RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4222/2005 **ATAS/1016/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 8 novembre 2006

En la cause

Madame S_____, domiciliée 1214 VERNIER	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Karine STECK et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Madame S_____, née le 1951, d'origine hongroise, naturalisée suisse le 26 avril 2000, est en Suisse depuis 1981. L'intéressée a suivi la scolarité obligatoire dans son pays. En Suisse, elle a suivi une formation d'esthéticienne et a obtenu un diplôme en 1988.

2. L'intéressée a travaillé depuis 1985, surtout dans le nettoyage. Elle a exercé son dernier emploi auprès de la société X_____SA, en qualité de nettoyeuse, à raison de 2 heures par jours depuis le 1er janvier 2000 jusqu'au 31 décembre 2001, date à laquelle l'employeur a résilié le contrat.

3. L'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 17 juin 2000, déclarant souffrir de divers problèmes de santé depuis le 30 juillet 1982. Elle sollicitait l'octroi d'un placement ou d'une rente.

4. Après instruction du cas, l'OCAI, par décision du 15 octobre 2001, a rejeté la demande, motifs pris qu'elle présentait une incapacité de travail totale dès le 28 mars 2001, soit depuis moins d'une année, de sorte que les conditions légales pour ouvrir droit à une rente n'étaient pas remplies.

5. Le 29 mars 2002, l'intéressée a renouvelé sa demande de prestations, alléguant que depuis le 28 mars 2001, elle était toujours dans l'incapacité totale de travailler et d'accomplir ses activités ménagères.

6. L'OCAI ordonné une expertise qu'il a confiée au Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne. Dans son rapport du 28 juillet 2003, l'expert relève que l'assurée ne souffre pas d'affection médicale grave; les lombalgies sont légères, non corroborées cliniquement et contrôlées par le Vioxx, le problème gastrique a été traité, l'asthme n'est pas confirmé, mais la patiente prend le traitement adéquat prescrit par son médecin traitant. Les plaintes de la patiente sont très vagues et assez banales, tels que des malaises mal définis, gonflement matinal du visage et des mains qui disparaît dans la matinée et fatigue. A l'examen clinique, le Docteur A_____ a relevé que la patiente était en bon état général ; l'examen de la colonne vertébrale n'a pas montré la présence de troubles statiques, il n'y a pas de douleur à la palpation de la colonne cervicale et lombaire, ni de contracture de la musculature paravertébrale lombaire. Il n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont les suivants : lombalgies chroniques, hernie hiatale, gastrite traitée en mars 2001, asthme probable avec étiologie allergique non confirmée, obésité, état après chirurgie de la thyroïde il y a 15 ans et lithiase vésiculaire. Dans son appréciation du cas, l'expert relève que la patiente ne souffre pas d'affection médicale importante, car les maladies dont elle souffre actuellement ou dont elle a

souffert dans le passé sont assez banales et ne compromettent pas sa capacité de travail. Par contre, ce qui est évident, c'est que la patiente présente des traits dépressifs et anxieux et un comportement "bizarre", relevé d'ailleurs pas plusieurs spécialistes consultés. Sur le plan physique, le Docteur A_____ conclut que l'assurée est apte à travailler à 100 % depuis le 7 décembre 2001. Une évaluation psychiatrique lui paraît indispensable.

7. Par courrier du 28 août 2003, l'OCAI a informé l'intéressée qu'une expertise médicale devra être effectuée par le Dr B_____.

8. Après avoir reçu copie de l'expertise du Dr A_____, l'intéressée, par courrier du 27 septembre 2003, a fait valoir que l'expert n'avait pas tenu compte d'un rapport de consultation de dermatologie du département de neuroscience clinique et dermatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Elle demandait à ce qu'une contre-expertise soit ordonnée avant de prévoir un rendez-vous chez le Dr B_____.

9. Le 7 octobre 2003, l'OCAI a informé l'intéressée que l'expertise prévue était maintenue.

10. Le Dr B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'intéressée en date des 20 avril, 12 mai et 26 mai 2004 et a rendu son rapport son rapport d'expertise en date du 14 janvier 2005. A l'anamnèse, il relève que dans son rapport du 24 août 2000, le Dr C_____, cardiologue, avait écarté la présence d'une cardiopathie significative et mentionné que les plaintes ne sont pas en rapport avec la sphère cardio-vasculaire. Le pneumologue a conclu pour sa part à un asthme probable et préconisé des corticoïdes et des séances des physiothérapie respiratoire, ce que l'assurée a refusé. Le Dr D_____, dans son rapport du 23 avril 2001, parle d'un tourisme médical exagéré et avait suggéré à l'assurée de suivre un traitement psychothérapeutique et de prendre des antidépresseurs, ce qu'elle avait refusé. Il a fait état notamment de phénomènes asthmatiques non confirmés et d'un syndrome dépressif. Quant au Dr A_____, il a relevé des traits dépressifs, anxieux et un comportement bizarre. Au status clinique, le Dr B_____ a constaté que l'assurée ne présentait pas de problème de cognition, ni mnésique, qu'elle était bien orientée dans le temps et l'espace. Elle n'avait pas de trouble psychosensoriel. L'assurée présentait en revanche un abaissement de l'humeur, une perte d'énergie, une légère diminution de la concentration et de l'attention. Il a posé le diagnostic d'état dépressif d'intensité légère récurrent. L'assurée présente des traits de personnalité qui n'atteignent toutefois pas le seuil d'un trouble de la personnalité. Du point de vue psychique, il n'y a pas d'incapacité de travail et l'assurée est capable de s'adapter à son environnement professionnel.

