

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2053/2007

ATAS/668/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 3 juin 2008**

En la cause

Madame H\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître BOVAY Marianne

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Christine BULLIARD-MANGILI et bertrand  
REICH , Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame H\_\_\_\_\_ (ci-après la recourante), née en 1945, suisse d'origine iranienne, a travaillé en qualité d'assistante administrative et jusqu'à la fin du mois d'octobre 2003. En février 2005, elle a déposé une demande de prestations d'assurance invalidité pour « traumatisme, état dépressif ».
2. Dans une expertise psychiatrique destinée à l'assureur perte de gain, le docteur L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, le 5 juillet 2004, un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique. La capacité de travail est nulle. Par ailleurs, dans son rapport médical du 6 février 2004, le Docteur M\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, avait fait état d'un état dépressif sévère, et confirmé la totale incapacité de travail. Il a confirmé son diagnostic dans son rapport du 15 avril 2005. Toutefois il relève une amélioration de l'état de santé à partir du mois de juillet 2005, et une rémission complète à partir de novembre 2005 avec recherche d'emploi et inscription à l'assurance-chômage.
3. L'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) a sollicité du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL (ci-après SMR) un examen psychiatrique de la recourante, effectué le 29 septembre 2006. Après l'anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique de la recourante, l'énoncé des médicaments pris par celle-ci, puis la description de sa vie quotidienne, l'examineur a procédé au status psychiatrique. La thymie est fluctuante, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, la vigilance et la tension ne sont pas réduites. Une tension et une anxiété modérées sont constatées. Il n'y a pas d'anhédonie, mais un retrait social modéré. La recourante est pessimiste face à l'avenir, mais elle conserve sa capacité de projection. Il n'y a pas d'élément psychotique. L'examineur ne retient aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, et pour le reste un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive. Au vu de l'anamnèse, l'examineur retient une incapacité de travail durable totale entre le 27 octobre 2003 et le 30 juin 2005, puis à 50 % du 1er juillet aux 24 novembre 2005, ensuite de quoi la capacité de travail est jugée totale.
4. Au vu de ce rapport, l'OCAI a mis la recourant au bénéficiaire d'une rente d'invalidité limitée dans le temps, par décision du 24 avril 2007, soit une rente entière du 27 octobre 2004 au 30 septembre 2005, et une demi-rente du 1er octobre 2005 au 24 février 2006.
5. Dans son recours du 25 mai 2007 et son complément au recours du 5 juillet 2007, la recourante conclut préalablement à ce qu'une expertise psychiatrique judiciaire soit ordonnée. Sans contester une amélioration de son état de santé psychique courant 2005, elle allègue que celui-ci s'est à nouveau aggravé, par la nouvelle de cancer du sein qu'elle a reçue à la fin de l'année 2005 et pour lequel elle a subi une opération puis un traitement lourd sous forme de radiothérapie et chimiothérapie.

6. Dans sa réponse du 26 juillet 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours, considérant qu'il n'y a pas d'éléments nouveaux déterminants permettant de modifier son appréciation. L'aggravation de l'état de santé est contestée, et l'OCAI rappelle que l'examineur de SMR a tenu compte de la problématique cancéreuse et constaté que l'assurée avait subi avec succès son traitement et n'avait pas eu de rechute de l'état dépressif.
7. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties, qui s'est tenue le 18 septembre 2007, la recourante a expliqué être aujourd'hui en pleine dépression. Le cancer du sein est actuellement en rémission, mais elle est toujours en traitement, et elle souffre de son bras gauche ainsi que de diabète. S'agissant du rapport d'examen du SMR elle le qualifie de léger, considérant que les chocs psychologiques causés par la découverte du cancer n'ont pas été pris en considération. Sur quoi, il a été convenu d'ordonner une expertise pluridisciplinaire de la recourante, de type COMAI (CENTRE D'OBSERVATION MÉDICALE DE L'ASSURANCE INVALIDITÉ).
8. Le rapport d'expertise, effectué par le centre d'expertise médicale de Genève, le 7 mars 2008, comprend l'historique du dossier y compris médical, l'anamnèse complète (familiale, personnelle, systémique, sociale, et professionnelle) puis la description des plaintes, morales et somatiques, enfin les constatations. Celles-ci résultent d'un examen clinique de médecine générale, avec analyses de laboratoire, d'un examen rhumatologique, et d'une évaluation psychiatrique. Les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail sont des dorsolombalgies. Sans répercussions sur la capacité de travail, les experts retiennent un état dépressif récurrent d'intensité moyenne, un status après carcinome du sein gauche, un diabète sucré de type 2 insulino requérant, une obésité de stade 2, un eczéma généralisé, une suspicion d'un syndrome de fibromyalgie.

