REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/205/2007 **ATAS/909/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 29 août 2007

En la cause

Madame S_____, domiciliée , CHENE-BOUGERIES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin	recourante

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique JECKELMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame S_____, née le 1962, divorcée, travaillait en qualité d'assistante d'agence pour le compte de la X_____ à Genève, à plein temps.

2. Le 31 juillet 2001, l'assurée a été victime d'un accident à son domicile. En tombant du haut d'une chaise, elle s'est blessée à la cheville gauche.

3. Dans le rapport médical initial du 9 août 2001 à l'attention de LA SUISSE, ASSUREUR-ACCIDENT, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne, diagnostique une contusion du pied gauche, avec déchirure ligamentaire. L'assurée est en arrêt de travail à 100% dès le 7 août 2001. L'entorse a été compliquée par une algoneurodystrophie de Südeck, diagnostiquée en 2002. L'assurée n'a pas repris le travail depuis lors et l'employeur a résilié le contrat au 30 novembre 2001.

4. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 4 mars 2003, visant à l'obtention d'une rente.

5. Dans un rapport daté du 10 mars 2003, la Dresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive depuis le 17 janvier 2003 et du point de vue somatique, de douleurs chroniques sur algodystrophie de Südeck, diagnostiquée en avril 2002 après une déchirure ligamentaire de la cheville gauche le 31 juillet 2001. L'incapacité de travail est de 100% en tant que secrétaire. Selon la Dresse B_____, le trouble dépressif est en soi handicapant au point d'induire un arrêt de travail à 100% dans le cadre de cette maladie.

6. A la demande de l'OCAI, la Dresse C_____, spécialiste FMH en rhumatologie-médecine interne, a établi un rapport en date du 4 avril 2003 dans lequel elle a posé les diagnostics d'état dépressif sévère, de syndrome douloureux chronique diffus depuis 2002, un status post-entorse de la cheville gauche avec algoneurodystrophie secondaire à l'accident du 31 juillet 2001, ainsi qu'une épicondylite chronique du coude gauche. L'incapacité de travail dans l'activité d'employée de bureau / vendeuse est de 100% depuis le 31 juillet 2001. L'état de santé est stationnaire, la capacité de travail pouvait peut-être être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles étaient éventuellement indiquées.

7. Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, la Dresse C_____ indique qu'en raison des douleurs, l'assurée ne peut plus assurer son travail. On ne pouvait en ce moment améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ni exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité.

8. La Dresse D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI en date du 20 septembre 2003. Elle a posé les diagnostics de douleurs non-systématisées, mécaniques, déclenchées par une entorse de la cheville depuis le 31 juillet 2001. L'incapacité de travail est de 100% du 31 juillet 2001 au 31 décembre 2001 en raison de l'accident et à 100% dès le 1er janvier 2002, pour cause de maladie. Cliniquement, sur le plan orthopédique des membres inférieurs, l'examen est normal. Toutefois, la patiente doit se traiter sur le plan psychiatrique avant toute réinsertion professionnelle.

9. Selon un rapport établi par la Dresse E_____ spécialiste en médecine physique et rhumatologie, en date du 24 octobre 2003, les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail sont les suivants: épicondylite du coude gauche, scoliose dorsolombaire avec discrète bascule du bassin, hypercyphose et spondylose dorsale antérieure et minime rétrolisthésis de L5. Anamnéstiquement: algodystrophie ayant fait suite à une entorse de la cheville gauche en 2001. Anamnéstiquement: cervicarthrose diagnostiquée en 2002. Le médecin indique qu'elle n'a pas donné d'incapacité de travail à cette patiente qu'elle a suivie du 28 novembre 2002 au 17 mars 2003.

10. Questionnée à nouveau par l'OCAI, la Dresse B_____ a indiqué en date du 22 septembre 2005 qu'elle ne suit plus cette patiente à sa consultation depuis 2003, de sorte qu'elle ne pouvait pas répondre au questionnaire. Le dernier examen médical datait du 16 juin 2003.

11. La Dresse C_____ a établi un nouveau rapport médical à l'attention de l'OCAI en date du 2 novembre 2005. Elle a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique diffus, probable état dépressif chronique depuis 2002 et un status post-entorse de la cheville gauche avec maladie de Südeck depuis 2001. L'incapacité de travail est de 100% depuis le 31 juillet 2001. Le médecin traitant indique que l'assurée n'arrive plus à assumer un travail et que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'est pas exigible, car elle a trop de douleurs et est trop dépressive. Un travail serait possible à 50% dans une activité légère, l'assurée doit souvent changer de position, elle ne peut rester assise ou debout longtemps, doit éviter la position à genoux, les horaires de travail irréguliers, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente.

12. Sur proposition du Service médical régional AI SMR Suisse-romande, l'OCAI a ordonné un examen bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique et a mandaté le SMR à cet effet.

