RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1274/2020 **ATAS/354/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 avril 2021

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1970, a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 18 décembre 2015 à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé).

2. Dans un rapport du 13 mai 2016, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de la permanence médico-chirurgicale de Plainpalais, a indiqué avoir vu l'assurée les 12 et 19 octobre 2015, le 18 janvier 2016 et le 15 février 2016. Son état psychique était fluctuant. Elle souffrait d'un trouble dépressif avec symptômes somatiques, à savoir des douleurs ostéo-musculaires. Elle pourrait travailler à temps partiel, selon l'évolution somatique. Une réadaptation au travail à 50% pourrait s'avérer bénéfique du point de vue psychiatrique.

3. L'assurée a retiré sa demande de prestation du 18 décembre 2015, sans conditions ni réserves, le 7 juillet 2016.

4. Le 8 juillet 2016, l'OAI a pris acte de ce retrait et considéré la demande de l'assurée du 18 décembre 2015 comme nulle et non avenue.

5. Le 30 octobre 2017, la Dresse B_____ a certifié que l'assurée était en traitement chez elle depuis le 2 octobre 2017 pour maladie et que sa capacité de travail était nulle dès le 1er novembre 2017 pour une durée indéterminée.

6. Le 6 novembre 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité. Elle souhaitait obtenir une réadaptation professionnelle. Elle était en incapacité de travail à 100% depuis le 2 octobre 2017. Elle avait travaillé en dernier lieu comme serveuse et pour du ménage à 100%, de mars à décembre 2016, pour un revenu brut d'environ CHF 3'900.- par mois. Son employeur était le café-restaurant « C_____». Elle avait également travaillé comme serveuse et cuisinière à 60%, d'avril à décembre 2015, pour un revenu brut de CHF 2'600.- par mois, pour le café-restaurant « D_____». Elle souffrait de dorsalgies, cervicalgies, diabète II et dépression depuis des années.

7. La Dresse B_____ a attesté, le 26 novembre 2018, que l'assurée était suivie en psychiatrie depuis 2016. Elle souffrait de problèmes somatiques (diabète II et obésité). Son problème de dépression récurrent était actuellement aggravé par des motifs financiers, de séparation de couple très conflictuelle et des problèmes sociaux, soit la difficulté de trouver un appartement pour elle et son fils. Sa capacité de travail était actuellement de 0%.

8. Le 26 novembre 2018, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie viscérale, a indiqué que l'assurée était suivie depuis de nombreuses années par son établissement et qu'elle souffrait de :

   - diabète II ;
   - obésité ;
   - maladie de Scheuermann cervico-dorso-lombaire ;
   - discopathies lombaires avec des crises de lombosciatalgie droite ;

- hypertension artérielle depuis 2017 ;
- otite moyenne gauche avec tympan cicatriciel du côté gauche depuis 2016.

Sa capacité de travail était actuellement de 0%.

9. L'office cantonal de l'emploi a informé l'OAI le 7 décembre 2018 que l'assurée avait été inscrite au chômage du 4 janvier 2017 au 3 janvier 2019, qu'elle n'avait actuellement pas de droit au chômage et qu'elle recherchait une activité à 100%.

10. Selon un rapport médical établi le 7 décembre 2018 par le Dr E_____, la capacité de travail de l'assurée était de - 25%. L'assurée était limitée à l'effort physique. On pouvait s'attendre à cinq heures de travail par jour de sa part dans l'activité exercée jusqu'ici et de trois à cinq heures dans une activité tenant compte de son atteinte à la santé.

11. Le 15 janvier 2019, la Dresse B_____ a indiqué à l'OAI que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent (F33) et, depuis 2012 suite à son divorce, d'insomnies, d'angoisses, de fatigue, de douleurs ostéo-articulaires et de diabète de type II. Elle avait des symptômes dépressifs, de la fatigue ++, une anhédonie, un surpoids et une labilité émotionnelle. Elle était orientée dans les trois modes avec un certain ralentissement psychomoteur (obésité), une labilité émotionnelle et des troubles de la concentration. Elle souffrait d'insomnies et avait un discours négatif, mais pas d'idées suicidaires. Il n'y avait pas de troubles psychotiques. Le matin, elle amenait son fils à l'école, faisait les commissions et le repas, allait chercher son fils à l'école, puis restait ensuite à la maison et regardait la télévision. Elle faisait un peu de ménage et cuisinait. Elle avait une fatigue importante liée aux troubles somatiques (HTA, diabète, discopathie). Elle avait trois enfants dont deux de 20 et 17 ans, qui habitaient avec leur père. Le dernier habitait avec elle. Elle était séparée depuis quelques années de son compagnon.

