

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2811/2007

ATAS/719/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 18 juin 2008**

En la cause

Madame T\_\_\_\_\_, domiciliée à CHENE-BOURG, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître BRUCHEZ  
Christian

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique  
STOLLER-FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---



### EN FAIT

1. Madame T\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de vendeuse. Par la suite, elle a travaillé comme dactylographe à l'Etat de Genève. Puis, elle s'est perfectionnée en suivant des cours de comptabilité, de dactylographie, de sténographie. En dernier lieu, elle a travaillé en tant que comptable à l'Administration fiscale de l'Etat de Genève.
2. Le 23 octobre 1995, l'assurée est opérée par le Dr A\_\_\_\_\_, neurochirurgien, d'une spondylodèse L3-S1 avec greffe.
3. Par décisions du 1<sup>er</sup> mai 1998 et du 2 juin 1998, l'assurée est mise au bénéfice d'une rente entière du 1<sup>er</sup> octobre 1995 au 31 juillet 1996, puis d'une demi-rente à compter de cette date. Par décision du 24 août 1998, une rente entière lui est accordée à compter du 1<sup>er</sup> août 1998, sur la base d'un rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 30 juin 1998, par lequel il atteste des lombalgies postopératoires résiduelles, invalidantes, en barres, se péjorant ces derniers mois. Il indique dans ce rapport également que sa patiente ne peut tenir assise plus de trois minutes et porter aucune charge.
4. Le 11 juin 2004, l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OCAI) entame une procédure de révision.
5. Selon le rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 20 juillet 2004, l'assurée présente des lombalgies postopératoires résiduelles après cure de hernie discale et stabilisation lombaire, puis ablation du matériel d'ostéosynthèse. L'incapacité de travail est toujours totale et l'état est stationnaire. Dans les constatations objectives, il relève une raideur lombaire, une hypoesthésie cutanée et un Lassègue bilatéral. Le pronostic est peu encourageant.
6. Suite à une demande de renseignements de l'OCAI, le Dr A\_\_\_\_\_ convoque sa patiente à une consultation en date du 7 octobre 2004. Dans son courrier du 8 octobre 2004 à l'OCAI, ce médecin relève que la capacité de travail de sa patiente est nulle depuis mai 1998. Elle ne peut rester dans la même position plus de 45 minutes, la position assise est particulièrement pénible après 30 à 60 minutes, la marche ne dépasse pas 20 à 30 minutes et la position debout est fortement diminuée. Les limitations sont donc d'ordre mécanique avec une grosse difficulté à se pencher en avant, à se retourner, à se baisser et à rester assise ou debout. Quant à l'évolution, il déclare ce qui suit :

*"Il faut considérer cette histoire comme complètement chronifiée, donc stabilisée; j'ai de la peine à imaginer une amélioration quelconque dans cette histoire, même si la patiente est globalement améliorée par rapport à son état il y a 5 ans. Elle nécessite quelques séances de physiothérapie, parfois des infiltrations, des anti-inflammatoires."*

7. Le 31 mai 2005, l'assurée est examinée par le Dr C\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR). Dans son rapport du 8 juin 2005, ce médecin émet les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après discectomie L4-L5 en 1994, après spondylodèse L3-S1 avec greffe osseuse en 1995 et ablation du matériel d'ostéosynthèse en 1999. Il retient également des cervico-brachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques du rachis et d'une tendomyogélose en cascade du membre supérieur gauche. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne une arthrose nodulaire des doigts. Dans l'appréciation du cas, il explique qu'après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de spondylodèse, l'assurée a noté une amélioration légère de la symptomatologie douloureuse depuis un an et demi. Selon ses dires, les douleurs restent cependant encore handicapantes et s'accompagnent de cervicalgies et de douleurs généralisées aux diverses articulations. Au status, le Dr C\_\_\_\_\_ constate des troubles statiques du rachis, une mobilité lombaire diminuée, avec la présence de signes de Waddell positifs laissant suspecter la possibilité d'un syndrome d'amplification des troubles. Compte tenu des pathologies ostéoarticulaires, le médecin du SMR évalue la capacité de travail de l'assurée dans son ancienne activité de comptable à 50%. Dans les limitations fonctionnelles ostéoarticulaires, il fait état de la nécessité d'alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, d'une limitation pour le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg et pour le port régulier de charges d'un poids excédant 12 kg, ainsi que de l'impossibilité de travailler en porte-à-faux statique prolongé du tronc. La capacité de travail s'est améliorée vraisemblablement depuis décembre 2003.
8. Par décision du 22 mai 2006, l'OCAI supprime la rente entière et octroie à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2006, sur la base du rapport du SMR.
9. Dans le cadre de la procédure d'opposition à cette décision par l'assurée, celle-ci adresse à l'OCAI le rapport du 9 août 2006 du Dr B\_\_\_\_\_. Celui-ci relève qu'il l'a examinée à 98 reprises depuis 1999, à savoir après l'intervention consistant dans l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Elle a par ailleurs effectué 343 séances de physiothérapie et quatre cures thermales. L'objectif de cette prise en charge était le maintien des capacités physiques, la conservation de son autonomie et la réduction de la douleur. Son bilan est le suivant :

*"Aucune amélioration de l'état algique, au plus stabilisation de la "péjoration" au prix d'importants efforts de la part de la patiente. Les douleurs sont constantes, sensiblement diminuées au lit, mais péjorées par le repos prolongé. Ce sont des douleurs de type mécanique, situées dans la région lombaire basse (charnière lombo-sacrée), irradiant dans les fesses, accompagnées de lancées (éclairs) survenant suivant les*

*moments. Les activités de base telles que la toilette et l'autonomie sont préservées, mais souvent réalisées en petites étapes. Les tâches ménagères, telles que vitres, repassage, aspirateur, doivent être effectuées par des tiers. Elle doit s'allonger une à deux fois par jour.*

*Ces données se sont sensiblement péjorées depuis 1999.*

(...)