13. L'assurée a été examinée en date du 13 février 2006 par le Dr F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et rééducation, ainsi que par le Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans le rapport d'examen du 21 juillet 2006, il est relevé que sur le plan ostéoarticulaire, il existe une tendinite

modeste du muscle supra-épineux droit, se manifestant par une mobilisation douloureuse, une sensibilité accrue avec 5 points de Smythe positifs sur 18 parlant pour une composante de type fibromyalgique. Sur la base des comptes-rendus radiologiques du dossier, les médecins concluent à une entorse de grade II de la cheville gauche avec suspicion de maladie de Südeck secondaire, sans lésion osseuse traumatique ou dégénérative de la cheville et du pied. Du point de vue psychiatrique, l'expert relève qu'à partir du mois de septembre 2001, l'assurée va présenter un épisode dépressif sévère, réactionnel au contexte professionnel (harcèlement, licenciement) d'une durée de plus de douze mois, avec début d'une prise en charge psychiatrique en janvier 2003. Suite à une nouvelle rechute dépressive vers la fin 2003, l'assurée entreprend une psychothérapie cognitive en 2004, avec un autre psychothérapeute.

Dans l'appréciation consensuelle du cas, le SMR relève que les éléments du dossier ne permettent pas d'affirmer avec certitude le diagnostic de la maladie de Südeck; en effet, hormis la scintigraphie qui est compatible, mais non spécifique, l'IRM du 1er octobre 2001 et la consultation spécialisée de la douleur des HUG des 31 juillet et 2 septembre 2002 ne peuvent confirmer ce diagnostic. L'assurée n'utilise plus de canne anglaise pour se déplacer depuis l'été 2002. Le traitement de Miacalcic introduit par la maladie de Südeck a été stoppé fin 2005, l'assurée ne prenant actuellement plus de contre-douleur ou d'anti-inflammatoire. Sur le plan psychiatrique, l'examen a permis de constater la présence d'une symptomatologie dépressive de sévérité moyenne, avec syndrome somatique, accompagné de symptomatologie douloureuse diffuse changeante. Les médecins ont relevé qu'une comorbidité psychiatrique antérieure au syndrome douloureux somatoforme persistant a été constatée, oscillant entre sévère de septembre 2001 à janvier 2003 et moyenne depuis début 2004 jusqu'au moment de l'entretien. Les médecins ont noté un isolement social important. Des traitements psychiatriques conformes aux règles de l'art entrepris avec la collaboration de l'assuré sont restés modérément efficaces. Le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail est celui de trouble dépressif récurrent, épisodes moyens à sévères, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. En revanche, le status post-entorse modérée de la cheville gauche et maladie de Südeck, la tendinite du muscle supra-épineux droit et les lombalgies communes, non irritatives et non déficitaires n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles psychiatriques consistent en une perte d'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables, un pessimisme vis-à-vis de l'avenir, un sentiment d'inutilité et un manque de confiance en soi. Le SMR considère que depuis septembre 2001, il y a une incapacité de travail de 20% au moins suite à l'épisode dépressif sévère réactionnel au harcèlement vécu dans son travail; la sévérité de la symptomatologie dépressive va persister jusqu'en juin 2003 avec une incapacité de travail de 100%. Du point de vue rhumatologique, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail de longue durée égale à 20%. Avant juillet 2002, la présence

d'une algoneurodystrophie, qui n'est pas floride au vu des éléments du dossier, n'empêche pas une reprise progressive à 100% dans une activité de secrétaire. Sur le plan psychiatrique, il y a une amélioration en juin 2003 avec une nouvelle rechute à la fin de la même année. Cependant, l'intensité des symptômes présents au moment de l'examen du SMR déterminent une incapacité de travail de 50%, depuis janvier 2004, dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, pour raison psychique.

14. Le 14 août 2006, l'OCAI a notifié à la mandataire de l'assurée un projet d'acceptation de rente, aux termes duquel elle avait droit à une rente entière dès le 1er septembre 2002, réduite à une demi-rente dès le 1er avril 2004.

15. Par courrier des 18 août et 15 septembre 2006, l'intéressée a manifesté son désaccord avec ledit projet.

16. Par décision du 7 décembre 2006, l'OCAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2002 au 31 mars 2004, puis une demi-rente d'invalidité dès le 1er avril 2004, pour un degré d'invalidité de 50%. Cette décision est motivée par le fait que selon le SMR, depuis le mois de janvier 2004, l'assurée aurait pu reprendre son ancienne activité ou une autre activité, à mi-temps.

17. L'assurée, représentée par sa mandataire, interjette recours en date du 19 janvier 2007. Elle conteste la diminution de la rente dès le 1er avril 2004, alléguant que contrairement à ce que retient le SMR, les Dresses H_____, D_____ et le Centre multidisciplinaire d'évaluation et du traitement de la douleur des HUG ont diagnostiqué une algodystrophie de Südeck, qu'il convient de prendre en compte. Elle conclut préalablement à la mise en œuvre d'une expertise, confiée à un expert neutre spécialiste en médecine générale ou en rhumatologie, aux fins d'établir les conséquences de la maladie de Südeck sur sa capacité de travail résiduelle. Sur le fond, elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité sans réduction ni limitation.