    Du point de vue psychiatrique, les atteintes à la santé de l'assurée qui avaient un impact sur la capacité de travail étaient des troubles liés à des facteurs de stress et des troubles somatoformes (F40). Actuellement, sa capacité de travail était de 0%, en raison de son état psychique et de ses troubles somatiques (diabète, discopathie). Les limitations fonctionnelles étaient de la fatigue, une obésité, des troubles de la concentration et des douleurs ostéo-musculaires. Une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dépendait de son évolution physique et psychique. Il faudrait évaluer ses capacités de travail en réadaptation. Elle avait un rendez-vous toutes les deux semaines et prenait du Cymbalta 60 mg par jour et du Seroquel 25 mg, en réserve.

12. Dans un rapport du 5 novembre 2018, le docteur F_____, médecin adjoint agrégé et responsable d'unité du département des spécialités de médecine des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), a indiqué que l'assurée avait un diabète de type II avec des complications microvasculaires. Le médicament Ozempic était augmenté à 1 mg par semaine. Il fallait prévoir un rendez-vous en

chirurgie pour discuter d'un bypass gastrique. L'assurée serait convoquée au début 2019.

13. Dans un rapport du 25 février 2016, le docteur G_____, rhumatologue FMH, a indiqué suivre l'assurée depuis le 26 janvier 2016. Elle était connue pour des problèmes de lombalgies de longue date entraînant un handicap professionnel pendant presque deux ans. Elle avait repris son activité professionnelle en juillet 2015. Toutefois, suite à des activités contraignantes au niveau du rachis, elle avait développé des cervico-brachialgies à droite. Elle continuait à présenter des douleurs lombaires à droite, avec une irradiation à la face extérieure de la jambe jusqu'au niveau de la cheville, associée à des fourmillements épisodiques au niveau du gros orteil. Ses douleurs étaient aggravées lors du port de charges, lorsqu'elle était penchée en avant et limitaient le périmètre de marche. Elle décrivait également des réveils nocturnes deux à trois fois par nuit ainsi qu'un dérouillage matinal d'environ une demi-heure.

    À l'examen clinique, une hyperlordose lombaire était constatée. L'inclinaison à droite et l'extension provoquaient des douleurs lombaires à droite. À la palpation, on retrouvait une douleur segmentaire au niveau L4-L5 doit et L5-S1 droit associée à une périarthrite de la hanche.

    Sous appréciation, le médecin a indiqué que l'examen clinique évoquait principalement un syndrome facettaire L4-L5, voire L5-S1 à droite. L'assurée avait été adressée dans un centre de radiologie où elle avait effectué, le 2 février 2016, une épidurale postérieure L4-L5 sous contrôle scopique et scannographique et, le 9 février suivant, une infiltration des facettes postérieures L4-L5 et L5-S1 à droite et péri-radiculaire L4-L5 à droite. L'évolution était plutôt favorable avec la disparition des douleurs dans la jambe droite, la persistance de lombalgies modérées ainsi que des douleurs cervicales résiduelles plutôt de type musculaire. Une physiothérapie active était proposée comme suite de traitement.

14. Le 14 mai 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise médicale approfondie était nécessaire et qu'elle serait effectuée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après la CRR) par le docteur H_____, médecine interne générale, le docteur I_____, psychiatrie et psychothérapie et la doctoresse J_____, rhumatologie.

