3-L4, un canal lombaire étroit, un état anxio-dépressif chronique et une hypotension orthostatique. S'agissant de l'anamnèse, la doctoresse a mentionné qu'outre les douleurs au niveau de la colonne lombaire, sa patiente s'était plainte après l'opération de douleurs au niveau de tout le rachis avec angoisses, troubles du sommeil et de l'appétit.
4. Une expertise a été effectuée par les Drs B\_\_\_\_\_, chef de clinique et C\_\_\_\_\_, médecin-assistant, du département de médecine communautaire et policlinique de Médecine de Belle-idée des HUG, le 16 octobre 1997. Les diagnostics suivants ont été posés par les médecins : un syndrome vertébral lombaire chronique sans déficit sensitivo-moteur, un status post-discectomie L5-S1 en avril 1994 et un status post-rediscectomie L5-S1 en décembre 1994. L'assurée ressentait des douleurs la rendant incapable de travailler, étant toutefois précisé qu'il n'y avait pas de syndrome radiculaire. Une consultation a en outre permis de conclure qu'elle ne présentait aucun trouble psychiatrique. Ils ont ajouté que la symptomatologie dont cette dernière souffrait ne paraissait pas compatible avec la reprise à 100 % de son activité de caissière. Les plaintes énoncées faisaient conclure à une incapacité de travail de 50 % dans une activité ne nécessitant pas de port de charges lourdes ni de position assise ou debout prolongées, ce qui correspondait à une activité de caissière-vendeuse.
5. Par courrier du 19 novembre 1997, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) a remis à l'assurée un projet de décision, dans lequel une demi-rente lui serait octroyée dès le 1<sup>er</sup> mars 1995.
6. Par courrier du 19 décembre 1997, l'assurée s'est opposée à ce projet et a conclu à ce qu'une rente complète lui soit versée.

7. Par courrier du 28 janvier 1998, le conseil de la recourante a transmis à l'OCAI un rapport de la Dresse A\_\_\_\_\_. Cette dernière a indiqué qu'elle suivait la recourante depuis le 9 mars 1994. Sa patiente se plaignait de douleurs importantes au niveau de la colonne lombaire, de nervosité, de maux de tête, d'angoisse ainsi que de troubles du sommeil et d'importantes douleurs survenues après l'opération, s'étendant au niveau de tout le rachis cervico-dorso-lombaire. La doctoresse a posé comme diagnostic des cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervico-dorso-lombaire, sur discopathie au niveau C4-C5, C5-C6, L2-L3, L5-S1, sur protusion discale L3-L4, L5-S1 et sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, des lombalgies chroniques sur probable instabilité lombaire, une rétrolisthésis de L3 sur L4 et L5 sur S1 sur canal lombaire étroit avec probable conflit radiculaire, un état anxio-dépressif chronique, des malaises sur hypotension orthostatique, un status post-discectomie pour hernie discale L5-S1 le 15 avril 1994 et rediscectomie le 8 décembre 1994. Elle a ajouté que malgré les traitements médicamenteux et de physiothérapie les plaintes restaient les mêmes à savoir la persistance de douleurs résiduelles au niveau du rachis lombaire irradiant au niveau du membre inférieur droit et une extension des douleurs en post-opératoire au niveau de tout le rachis cervico-dorso-lombaire. Suite à l'échec des divers traitements, sa patiente a développé un état anxio-dépressif. L'incapacité de travail était estimée à 100 %. Elle a précisé que l'état de santé actuel tant sur le plan physique que psychique ne permettait pas à l'assurée d'exercer une activité quelconque même à 50 % en position assise, dans la mesure où elle ne pouvait rester dans cette position plus de 10 minutes de façon continue.
8. Suite à l'opposition susmentionnée, une seconde expertise a été rendue par les Drs D\_\_\_\_\_, chef de clinique et E\_\_\_\_\_, médecin-assistant des HUG, le 21 septembre 1998. Ces médecins ont posé des diagnostics similaires à ceux figurant dans l'expertise du 16 octobre 1997, ont précisé que l'état de santé de l'assurée n'était pas différent de celui constaté lors de cette expertise et, en particulier, qu'il n'y avait ni aggravation, ni amélioration de son état de santé. Ils étaient de plus en accord avec l'estimation de la capacité de travail effectuée en 1997, à savoir 50 % dans une activité de caissière-vendeuse, taux par ailleurs confirmé par leur consultant de rhumatologie. Toutefois, ils ont estimé qu'une reprise de travail, ne serait-ce qu'à 50 %, était compromise dans la mesure où il était prouvé que les chances d'une reprise d'activité après une si longue interruption étaient quasiment nulles.
9. Par courrier du 6 novembre 1998, l'OCAI a fait savoir à l'assurée qu'il lui accorderait une demi-rente d'invalidité basé sur un taux d'invalidité de 57 %. Ils ont relevé que le rapport d'expertise du 21 septembre 1998 n'apportait aucun élément constatant une éventuelle aggravation de son état de santé.

