

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1264/2008

ATAS/1058/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 14 octobre 2010

En la cause

Madame N_____, domiciliée à Veyrier, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Mike HORNUNG

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Luis ARIAS et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame N_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), qui est née en 1951, s'est trouvée en incapacité de travail à 50 % pour maladie dès le 8 novembre 2002.
2. L'assurée a déposé en date du 5 janvier 2004 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).
3. Dans son rapport du 24 janvier 2004 à l'attention de l'OAI, le Dr A_____, spécialiste FMH médecine interne, relève : « Elle souffre d'un trouble dépressif récurrent, d'un trouble anxieux, d'une hypertension artérielle labile, d'une insuffisance aortique discrète, ainsi que d'une insuffisance mitrale discrète. Elle est également connue pour un désentraînement physique. Madame N_____ souffre également de troubles visuels récurrents, avec notamment une occlusion d'une branche de la veine temporale supérieure de l'œil droit, qui nécessitera un suivi ophtalmologique serré, ainsi que des séances de laser. Ce problème ophtalmologique entraîne des limitations qui auront des conséquences sur le plan professionnel ; en effet, Madame N_____ a longtemps travaillé dans l'horlogerie de précision. Compte tenu des problèmes oculaires dont elle souffre, elle ne pourra plus s'engager dans une profession nécessitant un travail de précision. ». Le Dr A_____ précise encore : « En résumé, Madame N_____ pourrait travailler à un taux de 50 % dès que possible comme contrôleuse dans l'horlogerie, mais sans travail de précision. ».
4. Dans son rapport du 17 février 2005, le Dr B_____ du Service médical régional AI (SMR Léman) conclut au fait que l'examen psychiatrique au SMR révèle un épisode dépressif moyen chronique justifiant une incapacité de travail de 50 % dans toute activité.
5. Par communication du 3 mars 2005 adressée à l'assurée, l'OAI lui a reconnu un degré d'invalidité à 50 % dès le 1^{er} novembre 2003 et lui a octroyé à cet effet une demi-rente AI. En établissant le calcul de la rente, l'OAI a notifié, le 8 juin 2005, cette décision à la recourante.
6. Par courrier du 25 août 2005, l'assurée a sollicité une révision de sa demi-rente en faisant état d'une aggravation de son état de santé. Elle sollicitait ainsi l'octroi d'une rente entière.
7. Après examen des documents utiles, l'OAI, par décision du 15 novembre 2005, a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision l'assurée, au motif qu'elle n'avait fait parvenir aucun document permettant de rendre plausible le changement d'état de fait dans le délai imparti.

8. Par fax du 21 juillet 2006, la Dresse C_____, médecin généraliste FMH, a adressé à l'OAI une demande de révision de la demi-rente, au nom et pour le compte de l'assurée.
 9. Par courrier du 21 septembre 2006 adressé à l'OAI, la Dresse D_____, qui suit l'assurée depuis le mois de mai 2006, relève : « L'évolution de l'état de santé de Madame N_____ est telle qu'une reprise de travail n'est pas possible. Elle présente un état anxieux important en relation avec ses problèmes physiques (cardiopathie, problèmes ophtalmologiques) et un trouble dysthymique avec de fréquents accès d'exacerbation de la dépression. Cet état s'accompagne de troubles cognitifs (troubles de l'attention, troubles de la mémoire). Pour ces raisons, Madame N_____ est en incapacité de travailler à 100 % de longue date. Cette capacité ne peut être améliorée, raison pour laquelle une rente AI de 100 % est demandée. ».
 10. Dans son rapport du 26 septembre 2006, la Dresse C_____ pose les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail :
 - troubles dépressio-anxieux récidivants ;
 - occlusion de la branche de la veine temporale supérieure droite ;
 - valvulopathie mitrale et aortique ;
 - lombalgies chroniques ;
 - discopathie modérée L5-S1.
- La Dresse C_____ conclut à une incapacité à 100 % dès le 12 février 2006 et pour une durée indéterminée.
11. Dans un certificat médical du 5 octobre 2006, la Dresse C_____ indique que l'assurée est suivie pour un état dépressif sévère, nécessitant un traitement antidépresseur et une psychothérapie dirigée par un psychiatre. Elle précise encore que l'assurée présente une grande fatigabilité avec une thymie labile et des troubles du sommeil importants. La Dresse C_____ précise enfin que l'assurée est suivie pour des problèmes cardiaques, ophtalmologiques et rhumatologiques.
 12. A la suite d'un examen, le Dr E_____, radiologue FMH, a constaté que l'assurée souffrait depuis le 9 juin 2007 de douleurs importantes au pied gauche.
 13. Par certificat médical du 29 juin 2007, la Dresse C_____ a, à nouveau, constaté l'incapacité de travail de l'assurée, en raison de la survenance d'autres problèmes médicaux, de l'instabilité tensionnelle et des rechutes de troubles dépressio-anxieux.

