

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1063/2014

ATAS/279/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 avril 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

ASSURA-BASIS SA, sise Z.i. En Budron A1, MONT-SUR-LAUSANNE

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

et

A_____, représentée par ses parents, Madame et Monsieur
B_____, à GENÈVE

appelée en
cause

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. A_____ (ci-après : l'assurée ou l'appelée en cause), de nationalité américaine, est venue au monde prématurément, le _____ 2013, à 36 semaines de grossesse. A sa naissance, son poids était de 2,220 kg. Le bébé est resté hospitalisé jusqu'au 13 août 2013.
2. En octobre 2013, le père de l'assurée a sollicité d'Assura-Basis SA (ci-après : l'assureur-maladie) la prise en charge des frais du séjour hospitalier du 6 au 13 août 2013, soit CHF 10'634.-.
3. Le 22 novembre 2013, l'assureur-maladie lui a répondu qu'il acceptait d'avancer ce montant à condition que les parents demandent à l'assurance-invalidité de prendre en charge cette hospitalisation.
4. Le 4 décembre 2013, le père de l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).
5. Dans un rapport du 21 janvier 2014 adressé à l'OAI, le Dr C_____, médecin auprès du Service de développement et croissance des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a indiqué que le bébé ne souffrait d'aucune infirmité congénitale. Le médecin a posé les diagnostics suivants : prématuré sur gémellité, retard de croissance intra-utérine disharmonieux dû à la gémellité, SDR transitoire et ictère néonatal sur iso-immunisation ABO.
6. Le 28 janvier 2014, l'OAI a adressé au père de l'assurée un projet de décision, dont il ressortait qu'il entendait nier à sa fille le droit à toute mesure médicale.
7. Le 14 février 2014, l'assureur-maladie a contesté ce projet et demandé l'accès au dossier, qui lui a été transmis le 18 février 2014 par l'OAI.
8. Par décision formelle du 10 mars 2014, l'OAI a nié tout droit à des mesures médicales, au motif qu'il n'existait aucune infirmité congénitale.
9. Par pli du 13 mars 2014, l'assureur-maladie a prié l'OAI de « patienter », car son médecin-conseil restait dans l'attente d'informations complémentaires des HUG.
10. Par acte du 10 avril 2014, l'assureur-maladie a interjeté recours, en concluant, sous suite de frais, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire.

Selon la recourante, l'OAI a violé son droit d'être entendue en rendant sa décision alors qu'elle était encore en train de recueillir des renseignements complémentaires auprès des HUG, en refusant de prolonger le délai d'opposition et en faisant abstraction du fait qu'elle avait annoncé vouloir déposer des observations.

Par ailleurs, elle reproche à l'intimé de n'avoir pas suffisamment instruit le dossier.

11. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 9 mai 2014, a conclu au rejet du recours.

L'intimé fait remarquer que ce n'est qu'en date du 13 mars 2014, soit postérieurement à sa décision formelle, que la recourante a manifesté son intention de maintenir son opposition.

En outre, la recourante ne lui a jamais transmis les renseignements sollicités auprès des HUG, pas plus qu'elle n'a pas mis en exergue d'élément démontrant des lacunes dans l'instruction.

12. Dans sa réplique du 11 juin 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle conteste le fait que sa demande de prolongation de délai soit postérieure à la décision, dont elle fait remarquer qu'elle ne lui a été notifiée que le 19 mars.

La recourante ajoute qu'il ressort des documents obtenus auprès des HUG que deux infirmités congénitales susceptibles d'être prises en charge par l'assurance-invalidité étaient présentes à la naissance : un syndrome de détresse respiratoire nécessitant une ventilation mécanique par pression positive continue et un ictère, justifiant un suivi médical.

Elle joint à ses écritures :

- un rapport d'examen du nouveau-né des HUG du 16 août 2013, établi par Mmes D_____ et E_____, faisant état des diagnostics suivants : jumeaux nés à l'hôpital, naissance par césarienne sur indication fœtale, retard de croissance intra-utérine disharmonieux dû à la gémellité (RCIU), iso-immunisation ABO du fœtus et du nouveau-né, ictère périnatal motivant de la photothérapie, autres enfants nés avant terme, tachypnée transitoire du nouveau-né ; une échographie des hanches et un suivi clinique de l'ictère étaient préconisés ; en outre, étaient constatés une tête triangulaire et un pli palmaire unique à droite ; sous la rubrique « remarques » figuraient les précisions suivantes : « [...] gp sanguin O pos, ac IR neg, gp bb A pos, coombs pos, grossesse gémellaire bibi, marquée par une maturation pulmonaire à 31 sem [...] Naissance par CS pour stagnation de la croissance dans contexte de grossesse gémellaire bi-bi. RM per-op. SB neg. LAC. Bonne adaptation. SDR à 5 mn de vie nécessitant 30 mn de CPAP, par la suite bonne évolution. AF DCH nég [...] Ictère avec hémolyse (incompatibilité groupe) à J1 avec bili à 162 mcmmol/l et HCT 47%. Photothérapie du 7 au 8/8 puis du 9 au 13/8. Bili à la sortie 176 pour une limite à 250 » ;