Dans l'appréciation du cas, les experts retiennent que l'état dépressif, qui s'installe dès octobre 2003 et justifie d'une incapacité de travail limitée dans le temps, a été provoqué par un licenciement avec effet immédiat. Les précédentes expertises font toutes deux états d'un trouble dépressif récurrent, qui aurait dû être pris en charge par une psychothérapie très rapidement afin d'éviter une chronicisation, ce qui n'a pas été fait, la recourante refusant toute forme de prise en charge. S'agissant du cancer du sein, la recourante n'a pas subi de curetage ganglionnaire mais un simple prélèvement biopsique. Pour cette affection oncologique une incapacité de travail ponctuelle est également attestée. Sédentaire et obèse, la recourante doit adjoindre de l'insuline à ces médicaments. La patiente est victime d'une conjonction de situations adverses, familiale, psychosociale, professionnelle, financière et médicale. Par le passé et elle a toujours su faire face aux situations difficiles mais réagit mal à son licenciement. Au lieu de suivre la psychothérapie qui est recommandée, assortie d'un traitement médicamenteux adéquat, elle abandonne toute prise en charge. Alors qu'elle a collaboré activement au traitement du cancer,

il n'en va pas de même pour le trouble psychiatrique puisqu'elle n'a bénéficié, dès l'origine et jusqu'à ce jour, d'aucun suivi psychiatrique, contre l'avis des deux experts psychiatres. Sur le plan physique l'obésité n'est pas une maladie incapacitante pour une activité sédentaire, comme celle de secrétaire. Il en va de même du diabète ainsi que de l'eczéma. Sur le plan rhumatologique aucune atteinte n'est objectivée à part une discopathie discrète, et une surcharge due à l'obésité. Aucun de ces troubles n'est limitant, handicapant ou incapacitant, à l'exception des cervicalgies et des lombalgies pour lesquelles une baisse de rendement de 20 % est retenue. Une physiothérapie est proposée pour le problème dorso-lombaire. Sur le plan psychiatrique, elle souffre actuellement d'un état dépressif réactionnel. Aucun trouble de la personnalité n'est susceptible d'entamer ses capacités d'adaptation. Elle a par ailleurs fait la démonstration probante de ses ressources dans les difficultés rencontrées précédemment dans sa vie. Il n'y a pas, sur le plan psychique, d'incapacité de travail. Le trouble psychique correspond à une réaction psychologique à des circonstances adverses et l'évolution de cet état dépressif dépend de l'amélioration de ses problèmes physiques, familiaux et psychosociaux, c'est-à-dire non médicaux. Ainsi, dans son activité habituelle comme pour toute activité légère et sédentaire adaptée, la recourante peut effectuer un plein temps avec un rendement de 80 %. Les chances de succès d'une réadaptation professionnelle dépendent surtout de la motivation de la recourante. Elle dispose de ressources intactes pour pouvoir faire cet effort de volonté. Une prise en charge de l'obésité, un contrôle plus serré du diabète, amélioreraient l'état général, d'autre part l'eczéma doit être soigné. Le pronostic est limité dans la mesure où la recourante s'est incrustée dans une identité d'invalides avec des reproches et des revendications envers la société. Toutefois, aucune atteinte médicale ne l'empêcherait de faire ce pas vers la réinsertion. Aujourd'hui, le trouble psychiatrique n'est plus incapacitant.