14. Par courrier du 26 juillet 2007 adressé à l'OAI, la Dresse D_____ précise :
« L'aggravation est liée au sentiment d'absence d'issue à ses problèmes suite à la décision de rente à 50 % impliquant une capacité de travailler à 50 %, avec une conviction de la patiente et de ses médecins d'incapacité à 100 % :
- insomnies aggravées ;
 - souci permanent de savoir comment s'en sortir financièrement et du point de vue santé physique et psychique ;
 - troubles de l'humeur plus prononcés ;
 - nouveaux problèmes physiques tels que poussées hypertensives sévères, problèmes rhumatologiques, névrome de Norton, tendinopathie, tunnel carpien. »
15. Dans un rapport du 6 décembre 2007, les Drs F_____ et G_____, médecins auprès du SMR, ont retenu que le trouble de la personnalité était constitutionnel et n'avait pas empêché l'assurée de travailler dans le passé. Ces médecins concluent au fait que l'aggravation n'est pas constatée et que la capacité de travail est de 50 %.
16. En date du 13 décembre 2007, l'OAI a informé l'assurée de son projet de refus d'augmentation de la rente d'invalidité.
17. Suite à un test d'effort effectué le 3 janvier 2008, le Dr H_____, spécialiste FMH en cardiologie, constate que l'aptitude de la patiente demeure faible même si c'est en partie dû à un manque d'entraînement à l'exercice et à une surcharge pondérale.
18. Par courrier du 29 janvier 2008, l'assurée, par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, a informé l'OAI de la détérioration de sa vue, d'une forte scoliose et d'une aggravation de son hypertension et de son état psychique, ce qui avait considérablement réduit sa capacité de travail et l'obligeait à déposer une demande de révision.
19. Par décision du 17 janvier 2008, l'OAI a refusé l'augmentation de la rente d'invalidité de l'assurée, au motif que sa capacité de travail n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente.
20. Par courrier du 31 janvier 2008, l'OAI a rendu une décision d'annulation de la décision du 17 décembre 2007 du fait qu'il n'avait pas respecté l'échéance du délai, à savoir le 4 février 2008.
21. Par courrier du 4 février 2008 de l'assurance de protection juridique, l'assurée a indiqué à l'OCAI que son état de santé s'était aggravé depuis la décision du 8 juin

2005, en se basant sur le rapport d'examen d'IRM du pied gauche du 8 juin 2007 du Dr E_____, sur le rapport du test d'effort du Dr H_____ du 3 janvier 2008 et sur une ordonnance de la Dresse I_____ du 25 janvier 2008, qui font état de douleurs importantes apparues au niveau de son pied gauche, d'une péjoration de ses performances au test d'effort et d'une diminution significative de son acuité visuelle.

22. Le 22 février 2008, le SMR a rendu un nouvel avis médical dans lequel il conclut qu'il n'y avait pas d'aggravation sur le plan psychique, ni même sur le plan somatique.
23. Par décision du 28 février 2008, l'OAI a refusé l'augmentation de la rente d'invalidité de l'assurée en se basant sur le nouvel avis médical du SMR du 22 février 2008, qui concluait à l'absence d'aggravation de son état de santé.
24. Par courrier du 7 mars 2008, la Dresse C_____ indique que l'assurée souffre de plusieurs affections médicales, à savoir notamment un status post-thrombose veineuse de la branche de la rétine droite, une baisse d'acuité visuelle bilatérale, une valvulopathie mitrale et aortique, une hypertension artérielle, et de troubles dépressio-anxieux. La Dresse C_____ conclut que l'état de santé de l'assurée s'est modifié sur le plan cardiaque de façon modérée au vu des conclusions du Dr H_____ du 7 avril 2008, sur le plan de l'acuité visuelle et sur l'apparition d'un névrome de Norton plantaire gauche.
25. Au vu des éléments ainsi développés, l'assurée a interjeté recours à l'encontre de la décision de refus rendue par l'OAI le 28 février 2008 et notifiée le 29 février 2008.
26. Constatant, en particulier, que, selon le SMR, il n'y a pas d'aggravation notable objective de l'état de santé justifiant une quelconque baisse de la capacité de travail, d'une part, et d'autre part, que les conclusions de l'avis SMR du 16 décembre 2007 et de tous les avis SMR sont toujours d'actualité, l'OAI propose le rejet du recours.
27. Entendue le 25 septembre 2008 en comparution personnelle, la recourante confirme les conclusions de son recours et précise qu'elle n'envisage absolument pas de reprendre une quelconque activité professionnelle compte tenu de son état de santé. Elle précise encore à cette occasion qu'elle n'a plus d'activité professionnelle depuis 2002 et qu'elle s'est toutefois inscrite au chômage, qui a refusé ses prestations, considérant qu'elle était inapte au placement. Pour sa part, l'OAI persiste également dans ses conclusions.
28. En l'espèce, le Tribunal constate que les doutes émis par la recourante sur la valeur probante des conclusions des rapports du SMR étaient justifiés. En effet, la Dresse C_____ a insisté, à plusieurs reprises, sur le fait que l'assurée souffrait de plusieurs affections médicales, à savoir notamment un status post-thrombose veineuse de la branche de la rétine droite, une baisse d'acuité visuelle bilatérale,

une valvulopathie mitrale et aortique, une hypertension artérielle, et de troubles dépressivo-anxieux. L'OAI n'ayant toutefois pas estimé utile, en l'état, de procéder à des investigations complémentaires, le Tribunal de céans a décidé d'ordonner une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) et l'a confié aux Dr. J_____, médecine interne FMH, Dr. K_____, rhumatologie FMH et au Dr. L_____, psychiatrie-psychothérapie FMH, tous trois médecins au Centre d'expertise médicale (ci-après le CEMED).