10. Par décision du 19 mars 1999, l'OCAI a accordé à la recourante une demi-rente d'invalidité assortie d'une rente complémentaire pour ses enfants, dès le 1<sup>er</sup> mars 1995.
11. Par courrier recommandé du 20 avril 1999, l'assurée a formé recours contre la décision susmentionnée, concluant notamment au versement d'une rente entière d'invalidité.
12. Par courrier du 27 avril 1999, la recourante a complété son recours. Elle a souligné qu'il existait des divergences notables entre les constatations des médecins de la policlinique des HUG et celles des DR F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_, dans le sens que ces derniers ont mentionné des pathologies qui n'avaient pas été relevées par les médecins de HUG. Par ailleurs, son médecin-traitant a indiqué qu'elle souffrait d'un état anxio-dépressif grave, lequel n'avait pas été diagnostiqué par les médecins des HUG.
13. Au vu des éléments susmentionnés, l'OCAI a informé la commission cantonale de recours alors compétente, par courrier du 29 juin 1999, qu'il entendait procéder à un nouvel examen du dossier par le biais d'une expertise médicale.
14. Par jugement du 10 août 1999, la commission cantonale de recours a admis le recours et renvoyé la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
15. La Dresse A\_\_\_\_\_ a complété un rapport médical intermédiaire le 2 avril 2000, indiquant, en substance, que l'état de sa patiente s'était aggravé depuis une année et que cette dernière se plaignait de façon continue de douleurs au niveau de tout le rachis lombaire. Sur le plan psychique elle a constaté qu'elle était très angoissée et présentait des troubles du sommeil en relation avec les rachialgies. L'incapacité de travail était estimée à 100 % depuis le 9 mars 1994. Dans ses observations, elle a toutefois précisé qu'il y avait une amélioration sur le plan psychique en raison d'un traitement anti-dépresseur.
16. Mandaté par l'OCAI, le Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après COMAI) a réalisé une expertise le 9 août 2001. Les experts ont posé comme diagnostic principal, ayant une influence sur la capacité de travail, un status post deux opérations de hernie discale L5/S1 à droite avec discectomie des 15 avril et 8 décembre 1994, un grave syndrome lombo-vertébral chronique des deux côtés, sans syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire avec graves modifications dégénératives au niveau L5/S1 et L3/L4, un canal spinal étroit et une rétrolisthésis L3, un syndrome panalgique, une mauvaise gestion des douleurs au sens d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et enfin un épisode dépressif moyen. Ils ont relevé une certaine divergence entre l'importance des douleurs dont l'assurée se plaignait et les diagnostics objectivables somatiquement. A cet égard, les médecins ont estimé que cette divergence était à attribuer à une mauvaise gestion psychogène

des douleurs au sens d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. En outre, il convenait de tenir compte de ce que l'assurée était dotée d'une structure psychique très simple, peu capable d'introspection. Ainsi elle ne disposait pas de ressources suffisantes émotionnelles ni intellectuelles pour faire face à ses douleurs explicables somatiquement. Avec le temps, les douleurs chroniques avaient conduit à un état dépressif moyen dans le sens d'une évolution dépressive. Les médecins ont ainsi estimé que l'assurée était clairement limitée dans sa résistance psychiques, le déploiement de ses forces et son endurance par les facteurs psychique. Ils ont ajouté que le tableau dépressif était probablement changeant, mais rendait toutefois impossible l'exercice d'une activité lucrative continue et fiable dans les conditions de l'économie libre du marché. Ceci expliquait aussi une certaine inconsistance dans les résultats d'anamnèse ou de diagnostic. Au vu de ce qui précède, les médecins ont estimé qu'il ne pouvait être exigé de l'assurée ni activité de vendeuse, ni de caissière. Une activité adaptée à son état de santé, soit une activité sans port de charges répétées avec la possibilité de changer de position et sans grandes exigences intellectuelles, serait toutefois exigible à hauteur de 40 %, taux comprenant tant les douleurs somatiques que psychiques. Toutefois, lors de l'entretien final, ils ont constaté que l'assurée était à peine en mesure d'écouter les explications des experts relatifs à leurs constats, en raison des douleurs horribles qu'elle ressentait alors et en ont conclu que le pronostic concernant la capacité de travail devait être posé avec la plus grande réserve.