- un « résumé de codage de l'épisode de soins » du 8 octobre 2013, non signé, stipulant notamment : « nouveau-né, poids à l'admission 2000 – 2499g sans procédure opératoire significative, avec ventilation artificielle > 24 et < 96 heures ou avec problème sévère ».

13. L'intimé a dupliqué le 14 août 2014.

Il réitère qu'aucune prolongation de délai n'a été requise au stade de l'opposition et ajoute qu'à supposer qu'il ait violé le droit d'être entendue de la recourante, cette violation a quoi qu'il en soit été réparée au stade du recours.

Quant aux troubles respiratoires et à l'ictère invoqués, l'intimé relève qu'ils n'ont nécessité qu'une ventilation mécanique par pression continue et une photothérapie, de sorte qu'ils n'étaient pas suffisamment graves pour que l'assurance-invalidité les prenne en charge.

14. Dans ses écritures complémentaires du 18 septembre 2014, la recourante a persisté dans son argumentation et ses conclusions.
15. Par pli du 4 mars 2015, le Dr C_____ a précisé, sur questions de la chambre de céans, que le syndrome de détresse respiratoire n'avait pas nécessité d'autres soins qu'une ventilation en pression positive continue (ou Continuous Positive Airway Pressure ; CPAP). La situation s'était normalisée du point de vue respiratoire après 30 minutes, ce qui avait justifié l'arrêt de la ventilation mécanique. Une surveillance permanente du chef de clinique avait été nécessaire durant la CPAP, soit pendant 35 minutes. L'ictère néonatal n'avait pas motivé d'autre traitement qu'une photothérapie.
16. Par ordonnance du 16 décembre 2011, la chambre de céans a appelé en cause l'assurée, soit pour elle ses parents, à qui elle a transmis copie du dossier.
17. Par écritures du 11 mars 2015, les parents de l'appelée en cause ont indiqué ne pas avoir de commentaire à formuler.
18. Le 16 mars 2015, la chambre de céans a communiqué aux parties copie des réponses du Dr C_____ et de la détermination des parents de l'assurée.
19. Par écritures des 9 et 10 avril 2015, les parties ont persisté dans leurs conclusions.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2013. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et de la LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

4. Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
5. Aux termes de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. La jurisprudence considère comme intérêt digne de protection, au sens de cette disposition, tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette décision. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait (ATF 120 V 39 consid. 2b ; voir aussi ATF 121 II 174 consid. 2b). L'intérêt doit être direct et concret ; en particulier, la personne doit se trouver dans un rapport suffisamment étroit avec la décision, tel n'étant pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 125 V 342 consid. 4a).

En sa qualité d'assureur-maladie de l'enfant, la recourante est directement touchée par la décision querellée et a dès lors qualité pour agir. En effet, si la chambre de céans devait confirmer le refus de l'intimé de prendre en charge l'hospitalisation du 6 au 13 août 2013, la caisse serait tenue d'allouer des prestations au titre de l'assurance-maladie de base.

6. Le litige porte sur l'obligation de l'intimé de prendre en charge les frais d'hospitalisation du 6 au 13 août 2013 à titre de mesures médicales, singulièrement sur le point de savoir si l'appelée en cause présente une infirmité congénitale.
7. a. Il convient en premier lieu d'examiner le grief tiré de la violation du droit d'être entendu.