29. Interpellé à ce sujet, le SMR s'est prononcé défavorablement pour une expertise pluridisciplinaire, en laissant toutefois au Tribunal de céans la décision finale à ce sujet.

30. Le rapport d'expertise du CEMED, rendu le 21 décembre 2009, relève notamment

« Sur le plan de la médecine interne, Mme N_____ présente des antécédents datant d'avant 2002 qui ont été traités adéquatement et ne présentent aucune influence sur la capacité de travail ...Aucune des pathologies mentionnées ci-dessus ne justifie une incapacité de travail.

Sur le plan ostéoarticulaire,... la capacité des travail est complète avec diminution de rendement » de l'ordre de 10%.

« Sur le plan psychique, Mme N_____ présente depuis des années la persistance de symptômes dépressifs qui atteignent actuellement le niveau de gravité d'un épisode dépressif léger à moyen avec un épuisement partiel de ses ressources d'adaptation. »

Les experts précisent encore « Nous n'avons ainsi aucune raison de nous éloigner de l'appréciation faite par le SMR en 2005, nous retenons donc également une incapacité de travail de 50%, sans diminution de rendement. »

Répondant à la question relative à l'amélioration de la capacité de travail par des mesures médicales, le CEMED précise que l'évolution, la chronicité de certains symptômes, notamment psychique, l'aggravation probable de la discopathie et des troubles non encore invalidants, laissent à penser que l'amélioration est peu probable, surtout à 58 ans.

31. Interpellé au sujet du contenu de l'expertise du CEMED, l'OAI qui a transmis le rapport au SMR, relève que les conclusions des experts sont superposables aux différents avis du SMR et maintient ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

32. De son côté, la recourante conclut au fait que le rapport d'expertise est dénué de toute valeur probante, les points litigieux – dont notamment les affections cardiologiques (dont la valvulopathie mitro-artique mitrale) l'insuffisance artérielle,

l'hypertension, le diabète de type 2, l'insuffisance veineuse des membres inférieurs, l'hypercholestérolémie, le syndrome de MORTON – n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée, ni de l'interaction de ces différentes affections entre elles, que dès lors le rapport d'expertise n'a pas été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et que l'appréciation de la situation médicales apparaît comme peu claire et non convaincante.

33. Sur quoi la cause a été gardée à juger

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. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 28 février 2008, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), en tenant compte, le cas échéant, des modifications intervenues dans le cadre de la 5^{ème} révision de la LAI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

4. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).
5. Est litigieux le droit de la recourante à une augmentation de sa demi-rente d'invalidité à une rente entière.

6. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, 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 la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4^{ème} édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^{ème} édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

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

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments

ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). Compte tenu de la nécessité de clarifier des aspects médicaux, le Tribunal de céans a ordonné une expertise et mandaté le CEMED à cet effet.

En l'occurrence, figurent au dossier notamment des rapports de la Dresse C_____, de la Dresse D_____, du Dr. E_____ et du Dr. H_____ ainsi que des rapports du SMR et l'expertise du CEMED. Il sied de relever, en particulier, que la Dresse C_____, médecin traitant de la recourante et qui est à l'origine de la demande de révision, insiste sur l'incapacité de travail à 100% dès le 12 février 2006. De leur côté, les experts du CEMED concluent avec une capacité de travail à 100% sur le plan somatique avec une diminution de rendement de 10% et une capacité résiduelle de 50% sur le plan psychiatrique. Ces conclusions sont par ailleurs superposables aux avis du SMR. Il convient dès lors de déterminer la valeur probante, en particulier, de l'expertise du 21 décembre 2009.

Au sujet des expertises, la jurisprudence du Tribunal fédéral a précisé : « L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime » (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer

pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

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)

En l'espèce, l'expertise du CEMED expose clairement les données subjectives, les données personnelles, familiales et socioprofessionnelles, les données objectives et élabore une synthèse et discussion. Cette expertise fait une anamnèse détaillée tant sur le plan somatique que psychique. Elle prend en compte, également de façon détaillée, les plaintes de la recourante aussi bien sur la base de données subjectives qu'objectives. Les conclusions étant motivées et dépourvues de contradiction, l'expertise du CEMED répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer pleine valeur probante, Le Tribunal se ralliera aux conclusions des experts, à savoir que la capacité résiduelle de la recourante s'élève à 50% en raison, en particulier, des troubles psychiques dont elle souffre.

7. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument, fixé à 200 fr.

En conclusion, la décision de l'OAI sera confirmée et le recours rejeté. La recourante qui succombe, supportera les frais de justice fixés à 200 fr.

**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); 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

Le Président suppléant

Irène PONCET

Georges ZUFFEREY

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