17. Par décision du 12 novembre 2001, l'OCAI, prenant en considération une capacité résiduelle de travail de 40 % et a après avoir effectué une comparaison des revenus, a octroyé à la recourante une rente entière d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 67 %.
18. Suite à l'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de la loi sur l'assurance-invalidité, l'OCAI a entrepris une procédure de révision de la rente. Dans le questionnaire pour la révision de la rente complété le 28 janvier 2004, la recourante a indiqué que son état de santé s'était aggravé en raison des douleurs ressenties au niveau de son dos.
19. Dans un rapport médical intermédiaire adressé à l'OCAI le 15 mai 2004, la Dresse A \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé en raison d'une augmentation des blocages au niveau lombaire et qu'elle présentait, outre les diagnostics déjà décrits par le passé, un goitre thyroïdien. Elle a précisé que malgré tous les traitements suivis, cette dernière ressentait d'importantes douleurs au niveau de la colonne lombaire, des douleurs irradiantes au niveau du membre inférieur droit accompagnées de blocages au niveau lombaire et des douleurs de la hanche droite, ainsi que des engourdissements au niveau des membres supérieurs. Sur la plan psychique, l'assurée était angoissée et déprimée. S'agissant des limitations fonctionnelles, la doctoresse a indiqué qu'il y avait contre indication pour la prise de charges lourdes et pour les travaux lourds. Elle a ainsi estimé l'incapacité de travail de sa patiente à 100 % depuis le 9 mars 2004. En annexe à ce

rapport, la Dresse A\_\_\_\_\_ a transmis à l'OCAI divers document médicaux. Une échographie de la glande thyroïde et du cou du 30 janvier 2003 présentant une glande thyroïde plutôt augmentée de volume ; une scintigraphie thyroïdienne effectuée le 4 février 2003 par le Dr H\_\_\_\_\_, radiologue FMH, mettant en évidence une augmentation modérée du volume de la glande thyroïde et une captation homogène de la glande thyroïde sans nodule ni hypo- ni hypercaptant ; un courrier du 7 avril 2003, du Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et endocrinologie, informant la doctoresse la patiente était cliniquement et biologiquement euthyroïdienne et qu'il n'y avait dans ces circonstances aucune raison d'envisager un traitement substitutif en hormones thyroïdiennes ; des radiographies de la colonne lombaire effectuées le 30 janvier 2004, mettant en évidence une scoliose lombaire à convexité droite avec raideur, un bec ostéophyttaire antérieur avec listel osseux non soudé en L2-L3, une herniation intraspineuse du plateau inférieur de L3, une discopathie postérieure en L2-L3, L3-L4 et plus prononcée en L5-S1, un glissement postérieur modéré en L3, L4 et L5 et un signe indirect de canal lombaire étroit.

20. L'assurée a été examinée par les Drs J\_\_\_\_\_, médecin FMH spécialiste en médecine interne et rhumatologie et K\_\_\_\_\_, psychiatre FMH tous deux du SMR. Dans leur rapport du 27 avril 2005, ils ont posé, comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, des "rachialgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, des séquelles de maladie de Scheuermann avec status après 2 cures de hernie discale L5-S1 en avril et décembre 1994 ainsi qu'avec un canal lombaire étroit et enfin des rétrolisthésis pluriétagés de L3 à L5". Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont relevé un syndrome douloureux de type fibromyalgie, de l'obésité et un goitre euthyroïdien. Les médecins ont précisé que l'examen psychiatrique n'avait pas mis en évidence de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitations fonctionnelles psychiatriques. Par conséquent, de ce point de vue, aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue. En revanche, les rachialgies justifiaient une incapacité de travail à 100 % dans l'activité de vendeuse-magasinière au rayon et de 50 % en tant que caissière. Dans une activité adaptée, tenant compte de ses limitations fonctionnelles ostéoarticulaires, la capacité de travail était estimée à 80%.
21. Un examen psychiatrique a été effectué par la Dresse K\_\_\_\_\_. Son rapport du 22 septembre 2005, faisait état de ce que l'assurée ne présentait plus aucun diagnostic psychiatrique. Elle a indiqué que l'examen clinique psychiatrique du 22 septembre 2005 était superposable à celui effectué le 27 avril 2005. Elle a noté que l'amélioration de l'état de l'assurée était prouvée sur le plan psychiatrique par un status psychiatrique dans les limites de la norme et l'absence de limitation fonctionnelle psychiatrique à l'examen du 27 avril 2005 et également du 22 septembre 2005.