15. À teneur du rapport d'expertise établi le 28 août 2019 par la CRR, sur le plan rhumatologique, l'assurée avait bénéficié de multiples investigations, notamment une IRM lombaire, qui avaient conduit le rhumatologue traitant à conclure à un syndrome facettaire au niveau lombaire. Les lombalgies étaient très anciennes chez cette assurée, qui avait exercé le métier parfois exigeant sur ce plan de serveuse. L'examen du rachis montrait cliniquement une limitation de la mobilité, principalement au niveau lombaire. Tant les inclinaisons que les extensions étaient douloureuses et l'on constatait une importante limitation de la distance doigts-sol. L'examen radiologique pratiqué le jour même de l'expertise avait confirmé l'existence de troubles dégénératifs avec ostéophytose au niveau lombaire, mais pas

d'importante discopathie. Il n'y avait d'ailleurs aucun signe radiculaire à l'examen clinique. L'existence de rachialgies non spécifiques (M54.5) pouvait être retenue chez cette assurée. L'expert rhumatologue s'étonnait de l'exacerbation intense et rapide des douleurs ces dernières années, mais il n'avait pas constaté de signe de non-organicité, de comportement démonstratif, ni un parasitage de son examen clinique.

Sur le plan de la médecine interne, l'assurée n'avait pas fait l'objet d'investigations spécifiques durant l'expertise. Les rapports du diabétologue traitant étaient suffisamment complets et précis à ce stade pour conclure que le diabète ne s'associait pas à des complications micro ou macro-vasculaires, qui seraient les plus susceptibles d'être incapacitantes.

On notait une neuropathie débutante, sous la forme d'une diminution de la pallesthésie au niveau des malléoles. Mais aucun syndrome douloureux ou déficitaire sur le plan sensitif ne faisait partie des plaintes. Cette neuropathie diabétique débutante était donc sans aucune conséquence clinique susceptible d'être responsable d'une incapacité de travail.

L'expert psychiatre avait été frappé par la prédominance des plaintes douloureuses de l'assurée et par l'absence de plaintes spontanées sur le plan psychique. Sur demande, celle-ci rapportait des périodes pendant lesquelles elle était nerveuse, et angoissée, qui la contraignait à prendre du Xanax. Elle décrivait aussi des troubles du sommeil, une baisse de l'appétit avec une perte de poids déclarée et une fatigue reliée à sa symptomatologie algique, mais elle n'affichait pas d'idées marquées de dévalorisation.

Au status, l'expert avait observé une assurée ouverte, la plupart du temps souriante, affichant une labilité affective durant l'entretien.

En l'absence de signes patents actuels de dépression, l'expert retenait un épisode dépressif moyen (F32.1), actuellement en rémission. Il s'écartait et discutait les conclusions de la Dresse B_____, qui avait retenu un trouble dépressif récurrent, aucune récurrence n'étant démontrée selon lui. La rémission de l'épisode actuel était corroborée par l'échelle de dépression MADRS, dont le score de 9/60 était inférieur à celui d'une symptomatologie dépressive légère.

L'expert constatait une ingénuité dans le contact, une labilité émotionnelle. L'anamnèse retrouvait chez l'assurée des décisions impulsives et un passage à l'acte médicamenteux. L'ensemble parlait en faveur de traits de personnalité labile et immature insuffisants pour constituer un trouble de la personnalité. L'anamnèse biographique ne retrouvait ni les conditions de développement dans l'enfance et adolescence, habituellement à l'origine d'un tel trouble, ni des troubles du fonctionnement, tels qu'une instabilité professionnelle ou affective, permettant de retenir un tel diagnostic de trouble de la personnalité constitué.

Le rapport mentionnait que l'assurée était une femme de 49 ans, d'origine portugaise. Elle n'avait été scolarisée que jusqu'à 11 ans et avait contribué ensuite

aux travaux agricoles et ménagers de ses parents. Elle s'était finalement établie en Suisse en 1989 où, après une activité de garde d'enfants, elle avait exercé de manière apparemment continue le métier de serveuse dans la restauration. Sa biographie était assez simple, avec la naissance de deux enfants d'un premier mariage, puis d'un troisième dans le cadre d'une union, sur un « coup de foudre », avec un client de l'établissement où elle travaillait. Elle s'était séparée du père de ce dernier enfant récemment et élevait seule ce dernier.