La recourante reproche à l'intimé d'avoir refusé de prolonger le délai d'opposition puis statué alors qu'elle recueillait des renseignements complémentaires auprès des HUG. Pour sa part, l'intimé soutient que la caisse n'a sollicité aucune prolongation de délai au stade de l'opposition.

b. La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 497 consid. 2.2), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; ATF 124 V 180 consid. 1a ; ATF 124 V 372 consid. 3b et les références).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 126 V 130 consid. 2b et les références).

c. En l'espèce, la question d'une éventuelle violation du droit d'être entendu peut rester ouverte. En effet, même s'il fallait admettre que le refus de prolonger le délai d'opposition jusqu'à réception des rapports sollicités par la recourante auprès des HUG fût constitutif d'une telle violation, celle-ci a quoi qu'il en soit été réparée, puisque la procédure de recours a permis à la recourante de produire ces rapports et de s'exprimer pleinement à leur sujet. De surcroît, un renvoi du dossier à l'intimé pour ce seul motif ne serait pas justifié au regard du principe d'économie de procédure.

8. a. L'art. 13 LAI dispose que les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGA) jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1er). Le Conseil fédéral établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2). Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

L'art. 1 al. 1 de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC; RS 831.232.21), arrêtée conformément à l'art. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), précise que la simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale. Sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant (art. 1 al. 1 1ère phrase OIC) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2 1ère phrase OIC).

b. Le chiffre 497 de l'annexe à l'OIC qualifie d'infirmité congénitale les « sévères troubles respiratoires d'adaptation (par exemple asphyxie, syndrome de détresse respiratoire, apnée), lorsqu'ils sont manifestes au cours des septante-deux premières heures de vie et qu'un traitement intensif est nécessaire ».

Selon la pratique administrative consacrée par l'Office fédéral des assurances sociales dans la circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'assurance-invalidité (ci-après CMRM), sont considérées comme « graves » (sévères) les atteintes qui impliquent la nécessité de mesures spéciales (p.ex. un traitement hospitalier après une naissance à domicile, le traitement dans l'unité de soins intensifs d'une maternité ou d'une clinique infantile après un accouchement à l'hôpital). Un traitement est considéré comme intensif lorsque des frais normaux de séjour d'une accouchée sont nettement dépassés, c'est-à-dire lorsque des mesures particulièrement onéreuses tels que la surveillance permanente par appareils, des contrôles et soins médicaux particulièrement fréquents sont nécessaires. Il y est également précisé que le transfert à titre préventif dans une division hospitalière de néonatalogie, sans que ces mesures coûteuses n'aient été nécessaires, ne suffit pas à justifier une infirmité congénitale (ch. 495, 497 - 499 de la CMRM). Cette circulaire précise en outre que l'asphyxie à la naissance peut être prise en charge dans le cadre du chiffre 497 OIC lorsqu'elle atteint un degré de gravité tel que la poursuite du traitement dans un service de néonatalogie est nécessaire. En revanche, si l'état du sujet se normalise suite à ce transfert et qu'aucun traitement n'est plus nécessaire, on ne saurait parler d'un trouble d'adaptation respiratoire sévère (ch. 497.1 CMRM). Tous les syndromes de détresse respiratoire du nouveau-né qui nécessitent un traitement particulier dans un service de néonatalogie peuvent être admis sous le chiffre 497 OIC s'ils surviennent au cours des septante-deux premières heures de la vie (ch. 497.2 CMRM).

C'est le lieu de rappeler que les circulaires ne créent pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celles-ci. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il ne doit en tenir compte que dans la mesure où elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (ATF 129 V 204 consid. 3.2 ; ATF 127 V 57 consid. 3a ; ATF 126 V 64 consid. 4b).

En l'occurrence, la pratique ne prête toutefois pas le flanc à la critique. Il sied de rappeler que les mesures médicales ne sont prises en charge qu'en présence d'une infirmité (congénitale), ce qui à son tour présuppose une atteinte d'une certaine durée. L'exigence d'un état de santé du nouveau-né nécessitant des soins continus au-delà de sa sortie de la salle d'accouchement relève du même ordre d'idées (ATAS/535/2007 du 21 mai 2007).

c. Selon le chiffre 325 de l'annexe à l'OIC, doit également être qualifiée d'infirmité congénitale « l'hyperbilirubinémie du nouveau-né de causes diverses, lorsqu'une exsanguino-transfusion a été nécessaire ».