22. Par décision du 14 mars 2007, l'OCAI a informé la recourante qu'il supprimait la rente dès le 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision. Il a considéré que l'état de l'assurée s'était durablement amélioré depuis le mois d'avril 2005.
23. Par courrier recommandé du 30 avril 2007, l'assurée a interjeté recours contre la décision susmentionnée. En résumé, elle contestait que son état de santé se fût amélioré sur le plan psychique de sorte que la procédure de révision initiée par l'OCAI devait être rejetée. Elle relevait par ailleurs que la Dresse K\_\_\_\_\_ avait signé l'expertise et les divers courriers de l'OCAI avec la mention "psychiatre FMH" alors qu'elle ne disposait d'aucun diplôme reconnu en Suisse, lui permettant de pratiquer la médecine à titre indépendant. Elle concluait notamment à ce qu'une expertise soit ordonnée et à ce que trois-quart de rente lui soit octroyée.
24. Dans sa réponse du 19 août 2007, l'OCAI a relevé que les conditions d'une révision étaient réalisées. En effet, l'expertise du COMAI du mois d'août 2001 faisait état de pathologies psychiatriques alors que dans le cadre de son expertise du 27 avril 2005, le SMR avait indiqué qu'aucun diagnostic psychiatrique invalidant ne pouvait être posé. L'expert du SMR avait en effet indiqué que la symptomatologie anxiodépressive était en rémission complète et que, par conséquent, sur ce plan, une capacité de travail était considérée comme entière. S'agissant du Dr K\_\_\_\_\_, bien qu'elle ne put se prévaloir du titre de psychiatre FMH, ni même d'ailleurs de celui de psychiatre, elle disposait de toutes les compétences requises pour procéder à des examens cliniques psychiatriques de qualité. Enfin, l'abattement de 10 % retenu était correct.
25. Par courrier du 24 septembre 2007, la recourante a complété son recours. A cette occasion, elle a produit divers avis médicaux dont notamment celui du Dresse L\_\_\_\_\_, médecin FMH, spécialiste en médecine interne du département de psychiatrie des HUG. Dans ce dernier avis, le médecin faisait état de ce que la recourante souffrait d'un abaissement de l'humeur, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, d'une réduction de l'énergie, entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Elle souffrait également de troubles de la concentration, d'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, ainsi que d'une perturbation du sommeil. Ces symptômes correspondaient à un épisode dépressif moyen. Il a ajouté que l'assurée suivait un traitement antidépresseur et était suivie par les HUG depuis le 4 juin 2007.
26. La Dresse N\_\_\_\_\_, dans un avis médical du 8 novembre 2007, a relevé qu'au vu de l'évaluation psychiatrique effectuée il y a plus de deux ans au SMR et du fait que l'assurée présentait un possible état dépressif réactionnel à la décision de suppression de sa rente, il était souhaitable, comme le proposait la recourante, d'effectuer une nouvelle expertise bidisciplinaire.

27. Au vu de ce qui précède, par courrier recommandé du 8 novembre 2007 adressé au Tribunal de céans, l'OCAI a conclu à l'admission partielle du recours et au renvoi du dossier à l'administration.
28. Par jugement du 21 novembre 2007, le Tribunal de céans a admis le recours et renvoyé la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
29. Une expertise médicale a été rendue le 24 novembre 2008 par les Drs O\_\_\_\_\_, médecin FMH, spécialiste en rhumatologie et médecine interne et P\_\_\_\_\_, médecin FMH spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, tous deux du Bureau romand d'expertises médicales (BREM).

Les experts ont posé comme diagnostic, ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, un syndrome lombovertébral M 54.5 avec radiculopathie séquellaire S1 droite sur status après cures de hernies discales lombaires M 50.1, une maladie discale étendue cervicodorsolombaire M 47.9, des troubles statiques rachidiens M 41.9 et une maladie de Scheuermann M 42.0. Pour ce qui est des troubles sans conséquence sur la capacité de travail, les médecins ont posé comme diagnostic un syndrome somatoforme douloureux persistant, un trouble de l'adaptation, une réaction dépressive prolongée, en rémission, de l'obésité, un goitre euthyroïdien non captant, stable, une hernie hiatale K. 44.9, un status après gastrite à helicobacter pylori, un syndrome tunnel carpien G. 62.9, et un status après amygdalectomie.