11. Après avoir soumis le dossier de l'intéressée à son service médical, l'OCAI, par décision du 4 mars 2005, a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte à la santé invalidante.

12. Par l'intermédiaire de son conseil, l'intéressée a formé opposition le 18 avril 2005. Dans ses écritures complémentaires du 12 août 2005, elle fait valoir qu'elle souffre d'asthme et de troubles de coordination de la respiration, accentués par l'état dépressif et les crises d'angoisse. Elle demandait à ce qu'une nouvelle expertise centrée sur ses problèmes respiratoires soit ordonnée.

13. Le 7 septembre 2005, l'intéressée a communiqué à l'OCAI de nombreuses pièces médicales et demandé une expertise psychiatrique.

14. Dans une note du 22 septembre 2005, le Dr E_____, médecin du Service médical régional (SMR) romand a indiqué que les divers documents médicaux attestent de pathologies diverses dont aucune n'a valeur invalidante et proposé de statuer sur la base du dossier.

15. Le 1er novembre 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition, considérant que l'intéressée ne souffre d'aucune atteinte à la santé l'empêchant d'exercer normalement une activité lucrative.

16. L'intéressée a interjeté recours le 8 novembre 2005, alléguant que les nombreux malaises sur le lieu de travail l'empêchent d'avoir une activité lucrative régulière. Elle rappelle qu'elle est suivie depuis de nombreuses années par différents médecins, en raison de son état de santé, et prend actuellement un traitement antidépresseur prescrit par son psychiatre. Elle a joint en annexe une attestation établie le 11 novembre 2005 par la Dresse F_____médecin adjoint au Service de psychiatrie adulte, aux termes de laquelle elle est suivie depuis le 15 septembre 2005 pour un trouble neuropsychiatrique. La recourante a également joint une attestation de la Dresse -G_____, spécialiste FMH en psychothérapie et psychothérapie, dont il résulte qu'elle a été en traitement du 4 avril 2005 au 8 août 2005, date à laquelle le suivi a été interrompu étant donné le manque d'alliance thérapeutique. Elle conclut à ce que l'OCAI poursuive la procédure d'examen en tenant compte de son traitement actuel.

17. Dans sa réponse du 13 février 2006, l'OCAI se réfère aux conclusions des Drs A_____ et B_____ et conclut au rejet du recours.

18. Le 6 mars 2006, la recourante a informé le Tribunal qu'elle était en traitement auprès de la Dresse H_____, psychiatre, et a produit divers documents médicaux.

19. Ces écritures ont été communiquées à l'OCAI, qui a été invité à se déterminer.

20. L'OCAI n'a pas formulé d'observations dans le délai qui lui a été imparti.

21. Le Tribunal de céans a interrogé la Dresse -I_____, par courrier du 27 juin 2006, afin de savoir quel diagnostic elle avait posé, quelles étaient les limitations psychiques de sa patiente ainsi que leurs conséquences sur la capacité de travail et/ou dans l'accomplissement des tâches ménagères.

22. Par courrier du 23 octobre 2006, la Dresse -I_____ a indiqué que la patiente l'avait consultée pour la première fois le 4 avril 2005 pour un problème familial et personnel. La suite s'est avérée irrégulière confirmant une absence d'alliance thérapeutique, raison pour laquelle la fin a été décidée en accord avec la patiente. Les évaluations n'ont pas mis en évidence des symptômes d'un trouble psychique pouvant constituer un handicap à faire face aux gestes de la vie quotidienne.

23. Ce courrier a été communiqué aux parties le 30 octobre 2006. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

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

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Lorsque toutefois l'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 le principe général

de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement de bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 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).

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. a) Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont on ne saurait exiger qu'ils exercent une telle activité sont réputés invalides si l'atteinte à leur santé les empêche d'accomplir leurs travaux habituels (art. 5 al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance.

b) S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que

l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références ; consid. 4.3.1 de l'arrêt P. du 1er mai 2003, I 780/02).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, date de l'entrée en vigueur de la 4ème révision AI, il a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

5. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge pas 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; Spira, La

preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane Blanc, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

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

7. L'objet du présent litige consiste à déterminer si la recourante souffre d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI.