La CMRM précise que les injections qui sont utilisées pour bloquer les anticorps anti-rhésus-positif qui, en cas d'incompatibilité rhésus, circulent après le premier accouchement dans le sang d'une mère, ne sont pas à la charge de l'AI, étant donné que l'art. 3 LPGA, art. 13 LAI en corrélation avec le ch. 325 OIC ne donne droit qu'au traitement de l'anémie hémolytique du nouveau-né. Une infirmité congénitale au sens du ch. 325 ne peut être reconnue qu'après une transfusion extra-utérine. Une exsanguino-transfusion est habituellement indiquée lorsque le taux de bilirubine dans le sérum sanguin augmente rapidement au cours des premiers jours de la vie ou lorsqu'il se trouve déjà à plus de 20 mg/dl. L'AI reconnaît la photothérapie comme mesure médicale (art. 2 al. 3 OIC). Elle la rembourse lorsqu'elle s'avère nécessaire au traitement d'une infirmité congénitale figurant dans l'annexe de l'OIC. Elle ne saurait cependant remplacer une exsanguino-transfusion (ch. 325 OIC) si celle-ci est nécessaire. L'application prophylactique d'une photothérapie visant à atténuer l'augmentation du taux de bilirubine n'est pas remboursée par l'AI (ch. 325 CMRM).

9. Le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
10. Dans le cas présent, la recourante soutient que l'assurée a souffert de deux atteintes pour lesquelles des mesures médicales de l'assurance-invalidité peuvent être prises en charge : un syndrome de détresse respiratoire ayant nécessité une ventilation mécanique et un ictère, justifiant un suivi clinique (cf. rapport d'examen des HUG du 16 août 2013), affections dont l'intimé estime quant à lui qu'elles ne sont pas suffisamment graves pour justifier une prise en charge de sa part.

En l'espèce, il résulte du dossier que l'enfant en cause a souffert, cinq minutes après sa naissance, d'un syndrome de détresse respiratoire qui a nécessité une ventilation mécanique par pression positive continue (CPAP) pendant 30 minutes, dispensée sous la surveillance du chef de clinique. Suite à ce traitement, la situation s'est normalisée du point de vue respiratoire. L'assurée a également présenté un ictère néonatal sur iso-immunisation ABO, lequel a été traité par photothérapie du 7 au 13 août 2013, date de sa sortie de l'hôpital (cf. rapport des HUG du 16 août 2013 ; courrier du Dr C_____ du 4 mars 2015).

La chambre de céans constate que si l'enfant a effectivement souffert d'un syndrome de détresse respiratoire, celui-ci n'a pas entraîné de traitement intensif au sens du chiffre 497 OIC, puisqu'il a été soigné uniquement par CPAP pendant 30 minutes, sous la surveillance du chef de clinique. Hormis ce bref traitement, le syndrome de détresse respiratoire n'a pas requis de mesures particulièrement onéreuses, telles qu'une surveillance permanente par des appareils ou des soins et contrôles médicaux particulièrement fréquents. Le trouble respiratoire s'est normalisé rapidement après la naissance et il ne ressort pas du dossier qu'un transfert en unité de soins intensifs ait été nécessaire. Partant, dans la mesure où il n'a pas nécessité de traitement intensif, le syndrome de détresse respiratoire ne peut être qualifié de « sévère » au sens du chiffre 497 OIC (cf. également ATAS 608/2014 du 14 mai 2014, consid. 6).

Quant à l'ictère néonatal, il ne justifie pas la prise en charge par l'assurance-invalidité au titre de l'infirmité congénitale prévue au chiffre 325 OIC. Selon le texte légal, la reconnaissance de cette infirmité suppose en effet qu'une exsanguino-transfusion ait été nécessaire. Or, en l'espèce, aucune transfusion n'a été entreprise, puisqu'un traitement de photothérapie s'est révélé suffisant pour soigner l'appelée en cause.

La recourante ne prétend pas que l'assurée aurait souffert d'autres infirmités congénitales que celles prévues aux chiffres 325 et 497 OIC. Le Dr C_____ n'en signale au demeurant aucune (cf. son rapport du 21 janvier 2014).

En l'absence d'infirmité congénitale, c'est à juste titre que l'intimé a refusé de prendre en charge les frais de l'hospitalisation du 6 au 13 août 2013 à titre de mesures médicales.

11. La chambre de céans dispose de tous les éléments nécessaires pour statuer sur le droit de l'assurée à des mesures médicales de l'assurance-invalidité. Partant, la conclusion de la recourante tendant au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire sera rejetée, par appréciation anticipée des preuves.

À cet égard, on rappellera que si un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque, comme en l'espèce, les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61).

12. Mal fondé, le recours est rejeté.

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite, la recourante supporte l'émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

Il n'y a pas lieu de mettre l'émolument à charge de l'intimé, vu l'instruction succincte mais suffisante de l'OAI et la confirmation de la décision litigieuse.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.– 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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