Lors de l'examen, la recourante s'était plainte de douleurs dont l'intensité était de 10 sur une échelle allant jusqu'à 10 et ce, qu'elle soit assise, debout, couchée, aucune position n'étant antalgique et ce depuis des années. Les experts ont relevé d'importantes discordances dans la mobilité rachidienne entre le moment où l'assurée effectuait des gestes spontanés sans se sentir observée et les mouvements lors de l'examen d'étude dynamique rachidienne où elle refusait tout mouvement du dos. Elle peinait ainsi à admettre ses aptitudes résiduelles. Confrontée aux discordances lors de son status, entre le moment où elle se déshabillait normalement, où elle ramassait promptement son sac à terre et les gémissements et autolimitations soudaines au moment du status, l'assurée n'avait pas d'explications. Après un moment d'hésitation, elle a indiqué qu'au moment de l'examen, ses douleurs avaient augmenté subitement. Au plan moteur, il n'y avait pas d'atteinte radiculaire significative. L'examen radiologique confirmait une maladie rachidienne avec séquelles de la maladie de Scheuermann particulièrement significative dans la concavité dorsale ainsi qu'en L2 et L3, ainsi qu'une maladie discale avec des discopathies cervicales, dorsales lombaires. Le tableau actuel était celui d'un trouble douloureux hémi-corporel droit irréductible. Il existait des limitations fonctionnelles liées aux constatations radiologiques rachidiennes, lesquelles justifiaient une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée. Il était toutefois délétère à cet état douloureux que l'assurée restait immobile et grabataire

comme elle se décrivait. L'association du déconditionnement et de l'obésité qui s'aggravait était autant de facteurs de mauvais pronostic. Il était par ailleurs vraisemblable que l'assurée en faisait un peu plus que ce qu'elle relatait. Elle avait, en effet, pu se rendre au Portugal pour ses vacances, voir sa sœur, se rendre régulièrement à la plage sans son corset.

Sur le plan psychiatrique, les médecins n'ont pas constaté l' "état anxiodépressif grave" que la Dresse A\_\_\_\_\_ avait relevé en 1999 ; aucun signe clinique ne parlait en faveur d'un trouble dépressif majeur, d'un trouble anxieux ou phobique ou d'autres pathologies psychiatriques graves. Par conséquent, le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, en rémission, a été posé et ce malgré une interruption du traitement antidépresseur.

Les médecins ont ajouté que le trouble de l'adaptation et la réaction dépressive prolongée, laquelle était en rémission, avait fait suite à la suppression de la rente de l'assurée et ne constituait ainsi pas une comorbidité psychiatrique.

Vu les douleurs ressenties par la recourante qui ne s'expliquaient pas entièrement par l'existence d'éléments pathologiques ostéoarticulaires, les experts ont conclu, comme les experts du COMAI, à l'existence d'un trouble somatoforme douloureux. Après discussion des caractères dits de Mosimann, ils ont toutefois estimé que ce diagnostic ne justifiait pas une limitation de la capacité de travail exigible.

Concernant les limitations fonctionnelles, les médecins ont mentionné qu'il convenait que l'assurée évite les charges supérieures à 8 kg de manière répétitive, et qu'elle devait pouvoir alterner les positions, ne pas se tenir en position assise plus d'une heure, ni en position debout plus de 30 minutes (par heure). L'activité de caissière exercée par la recourante paraissait ainsi adaptée mais avec une diminution d'exigibilité de 20 %. S'agissant de mesures de réadaptation professionnelles, les médecins ont indiqué que le manque évident de motivation, le déconditionnement, l'obésité allant en s'aggravant, l'expression de signes d'amplifications de tests cliniques étaient autant de facteurs de très mauvais pronostic pour une réadaptation. De surcroît, sur le plan psychique, l'assurée était convaincue de ne pas pouvoir reprendre quelque activité que ce soit, se considérant comme grabataire ; son refus d'entreprendre des mesures professionnelles était par ailleurs clair. Au vu de ce qui précède, une activité adaptée à l'invalidité pouvait être exercée à raison de 6 heures à 6h30 par jour. La diminution de rendement était quant à elle estimée à 20 % et il n'y avait aucune raison somatique justifiant une impossibilité d'effectuer une activité adaptée à une pathologie rachidienne à 80 %.

30. Dans sa décision du 27 février 2009, l'OCAI a supprimé la rente jusqu'ici octroyée avec effet au 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision. En effet, constatant notamment une amélioration durable sur le plan psychique, que les diagnostics posés par les examinateurs étaient similaires sur le plan somatique, après

comparaison des revenus et en tenant compte d'un abattement de 10 %, le taux d'invalidité s'élevait à 28 %.