Il résulte du dossier médical que la recourante souffre depuis plusieurs années de diverses affections. S'agissant de la faiblesse musculaire proximale, l'examen électrophysiologique pratiqué le 27 mai 2002 n'a pas objectivé d'atteinte neurologique; la faiblesse proximale des quatre membres constatée à l'examen clinique ne se retrouve pas au testing musculaire distal. Du point de vue cardiologique, le Dr K_____a écarté une affection cardiaque. Concernant le problème pulmonaire, le Dr L_____, consulté le 25 août 2000, spécialiste FMH - maladie des poumons, a relevé une notion d'asthme depuis de nombreuses années, mais sans anamnèse typique. Les événements décrits par la patiente ressemblent fort à des crises d'angoisse-panique avec hyperventilation. Il avait posé le diagnostic de dyspnée d'origine non respiratoire. Le Dr -J_____, pneumologue, a également émis l'hypothèse d'une suspicion d'asthme, et proposé le 25 janvier 2001 un traitement corticoïdes en inhalation à long terme, avec des bronchodilatateurs selon les besoins. Il notait cependant que l'asthme n'expliquait pas tous les symptômes qui sont amplifiés par les troubles de la coordination de la respiration. Il préconisait des séances de physiothérapie respiratoire, mais la patient était toujours opposée à cette idée. Le Dr D_____, médecin traitant, mentionnait dans son rapport du 23 avril 2001 les diagnostics de syndrome dépressif, dyspnée d'origine indéterminée, lithiase vésiculaire, obésité, hernie hiatale avec gastrite chronique et oesophagite de reflux. La patiente, poly-plaintive, refusait catégoriquement toute prise en charge psychiatrique. Selon le médecin traitant, l'incapacité de travail était de 100 % dès le 28 mars 2001. Le 27 juin 2002, le Dr D_____ a indiqué à l'OCAI qu'il n'y avait pas de modification de son dernier rapport relatif à la recourante qu'il voyait rarement.

L'expertise réalisée par le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne, a révélé un status clinique normal et aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail n'a pu être posé. L'expert a relevé que les affections présentées par la patiente sont assez banales et ne compromettent pas sa capacité de travail. En revanche, il a observé que la recourante présentait des traits dépressifs et anxieux, ainsi qu'un comportement "bizarre" qui nécessitaient une évaluation psychiatrique.

Le Dr Daniel B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné la recourante au printemps 2004. Il a retenu le diagnostic d'état dépressif d'intensité légère récurrent. Il a objectivé des traits de personnalité particuliers, mais expliqué qu'ils n'atteignent pas le seuil d'un trouble de la personnalité; en effet, ils ne peuvent être qualifiés de rigides, mal adaptés, persistants, source d'altération significative du fonctionnement ou d'une souffrance subjective. La recourante présente une détresse adéquate par rapport aux symptômes dont elle se plaint, ses convictions sont basées sur un raisonnement logique, de sorte que l'expert n'a pas

retenu le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant, ni aucun autre trouble. Du point de vue psychiatrique, il n'y a aucune incapacité de travail.

8. La recourante conteste les conclusions des expertises, s'estimant incapable de travailler en raison de son état de santé. Elle reproche à l'intimé d'avoir statué sans se fonder sur l'ensemble de ses examens médicaux, alors même qu'elle est encore à ce jour en traitement.

   Certes, la recourante a produit de nombreux documents médicaux: ces derniers étaient toutefois déjà connus et n'apportent rien de nouveau. Quant à l'aspect psychiatrique, la Dresse -I_____ a confirmé avoir suivi la recourante du 4 avril 2005 au 8 août 2005, date à laquelle le traitement a été interrompu étant donné le manque d'alliance thérapeutique. Sur question du Tribunal de céans, la Dresse BECK-G_____ a précisé que les évaluations n'ont pas mis en évidence de symptômes d'un trouble psychique d'origine constituant un handicap à faire face aux gestes de la vie quotidienne. Enfin, s'agissant du certificat attestant qu'elle est suivie par un médecin psychiatre à la consultation du Service de Psychiatrie-Adulte de la Servette depuis le 15 septembre 2005, ainsi que des certificats d'arrêts de travail dès le 12 novembre 2005, force est de constater que ces documents sont postérieurs à la décision litigieuse et qu'il ne comportent aucun diagnostic, ni de description détaillée de l'atteinte à la santé que présenterait la recourante. Partant, ils ne sauraient remettre en cause les conclusions des experts mandatés par l'OCAI, qui ont pleine valeur probante.

   Il convient au surplus de rappeler que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence). Ils ne peuvent être pris en considération que dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 ; arrêt du 31 mars 2000, IIIème chambre, dans la cause N° I 615/99, H. contre l'office AI du canton de Neuchâtel et Tribunal administratif du canton de Neuchâtel ; arrêt du 29 octobre 2003 du TFA 2ème Chambre, cause I 646/02, Office cantonal AI Genève contre B. K. et Commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI, Genève ; jugement du 26 juillet 2002).

   Tel n'est pas le cas en l'occurrence.

   Mal fondé, le recours doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier — La présidente

Walid BEN AMER — Juliana BALDE

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