L'assurée n'affichait pas, au cours des examens respectifs des experts, une démonstrativité significative et sa collaboration aux examens avait été bonne, avec très peu d'autolimitations lors de l'examen des amplitudes articulaires. Les experts avaient été frappé par l'importance des plaintes douloureuses par rapport aux constations objectives. L'intensité des douleurs, telle qu'elle était actuellement cotée spontanément, était certainement excessive.

S'agissant des indicateurs, l'observance du traitement n'était pas douteuse. La cohérence par contre était largement battue en brèche par le hiatus entre l'intensité des plaintes et les constatations objectives. Elle l'était aussi par la description par l'assurée, d'ailleurs tout à fait sincère et authentique, de sa vie quotidienne : elle était capable de marcher plusieurs heures par jour, notamment pour aller chercher son fils, et de monter à plusieurs reprises les étages qui la conduisaient à son appartement. Elle ne relatait aucune limitation significative dans ses activités ménagères. Le caractère plausible d'une incapacité de travail professionnelle était donc non cohérent avec le maintien d'une activité quotidienne normale.

Sur le plan somatique, les rachialgies étaient néanmoins responsables de limitations fonctionnelles dans des activités très lourdes nécessitant des ports de charges réguliers de 10 kg et les positions répétées en porte-à-faux du dos.

Dans l'activité de serveuse, qui généralement n'impliquait pas de tels efforts, la baisse de rendement était jugée de 30% au maximum. Dans une activité qui éviterait totalement la sollicitation du rachis lombaire, l'exigibilité médico-théorique serait entière.

En l'absence d'épisode dépressif caractérisé actuellement, l'évaluation par le psychiatre des ressources, selon le schéma du mini-CIF-APP, concluait à l'absence de limitations suffisantes dans des emplois peu exigeants sur le plan cognitif, tels que ceux exercés par l'assurée durant son parcours professionnel.

Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail avait été attestée par le psychiatre traitant le 2 octobre 2017. Elle était alors jugée totale. Un an plus tard, en décembre 2018, la psychiatre traitante maintenait la même incapacité totale. L'expert psychiatre considérait que si une incapacité de travail avait été présente dans le passé, elle était partielle et au maximum de 50%.

L'incapacité dans l'activité antérieure avait débuté le 2 octobre 2017. La dernière rupture de l'expertisée avait coïncidé avec une amélioration sur le plan psychique et l'incapacité à 50% dans toute activité n'était plus présente depuis lors, soit depuis

début février 2019. Au-delà de cette date, une baisse de rendement de 30% dans l'activité antérieure persistait, en raison des rachialgies.

L'assurée vivait dans un studio fourni par l'aide sociale. Il n'y avait qu'une pièce, où elle habitait avec son fils de 7 ans. L'appartement était au troisième étage sans ascenseur. Les toilettes et la salle de bain étaient communes pour trois locataires.

Les journées étaient assez régulières, constituées par les soins à l'enfant, qu'elle conduisait à l'école à 8h, pour aller le rechercher pour le repas de midi, le reconduire et enfin le reprendre à l'école en fin d'après-midi. Tout cela occasionnait pas mal de déplacements, de marche à pied et de montées des escaliers. Les journées, principalement les après-midis, étaient consacrées aux tâches ménagères, à la lessive et aux courses. L'assurée assurait l'ensemble de toutes ces activités toute seule. Il lui arrivait de se promener, en particulier avec son fils. Elle allait en général au parc et de temps en temps jusqu'au lac. L'assurée marchait ainsi en moyenne, assez lentement mais régulièrement, plus de deux heures par jour. Elle vivait seule et n'avait pas de compagnon.

16. Dans un avis du 18 novembre 2019, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise.

17. Par projet de décision du 10 décembre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait un statut de personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. À l'issue de l'instruction médicale, il lui reconnaissait une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle de serveuse, du 2 octobre 2017 (début du délai d'attente d'un an) au 31 janvier 2019, puis de 30% dès le 1er février 2019. Dès cette date, il considérait que sa capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée à son état de santé. À l'échéance du délai d'attente, soit le 2 octobre 2018, l'incapacité de travail de l'assurée se confondant avec l'incapacité de gain de 50%, le droit à une demi-rente était en principe reconnu. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée le 6 novembre 2018, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du mois mai 2019, en application de l'art. 29 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20) (demande tardive). Or, à cette date, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée était déjà exigible.