31. Par courrier recommandé du 1<sup>er</sup> avril 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans contre la décision susmentionnée. Elle allègue, en substance, ignorer comment les experts ont pu établir leurs diagnostics sur le plan psychique, dans la mesure où la question de l'état dépressif n'est pratiquement pas traitée dans le rapport. Elle maintient que, sur le plan psychique, son état de santé ne s'est pas amélioré, notamment en ce qui concerne son état dépressif. De surcroît, la volonté de l'OCAI de supprimer la rente résulte uniquement d'une nouvelle appréciation du cas. En effet, les experts du BREM concluaient que la situation était identique à celle en 2001, à cette différence près que les experts du COMAI n'avaient pas discuté du cadre légal. A cet égard, elle était suivie par la Dresse A\_\_\_\_\_ depuis de nombreuses années et depuis 2007 par le Dresse Q\_\_\_\_\_ du Service psychiatrique des HUG, dont elle demande l'audition. Par ailleurs, elle considère que le revenu qu'elle aurait obtenu en 2009 s'élève à 55'000 fr. et non à 49'205 fr. comme le retient l'OCAI. Elle considère qu'un abattement de 20% au moins devrait lui être appliqué. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
32. Dans sa réponse du 15 juin 2009, l'OCAI expose, en substance, que le trouble de l'adaptation et la réaction dépressive prolongée sont en rémission ; ce trouble est, en effet, apparu suite à la suppression de la rente et ne constitue pas une comorbidité psychiatrique. Les experts n'ont pas ailleurs pas pu mettre en évidence de signe clinique en faveur d'un trouble dépressif majeur, d'un trouble anxieux phobique ou d'autres pathologies psychiatriques graves. Par conséquent, bien qu'il existât un léger désaccord sur le diagnostic posé initialement, les experts, à l'instar des examinateurs du SMR, concluent que la recourante ne présente plus aucune pathologie psychiatrique invalidante. Contrairement à ce que prétend la recourante, le rapport des experts du BREM n'est pas en contradiction avec celui des experts du COMAI, les médecins n'ayant d'autre choix que d'examiner le patient selon les critères médicaux qui leurs sont actuels. Par conséquent, il existe bien une amélioration durable et notable de l'état de santé sur le plan psychique de la recourante, laquelle justifie une révision. Sous l'angle de la reconsidération, l'OCAI soutient que la recourante ne remplit pas les critères jurisprudentiels applicables relatifs au trouble somatoformes douloureux, de sorte qu'un quelconque droit à une rente d'invalidité aurait dû lui être nié. La décision était ainsi manifestement erronée et donc, en outre, susceptible d'être reconsidérée.
33. En date du 7 juillet 2009, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce. Quoi qu'il en soit, les dispositions de la LPGA en matière de révision ne font que reprendre les anciennes règles prévues à l'art. 41 LAI, de sorte que les principes jurisprudentiels développés dans ce domaine sous le régime de l'ancien droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).
3. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable.
4. Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité. Plus particulièrement, il s'agit de savoir si son invalidité s'est modifiée depuis le 9 août 2001, de telle manière que le droit à la rente puisse être supprimé.
5. L'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, prévoyait que l'assuré avait droit à une rente entière si son taux d'invalidité était de 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il était de 50 % au moins et à un quart de rente s'il était de 40 % au moins, sous réserve du cas pénible (al. 1bis). A la suite de l'entrée en vigueur le 1er janvier 2004 des dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4e révision), l'échelonnement des rentes a été affiné et le droit à une rente pour cas pénible supprimé. Selon la nouvelle teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

6. D'après la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 2/3 % continuent d'être versées après l'entrée en vigueur de cette modification à tous les rentiers qui, à ce moment-là, auront atteint l'âge de 50 ans (1ère phrase). Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur de la modification (2e phrase).

L'obligation imposée à l'administration de procéder à la révision du droit à la rente perçue au titre d'une invalidité inférieure à 70 % (mais supérieure à 66 2/3 %) et de l'adapter au nouvel échelonnement prévu à l'art. 28 al. 1 LAI résulte directement de la lettre f (2e phrase) des dispositions transitoires de la nouvelle du 23 mars 2003 modifiant la LAI (arrêt I 586/04 du 27 octobre 2005, consid. 2.2.2, publié in: SVR 2006 IV n° 48 p. 176). Pour autant, cela ne signifie pas que les rentes perçues au titre d'une invalidité de 66 2/3 % au moins et de 70 % au plus par des rentiers qui, au 1er janvier 2004, n'ont pas atteint l'âge de 50 ans, doivent être réduites d'office à compter de cette date à un trois-quarts de rente. Encore faut-il examiner au préalable si les circonstances de fait et de droit se sont modifiées de manière à influencer le degré d'invalidité depuis le moment de la décision initiale de rente et adapter, le cas échéant, le droit à la rente au nouveau taux obtenu (arrêt I 313/04 du 11 octobre 2005, consid. 2, publié in: SVR 2006 IV n° 36 p. 132).