9. Le rapport d'expertise a été transmis aux parties, et un délai leur a été accordé au 20 avril 2008 pour détermination. En particulier, la recourante était invitée à indiquer, en cas de maintien du recours, quels en étaient les motifs.
10. Par courrier du 18 avril 2008, la recourante indique maintenir son recours et ses conclusions. Elle reproche aux experts d'avoir posé des diagnostics sans en déduire une diminution de la capacité de travail, d'avoir minimisé les problèmes psychiatriques, pourtant graves, qui sont les siens et que ses médecins confirment puisqu'une hospitalisation a même eu lieu, de n'avoir pas mentionné la présence d'idées suicidaires alors qu'elles existent et d'avoir considéré, en l'espèce, que les diagnostics posés n'entraient pas la capacité de travail alors que de mêmes diagnostics ont été considérés comme invalidant dans d'autres cas.
11. Par courrier du 15 mai 2008, l'OCAI a également maintenu ses conclusions, sur la base de l'avis médical du SMR selon lequel les conclusions de l'expert doivent être suivies, d'autant plus qu'elles corroborent leurs propres conclusions.

12. Après transmission de ces écritures aux parties, par pli du 16 mai 2008, 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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.
3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. La question litigieuse est de savoir si une invalidité, propre à ouvrir le droit aux prestations, doit être reconnue à la recourante, à la lumière des pièces médicales figurant au dossier.
5. Se pose ainsi préalablement la question de la valeur probante de ces rapports médicaux, en particulier de l'expertise judiciaire.

On rappellera à cette occasion que 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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

En revanche, le juge ne s'écarter en principe 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. Selon la jurisprudence, 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).

6. En l'espèce, la valeur probante de l'expertise judiciaire ne fait aucun doute. Le Tribunal relève qu'elle est particulièrement complète, étayée, objective, et par conséquent convaincante. On peine à suivre la recourante dans ses critiques, du reste relativement vagues et générales, de l'expertise. En particulier, la recourante ne prétend pas que les constatations des experts soient erronées ou incomplètes, à l'exception de la mention d'idées suicidaires qu'elle reproche aux experts de ne pas avoir mentionnées. Il convient toutefois de rappeler à la recourante qu'après avoir fait mention des plaintes décrites par la patiente il incombe aux experts de faire le status clinique et de reporter dans le rapport leurs propres observations. Si donc dans l'examen psychiatrique il n'apparaît pas que la recourante souffre d'idées suicidaires, il est justifié que les experts n'en fassent pas mention. Par ailleurs si la recourante elle-même n'en parle pas aux experts il est normal que cela ne figure pas non plus dans les plaintes rapportées.

La recourante reproche, en fait, aux experts de ne pas valider l'incapacité de travail qu'elle considère être la sienne au vu des diagnostics posés. Toutefois, là encore, il

faut rappeler qu'un diagnostic en soi n'est pas incapacitant. Sa répercussion sur la capacité de travail va dépendre de plusieurs éléments:

a) des ressources du patient. Examiné par les experts, cet élément a été retenu, l'anamnèse permettant de constater que, de façon générale, la recourante arrive à faire face aux situations les plus difficiles et qu'elle a conservé intactes ses ressources;

b) de la gravité des atteintes. À ce sujet, les experts ont retenu qu'à une certaine période les atteintes psychiques avaient empêché la recourante de travailler. On rappellera d'ailleurs qu'elle a été mise au bénéfice d'une rente limitée dans le temps. Au-delà du mois de novembre 2005, l'état dépressif n'empêchait plus la recourante d'exercer son activité habituelle, seule une baisse de rendement en raison du problème rhumatologique étant retenue;

c) des causes liées à l'état dépressif. En l'occurrence, les experts ont constaté que l'état dépressif était réactionnel à des circonstances de vie adverse, c'est-à-dire à des facteurs non médicaux. On rappellera à ce sujet qu'en ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le TFA a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

d) de la collaboration de la patiente au traitement exigible d'elle. En effet, d'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences

---

de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA). Il était en l'occurrence exigible de la recourante qu'elle entreprenne le traitement psychiatrique préconisé, par deux fois, par des experts, et qu'elle se soumette également à une médication antidépressive. Les experts ont relevé qu'elle a refusé de tels traitements, chronicisant ainsi un état qui, a priori, pouvait être guéri dans un temps relativement court. Or, s'agissant des atteintes à la santé psychique qui peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Cela étant, et malgré l'absence de collaboration de la patiente sur cette question, les experts ont constaté une pleine capacité de travail depuis la fin 2005, après l'amélioration de l'état dépressif.

Pour ces raisons, le fait que des diagnostics identiques puissent, dans d'autres cas, générer une incapacité de travail du ressort de l'assurance invalidité est sans pertinence en l'espèce, puisque la détermination de la capacité de travail dépend précisément de l'anamnèse, du status clinique, et de l'appréciation du cas.

7. 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi 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). Tel est le cas en l'espèce, vu la valeur probante de l'expertise judiciaire.

- 
8. Les conclusions des experts seront donc suivies. À noter qu'elles corroborent les constatations effectuées, préalablement, par SMR, et qu'elles ne sont pas en contradiction avec l'évaluation du médecin traitant, le Docteur M\_\_\_\_\_, dont il convient de rappeler qu'il avait lui-même noté une amélioration de l'état psychique, en été 2005. Certes ce médecin ne retient pas que cette amélioration ait amélioré la capacité de travail de sa patiente, ce dont on peut légitimement douter. Il s'appuie, toutefois, pour en attester, sur les comorbidités dont souffre sa patiente. Or, les experts ont analysé les conséquences des diverses affections somatiques de la recourante tant séparément qu'en lien avec l'état dépressif sans retenir pour autant d'incapacité de travail au-delà de l'automne 2005. Le médecin traitant considère, par ailleurs, qu'il est impossible de penser que sa patiente puisse améliorer son état dépressif. Il convient de rappeler qu'une telle évaluation est du domaine du médecin psychiatre, tandis que le rôle du médecin traitant est d'adresser son patient au spécialiste lorsque cela s'avère nécessaire. Vu la jurisprudence relative à l'appréciation des rapports du médecin traitant et vu la complétude de l'expertise judiciaire, le Tribunal constate que l'appréciation du docteur M\_\_\_\_\_ n'est pas propre à mettre en doute les conclusions de l'expertise.

Les conclusions des experts conduisent à refuser toute prestation à la recourante, à l'instar de l'OCAI. En effet, une diminution de rendement de 20 %, dans l'activité habituelle, entraîne un taux d'invalidité de 20 %, qui n'est pas propre à ouvrir le droit à la rente en application des règles légales. De tout temps, mais également depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision) l'art. 28 al. 1 LAI prévoit qu'un assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Certes, le droit aux mesures de réadaptation est ouvert à la recourante, conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, qui prévoit que les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (ATF 124 V 269 consid. 4 et les références; VSI 2000 p. 300 consid. 4; RCC 1980 p. 252; ZAK 1980 p. 270). Toutefois, au vu de l'âge de la recourante et du peu de diminution de sa capacité de travail seule une mesure d'aide au placement, telle que prévue par l'art. 18 LAI pourrait être envisagée en l'espèce. Les chances de réadaptation sont cependant limitées selon les experts, en raison du peu de motivation de la recourante, convaincue par la réalité de son invalidité. Par conséquent, l'OCAI ne sera invité à mettre en place une telle mesure que si la recourante la sollicite formellement par un courrier motivé.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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'assurance-invalidité 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.

**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

La présidente

Yaël BENZ

Isabelle DUBOIS

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