Compte tenu de cette capacité de travail résiduelle, l'OAI avait évalué le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle en procédant à une comparaison du revenu que l'assurée pourrait obtenir de son activité lucrative si elle n'était pas atteinte dans sa santé (revenu sans invalidité) avec celui qu'elle pourrait réaliser malgré cette atteinte (revenu avec invalidité). Le résultat de cette opération était le manque à gagner, en d'autres termes la perte de gain due à l'invalidité. Cette dernière, exprimée en pourcentage, indiquait le taux d'invalidité.

Il ressortait de la comparaison des gains effectuée que l'invalidité dans la sphère professionnelle se calculait de la manière suivante :

- revenu sans invalidité CHF 55'045.-

- revenu avec invalidité CHF 49'540.-

Soit une perte de gain de CHF 5'505.- et un taux d'invalidité de 10%. Un taux inférieur à 40% n'ouvrait pas de droit à des prestations de l'assurance-invalidité, sous forme de rente.

Des mesures professionnelles n'étaient en outre pas indiquées dans la situation de l'assurée. Avaient droit à l'orientation professionnelle, les assurés qui, étant limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure en raison de leur invalidité, avaient besoin d'une orientation professionnelle spécialisée. Au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services, il s'avérait qu'un nombre significatif de ces activités était adapté aux limitations fonctionnelles liées à son état de santé de santé, de sorte qu'une intervention de l'OAI n'était pas nécessaire.

Les mesures de reclassement professionnel avaient pour but de réduire le dommage, en procurant une nouvelle capacité de gain, à peu près équivalente à celle de l'activité antérieure, pour autant que la perte de gain subie soit durable et de l'ordre de 20% environ entre l'activité accoutumée et les activités exigibles sans formation. Dans le cas de l'assurée, la condition de la perte de gain de 20% n'était pas remplie.

Le droit à l'aide au placement était ouvert lorsque le handicap posait des problèmes dans la recherche d'un emploi ou qu'un accompagnement était requis pour se présenter auprès d'un employeur. L'assurée ne présentait pas de limitation spécifique liée à son atteinte à la santé compromettant la recherche d'un emploi. Le droit à l'aide au placement n'était donc pas ouvert.

18. Selon une note sur la détermination du degré d'invalidité du 5 décembre 2019, le revenu avec invalidité avait été fixé sur la base de l'Enquête Suisse sur la structure des Salaires (ci-après ESS), dès lors que l'assurée n'avait pas repris d'activité lucrative (tableau TA1 tous secteurs confondus, ESS 2016), avec un abattemenet de 10% en raison des limitations fonctionnelles. Le revenu sans invalidité avait été fixé sur la même base, en l'absence de données salariales concrètes.

19. Le 4 janvier 2020, l'assurée a informé l'OAI que son état de santé se détériorait progressivement et qu'elle ne pouvait plus travailler. Elle vivait toute seule avec son fils de 7 ans dans une chambre et contestait la décision de l'OAI.

20. Le 8 janvier 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il lui appartenait d'apporter des éléments complémentaires pour démontrer son droit aux prestations.

21. Le 9 mars 2020, l'assurée a produit :

- une attestation établie par l'Hospice général le 6 mai 2019 indiquant que l'assurée bénéficiait de son aide financière selon la LIASI (aide sociale).
- un rapport établi le 21 octobre 2019 par la Dresse B_____ attestant que l'assurée était suivie par elle en psychiatrie depuis 2016, qu'elle habitait dans une chambre avec son fils de 7 ans en situation précaire et qu'elle nécessitait un

appartement avec une chambre pour enfant afin d'améliorer ses conditions de vie.