7. a) Selon l'art. 17 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349, 113 V 273 consid. 1a p. 275; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 et 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

b) Selon l'art. 53 al. 2 LPGGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389)

et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« zweifellos unrichtig »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007, consid. 3.2.1).

8. Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 401 consid. 2b/bb et les références; DTA 2002 n° 27 consid. 1a p. 181). Cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation (par exemple l'invalidité selon l'art. 28 LAI), dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 389 s. consid. 3 et les références), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (consid. 3.2 de l'arrêt C. du 2 juillet 2007, 9C\_215/2007; consid. 3.2.1 de l'arrêt B. du 7 mai 2007, I 907/06; RAMA 1998 n° K 990 p. 253 consid. 3b; DTA 1982 n° 11 p. 74 s. consid. 2c; RCC 1980 p. 471 consid. 4).

Ainsi, pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à cette époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389, 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479).

Dans le cadre de troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a jugé, de façon constante, qu'il n'était pas possible de se fonder sur la jurisprudence publiée aux ATF 130 V 352 (arrêt du 12 mars 2004) pour reconsidérer une décision prise

avant cette date (arrêt du Tribunal fédéral I 138/07 du 25 juin 2007 consid. 4.2 et I 927/06 du 4 décembre 2007 considé 5.2), et ce malgré le fait que le Tribunal fédéral (des assurances) avait déjà décrit dans un arrêt antérieur (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 554/98 du 4 janvier 2000 [VSI 2000p. 152] les tâches spécifiques de l'expert médical dans un contexte de troubles somatoformes douloureux en se référant à l'avis de Mosimann ouvrant ainsi la voie à une jurisprudence plus restrictive qui ne fut toutefois concrétisée que dans l'ATF 130 V 352 (arrêt du Tribunal fédéral I 901/06 du 23 novembre 2007 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C\_2772/2006 consid. 6).

9. 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 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 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus

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

10. Considérant la situation en 2001, telle qu'elle résulte de l'expertise du COMAI et celle lors de l'expertise effectuée en novembre 2008, l'OCAI a considéré que la situation médicale de la recourante s'était notablement améliorée puisque cette dernière ne présentait plus aucune pathologie psychiatrique invalidante.

Il ressort de l'expertise du BREM que sur le plan physique, les pathologies constatées sont superposables à celles figurant dans l'expertise du COMAI de 2001 et qu'il n'y a de ce fait aucune modification notable. Sur le plan psychique toutefois, les experts du COMAI avaient posé, en 2001, comme diagnostic un trouble dépressif moyen alors que les médecins du BREM ont retenu en 2008 un trouble de l'adaptation et une réaction dépressive prolongée en rémission. Ces derniers ont, en effet, constaté qu'il n'y avait aucun trouble dépressif majeur, trouble anxieux ou phobique ou d'autres pathologies psychiatriques graves. Les médecins ont toutefois posé le diagnostic de trouble de l'adaptation et ceci malgré une interruption du traitement antidépresseur. Ils ont par ailleurs tenu compte du fait que l'assurée était suivie sur le plan psychique par le Dresse L\_\_\_\_\_ de la polyclinique psychiatrique des HUG mais n'ont pas retenu de trouble dépressif moyen comme cette dernière. A cet égard, les médecins du BREM ont relevé que l'assuré avait été prise en charge à la polyclinique, mais avec une interruption de plusieurs mois, suit à un rendez vous annulé et que faute d'ordonnance, elle avait dû interrompre son traitement d'antidépresseur, sans toutefois présenter de péjoration notable sur le plan thymique.

Il résulte de l'expertise du BREM que l'état de santé de l'assurée s'est amélioré notablement, la capacité de travail de cette dernière étant passée de 40 % dans une activité adaptée en 2001 à 80% en 2008, ce qui justifie une procédure en révision.

De plus, l'expertise du BREM a été établie sur la base d'un dossier médical complet, a pris en considération l'anamnèse et les plaintes exprimées par l'assurée ; les explications et conclusions des médecins sont de surcroît motivées et convaincantes. Le Tribunal de céans constate cependant que les experts du BREM ont fait preuve d'une certaine maladresse s'agissant de l'évaluation de la répercussion des troubles somatoformes douloureux sur la capacité de travail. En effet, c'est après examen des critères dits de Mosimann, que ceux-ci ont conclu que ledit diagnostic n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail, au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral. Or, il appartient au juge et non pas aux médecins des les examiner, ces derniers ne pouvant, en effet, se prononcer que du point de vue médical. Quoi qu'il en soit, les troubles somatoformes douloureux dont souffre la recourante n'auraient pu être pris en considération dans l'évaluation de sa capacité de travail, dès lors qu'il y a, en l'espèce, absence de comorbidité

---

psychiatrique. Cette maladresse ne saurait ainsi remettre en cause la qualité de cette expertise, de sorte qu'il convient néanmoins de lui accorder pleine valeur probante. En particulier, il n'y a pas lieu de s'écarter du degré de capacité de travail estimé à 80 % dans une activité adaptée.