18. Dans sa réponse du 5 mars 2007, l'OCAI conclut au rejet du recours, considérant que l'examen bi-disciplinaire du 21 juillet effectué par le SMR remplit tous les critères requis par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et que les atteintes à la santé physique de la recourante n'entraînent pas de conséquence sur sa capacité de travail.

19. Cette écriture a été communiquée à la recourante en date du 7 mars 2007.

20. Par décision du 9 mars 2007, le Vice-président du Tribunal de première instance a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 19 janvier 2007.

21. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La loi LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   En l'occurrence, le droit à la rente entière d'invalidité a été ouvert avant le 1er janvier 2003, alors que la diminution (contestée) de la rente a été fixée après le 1er janvier 2003. Dès lors, tant les dispositions matérielles que de procédure de la LPGA s'appliquent.

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

4. La recourante conteste la diminution de sa rente à une demi-rente d'invalidité dès le 1er avril 2004.

5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid.).

   Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient de relever que cette disposition n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de

l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88*a* al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels.

   Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans 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 à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

7. Pour pouvoir se déterminer sur le droit à des prestations, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   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).

   Enfin, s'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. En l'espèce, selon le rapport SMR du 21 juillet 2007, la recourante, suite à l'amélioration de l'état dépressif, est apte à reprendre son ancienne activité ou une activité adaptée à 50 % depuis le mois de janvier 2004, les suites de l'accident n'entraînant pas de répercussions sur sa capacité de travail.

   La recourante conteste l'appréciation du SMR, au motif que les répercussions de la maladie de Südeck sur sa capacité de travail n'ont pas été prises en compte.

   Le Tribunal de céans constate, au vu du dossier médical, que les radiographies pratiquées après l'accident, de même que l'IRM du 1er octobre 2002 n'ont pas montré de fracture de la cheville gauche. Quant à l'algoneurodystrophie, ce diagnostic a certes été évoqué, mais il convient de relever que les Dr I_____ et M_____, dans leurs rapports à l'assureur-accidents des 16 octobre et 6 novembre 2001, mentionnaient déjà la probabilité de facteurs psychosomatiques, alors que du point de vue objectif, il y avait peu de choses. La Dresse J_____, dans son rapport du 27 juin 2002 à l'assureur-accidents, déclare qu'elle avait pensé à une algoneurodystrophie en régression et que les radiographies du pied ont montré une ostéopénie diffuse. Le Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG, dans un rapport du 9 septembre 2002 à l'attention de la Dresse D_____ mentionne qu'il n'y a pas de signe d'algoneurodystrophie active résiduelle à l'examen clinique. La mobilité de la cheville est bonne, il n'y a pas d'inflammation. Les douleurs entrent dans le cadre d'une algoneurodystrophie en bonne voie d'évolution. La poursuite du traitement de calcitonine n'est plus justifié, à moins d'une rechute nette et objective. Mais les médecins se sont déclarés frappés par l'ébranlement émotionnel majeur causé par l'accident. En effet, malgré une évolution positive, les plaintes et l'appréhension anxieuse sont très importantes, de sorte qu'une prise en charge psychiatrique régulière reste indispensable. Quant à la Dresse K_____, médecine générale FMH, elle indique dans son rapport du 15 octobre 2002 à l'attention du médecin-conseil de l'assureur-accidents que tous les mouvements du pied et de la jambe gauche sont libres, il n'y a aucun oedème, les téguments normaux et le pronostic est bon. Cet avis rejoint celui de la Dresse L_____, qui mentionne en septembre 2003, que sur le plan orthopédique, l'examen clinique des membres inférieurs est normal.

   Ainsi, force est de constater que les conclusions du rapport d'examen du SMR, qui remplit au demeurant tous les réquisits de la jurisprudence pour se voir conférer pleine valeur probante, sont corroborées par celles des différents médecins ayant examiné la recourante sur la plan somatique. Il s'ensuit que c'est en raison principalement de son état psychique que la recourante a été empêchée de reprendre une activité lucrative, étant précisé que l'activité habituelle est adaptée. En revanche, suite à l'amélioration de la symptomatologie dépressive début 2004, elle est apte à reprendre son activité à 50 %. Pour le surplus, le dossier médical de la recourante est complet et une nouvelle expertise ne se justifie pas.

C'est en conséquence à bon droit que l'intimé a réduit la rente à une demi-rente d'invalidité dès le 1er avril 2004, conformément à l'art. 88*a* al.1 RAI.

9. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

L'émolument, fixé à 400 fr., est mis à la charge de la recourante (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

* * * * *

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette,

3. Met un émolument de 400 fr. à la charge de la recourante .

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Sylvie CHAMOUX	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