- un rapport établi le 11 février 2020 par la Dresse B_____ indiquant que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, avec une évolution fluctuante, voire une aggravation, sans facteurs socio-professionnels. Elle avait également des problèmes somatiques (diabète, surpoids) et des douleurs ostéo-musculaires. Son état psychique nécessitait une stabilité somatique. Sa capacité de travail était actuellement de 100%.
- un rapport établi le 5 février 2020 par le Dr E_____ indiquant que l'assurée était en traitement et surveillance pour des affections chroniques invalidantes depuis 2015. Elle souffrait de la maladie de Scheuermann, de cervico-lombalgies avec discopathies L2-L4 qui nécessitaient des séances de physiothérapie et des infiltrations vertébrales. La discopathie lombaire avait induit une bascule du bassin avec une différence de 5 mm en faveur du côté droit d'où une difficulté à la marche. Depuis mars 2019, l'assurée manifestait une symptomatologie d'un syndrome du canal carpien gauche confirmée par un examen neurologique et un ENMG.
- un rapport établi le 11 février 2019 par le Dr F_____, qui avait constaté qu'il paraissait difficile en l'état d'envisager un bypass gastrique et qu'il avait proposé à l'assurée d'être suivie au Centre d'enseignement thérapeutique pour maladie chronique afin d'avoir une prise en charge plus globale de son obésité. Elle planifiait actuellement quelques modifications personnelles et de style de vie. Elle présentait une neuropathie périphérique sans autre complication.
- un rapport établi par le Dr F_____ le 11 février 2020 indiquant que l'assurée souffrait d'un diabète de type II, mais pas d'hypoglycémie. Elle mentionnait un gonflement des mains durant la nuit avec des sortes de paresthésies. Elle avait parfois des douleurs aux membres inférieurs au niveau des orteils gauches. La procédure post-chirurgie bariatrique pour un bypass gastrique était en suspens, car la patiente devrait d'abord avoir un suivi diététique, mais elle avait du mal à l'admettre et le suivre. Au vu de la stabilité sur le plan diabétologique, le médecin reverrait l'assurée dans six mois pour un nouveau contrôle de l'hémoglobine.
- un rapport établi le 20 avril 2020 par la Dresse B_____ indiquant que l'état de santé de l'assurée ne lui permettait pas de travailler actuellement.
- un rapport établi le 6 juin 2019 par le docteur K_____, spécialiste FMH en neurologie, qui avait procédé à un examen neurologique de l'assurée. L'examen ENMG des membres supérieurs montrait les signes d'un syndrome du tunnel carpien gauche assez important sur le plan sensitif. Du côté droit, l'examen montrait un ralentissement modéré de la vitesse de conduction sensitive au carpe, comme on pouvait le voir même longtemps après une décompression chirurgicale lorsque l'atteinte avait été importante. Le reste de l'examen était

tout à fait normal. En ce qui concernait les douleurs de la main droite, elles ne semblaient pas d'origine neurologique.

- un rapport établi le 7 février 2018 par le docteur L_____, médecin radiologue FMH, indiquant, suite à une échographie inguinale gauche du 7 février 2018, qu'il n'y avait pas de hernie inguinale, crurale ou de Spiegel objectivée lors de cet examen.
- un rapport établi le 26 février 2018 par le Dr L_____ indiquant, suite à une échographie du coude droit de l'assurée du 26 février 2018, que les signes échographiques étaient compatibles avec une atteinte inflammatoire du ligament collatéral externe.
- un rapport établi le 8 octobre 2018 par le Dr L_____ indiquant que l'assurée souffrait d'une discopathie significative L1-L2 et d'une discopathie modérée L2-L3 et L3-L4.
- un rapport établi le 4 mars 2019 par le Dr L_____ constatant, suite à une échographie de la paroi abdominale antérieure du 4 mars 2019, qu'il n'y avait pas de collection, ni de hernie ombilicale objective.
- un rapport établi le 5 juillet 2019 par le Dr L_____ concluant, suite à un examen du bassin et de la hanche droite de l'assurée du 3 juillet 2019, qu'il y avait une bascule du bassin avec une différence de 5 mm en faveur du côté droit et pas de coxarthrose.
- un rapport établi le 9 mars 2020 par le Dr L_____ indiquant que l'abdomen de l'assurée était d'aspect échographique normal.

22. Selon un avis médical du 13 mars 2020, le SMR indiquait avoir pris connaissance des pièces versées par l'assurée depuis son rapport du 18 novembre 2019, lesquelles n'invalidaient pas sa position de novembre 2019.