11. Au demeurant, le Tribunal constate qu'une procédure en reconsidération ne pouvait entrer en ligne de compte, dès lors qu'il n'y avait pas erreur manifeste dans la décision prise par l'OCAI en 2001. En effet, ce dernier s'était référé à l'expertise du COMAI, laquelle n'était elle-même pas entachée d'erreur manifeste et, de surcroît, ne divergeait pas dans une notable mesure des rapports des Drs R\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ du 16 octobre 1997 et D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ du 21 septembre 1998, ainsi que ceux établis par le médecin-traitant de l'assurée, quant à la fixation de la capacité résiduelle de travail.
12. Reste à procéder au calcul du degré d'invalidité de l'assurée.
13. Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Pour ce faire, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

14. a) Pour le revenu sans invalidité, il convient de prendre en considération le revenu qu'aurait touché l'assurée en 2008, dans la mesure où il ne peut être tenu compte de l'expertise de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 22 septembre 2005, dans laquelle celle-ci avait mentionné que l'état de santé psychique de la recourante s'était amélioré durablement depuis le mois d'avril 2005, comme année de référence pour le calcul du degré d'invalidité. En effet, le Tribunal fédéral, dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/2007), a considéré qu'un rapport du SMR signé par la Dresse K\_\_\_\_\_ avec l'indication "psychiatre FMH" ne pouvait se voir attribuer pleine valeur probante en raison d'une irrégularité d'ordre formel liée à l'utilisation d'un titre auquel ce

médecin ne pouvait prétendre, dès lors qu'au moment de son expertise, elle ne disposait pas d'une autorisation d'exercer une activité à titre de médecin indépendant puisque cette autorisation lui a été délivrée le 25 novembre 2006 seulement. Aussi, l'expertise du 24 novembre 2008, de laquelle il résulte une amélioration notable de l'état de santé de l'assurée et a de surcroît pleine valeur probante, sera prise comme année de référence pour le calcul du degré d'invalidité.

Dans le cas particulier, l'assurée, en tant que caissière-vendeuse, percevait en 1997 un revenu mensuel de 3'030 fr. versé 13 fois l'an, soit 39'390 fr. Réactualisé en 2008, ce revenu se serait élevé à 46'208 fr. 45. Pour son activité de concierge, l'assurée percevait en 1995 un revenu annuel de 6'600 fr. Réactualisé, ce montant se serait élevé à 7'897 fr. 95 en 2008. Le montant total pour l'année 2008 est ainsi de 54'106 fr. 40.

b) Pour ce qui est du revenu d'invalidité, l'assurée n'ayant pas repris d'activité lucrative, il y a lieu de se référer aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Eu égard à l'activité de substitution dans un emploi adapté à savoir une activité légère sans port de charges ou gestes répétitifs et permettant notamment des changements de positions, le salaire de référence pour les femmes pour les activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2006, TA1, p. 25, niveau de qualification 4), s'élève à 39'390 fr., part au 13ème salaire comprise. Ce salaire doit être adapté à l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS) en 2008, soit pour les femmes, 1.5 % pour l'année 2007 et 1.8 % pour l'année 2008 et à l'horaire de travail en 2008, soit 41.6 (La Vie économique tableau B.9.2, cf. site de l'Office fédéral de la statistique pour l'année 2008) ainsi qu'à la capacité de travail résiduelle de l'assurée fixée à 80%. Enfin, au vu des limitations fonctionnelles il y a lieu de confirmer l'abattement de 10% auquel a procédé l'OCAI. Le revenu avec invalidité doit dès lors être arrêté à 37'314 fr. 60.

Par conséquent, le taux d'invalidité s'élève à 31.03 %, lequel est insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

15. Vu le manque de motivation de l'assurée, une mesure d'orientation professionnelle ne saurait être mise en place. Il incombe toutefois à celle-ci, sur demande dûment motivée, de requérir auprès de l'Office une aide au placement si elle le souhaite.
16. Par conséquent, le recours, mal fondé, sera rejeté et la décision attaquée confirmée. La recourante qui succombe n'aura pas droit à des dépens. Elle sera condamnée à un émolument de 200 fr. selon l'art. 69 al. 1bis LAI.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Hermione STIEGER

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