23. Par décision du 13 mars 2020, l'OAI a confirmé son refus d'octroi à l'assurée d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Les nouvelles pièces médicales reçues le 9 mars 2020 suite à la contestation du projet de décision n'apportaient aucun fait nouveau et ne permettaient donc pas de modifier sa précédente appréciation.

24. L'assurée a formé recours le 23 avril 2020 contre la décision de refus de rente d'invalidité, demandant à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'évaluer sa situation de santé et psychosociale.

25. Par réponse du 25 mai 2020, l'intimé a relevé que la recourante avait fait l'objet d'une expertise bidisciplinaire auprès de la CRR dont le rapport du 28 août 2019 devait se voir reconnaître une pleine valeur probante au regard des critères jurisprudentiels. L'assurée contestait sans réelle motivation l'évaluation médicale et psychosociale effectuée par l'OAI. L'évaluation médicale ne prêtait pas le flanc à la critique et la recourante n'avait apporté aucun élément médical objectif permettant

de remettre en cause les conclusions des experts. Les facteurs psychosociaux ou socioculturels sortaient du champ de l'assurance-invalidité, ne figurant pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain, au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. En conséquence, l'intimé concluait au rejet du recours.

26. Le 17 août 2020, la Dresse B_____ a indiqué que la recourante souffrait de multiples problèmes somatiques : obésité, diabète instable et découverte d'un nodule thyroïdien, actuellement en investigation. Elle souffrait également de dépression chronique avec plusieurs rechutes, d'un état physique avec une évolution plutôt aggravée avec fatigue, trouble de la concentration, labilité émotionnelle importante et insomnie. Son état nécessitait une réévaluation afin de déterminer sa capacité à travailler à long terme, si nécessaire, dans une activité adaptée, de préférence à temps partiel. Il fallait aussi examiner l'évolution des troubles somatiques avec ses médecins spécialistes.

27. Le 8 septembre 2020, l'intimé a maintenu ses conclusions sur la base d'un rapport du SMR du 3 septembre 2020, qui estimait que la Dresse B_____ n'amenait pas de nouveaux éléments objectifs dans son dernier rapport, mais décrivait des plaintes, principalement subjectives, et postérieures à la décision. S'agissant du nodule thyroïdien, il n'entraînait pas d'incapacité de travail et était postérieur à la décision.

28. La recourante a été entendue par la chambre de céans le 10 février 2021.

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), 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 LAI.

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^{e} jour avant Pâques au 7^{e} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

5. 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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et

qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

6. Les atteintes à la santé psychique 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 maladif, 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

   En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au

niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

Il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs sont les suivants :

a. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic.

b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

c. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

d. Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

f. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

g. Il faut examiner en suite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic

retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

   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. À 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

   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.

   Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge

ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. 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).

9. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant

l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même tabelle statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalide (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

10. En l'espèce, la décision querellée est fondée sur une expertise de la CRR, qui remplit les réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les rapports de la psychiatre traitante de la recourante, la Dresse B_____, ne suffisent pas à remettre en cause les conclusions des experts, dès lors qu'ils sont relativement brefs, voire contradictoires. En effet, son rapport du 13 mai 2016 retenait une capacité de travail de 50%. Son rapport du 11 février 2020 retenait une capacité de travail actuelle de 100% et celui du 20 avril 2020 une incapacité totale de travailler sans motivation expliquant ce changement. Le 17 août 2020, la Dresse B_____ ne semblait plus exclure une capacité de travail de la recourante, puisqu'elle estimait

que son état nécessitait une réévaluation afin de déterminer sa capacité à travailler à long terme.

Les rapports établis les 26 novembre et 7 décembre 2018 par le Dr E_____ divergent quant à la capacité de travail de la recourante, sans motivation. Ils ne suffisent pas non plus à remettre en cause l'appréciation de la CRR.

Il en résulte que la capacité de travail retenue par l'intimé dans la décision querellée est bien fondée. La recourante n'a pas émis de grief contre le calcul de l'invalidité effectué par l'intimé, qui n'appelle pas la critique. La décision du 13 mars 2020 doit ainsi être confirmée.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al.1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À 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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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