*Chronologiquement : depuis 2001, on note une recrudescence des douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur gauche, accompagnées de blocages occasionnels. Depuis mars 2003, les douleurs nocturnes sont de plus en plus fréquentes et l'on observe des lâchages-réflexes aux membres inférieurs. Enfin, les constatations du Dr A \_\_\_\_\_, neurochirurgien, en 2004, sont toujours d'actualité."*

10. Dans leur avis médical SMR du 2 novembre 2006, les Drs C \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_ relèvent que l'assurée elle-même a signalé, lors de son examen par le SMR, qu'elle allait mieux depuis un an et demi, grâce à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et surtout d'une vis mal positionnée. De l'avis des médecins du SMR, cette évolution est tout à fait normale du point de vue objectif et anatomique, dans la mesure où cette vis occasionnait forcément des douleurs. Si l'assurée continue toujours à se plaindre de lombosciatalgies gauches, celles-ci ne sont qu'un symptôme douloureux subjectif. Ces médecins supposent par ailleurs que les douleurs ont probablement plus diminué que ce que l'assurée veut l'admettre, depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Ils soulignent en outre les nombreux signes de non-organicité selon Waddell, qui laissent douter de l'intensité de la symptomatologie douloureuse et sont compatibles avec un syndrome d'amplification des troubles. C'est cette amplification qui conduit probablement à une divergence d'appréciation entre le médecin du SMR qui a examiné l'assurée, et ses médecins traitants. Les Drs C \_\_\_\_\_ et D \_\_\_\_\_ mentionnent à cet égard que le Dr A \_\_\_\_\_ a admis qu'il lui était difficile d'être totalement objectif, tout en constatant une amélioration de l'état depuis cinq ans. Quant au Dr B \_\_\_\_\_, il n'est que généraliste et, du fait qu'il est le médecin traitant, empathique. Il n'a pas non plus expliqué de manière objective pourquoi sa patiente ne pourrait pas travailler au moins à 50%. Enfin, les médecins du SMR font observer que la première décision d'octroi de rente entière était fondée sur deux rapports médicaux du Dr B \_\_\_\_\_ et que l'assurée n'a pas été examinée à l'époque par un médecin spécialiste dans le cadre d'un examen rhumatologique neutre.
11. Dans son rapport du 28 février 2007, le Dr B \_\_\_\_\_ se détermine sur l'avis médical précité. S'agissant de ses compétences médicales, il relève qu'il est également porteur d'un diplôme fédéral en médecine manuelle et précise que, s'il

parle d'aggravation de la situation depuis 2001, il s'agit principalement d'une évolution dans l'ensemble défavorable des capacités fonctionnelles de sa patiente, qui se traduit par une multitude d'adaptations, comme par exemple s'allonger plusieurs fois dans la journée, interrompre les petits travaux ménagers (comme la vaisselle), ne pas pouvoir ranger les casseroles dans le rayonnage, s'asseoir sur une chaise de manière à soulager son rachis en s'appuyant sur les mains. Il souligne que la patiente a subi de nombreuses interventions neurochirurgicales qui ont perturbé l'équilibre fonctionnel de sa musculature rachidienne, laquelle est responsable des troubles statiques observés et des insuffisances musculo-ligamentaires qui en découlent.

12. Par décision du 19 juin 2007, l'OCAI rejette l'opposition de l'assurée.
13. Par acte du 18 juillet 2007, l'assurée recourt contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière au-delà du 1<sup>er</sup> juillet 2006, sous suite de dépens. Elle fait valoir que l'intimé retient un diagnostic similaire à celui des précédents médecins et une légère amélioration de la symptomatologie douloureuse, en omettant de préciser en quoi il y aurait une modification notable du tableau clinique. L'intimé n'indique pas non plus en quoi sa capacité de gain se serait améliorée depuis la décision initiale. Ainsi, les conditions pour une révision matérielle ne sont pas réalisées, selon la recourante. Il en va de même pour une éventuelle reconsidération, celle-ci ne pouvant être fondée sur une simple appréciation différente des faits.
14. Dans sa réponse au recours du 13 septembre 2007, l'intimé conclut au rejet de celui-ci, en se fondant sur l'examen effectué par le Dr C\_\_\_\_\_ du SMR, lequel a notamment relevé une amélioration fonctionnelle avec augmentation du périmètre de marche, ainsi que l'absence de raideur lombaire, de syndrome lombaire et de syndrome radiculaire. L'amélioration s'explique notamment par l'enlèvement d'une vis mal positionnée qui occasionnait des douleurs.
15. Dans sa réplique du 31 octobre 2007, la recourante persiste dans ses conclusions. Elle allègue que son état de santé s'est dégradé au fil des années, ce qui est confirmé par les Drs B\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_. Il est par ailleurs erroné que son périmètre de marche se serait amélioré. En effet, elle n'avait jamais totalement perdu la faculté de se mouvoir. Elle ne comprend pas comment la possibilité de marcher 20 à 30 minutes aurait une influence sur la capacité de travail. S'il est vrai qu'elle se promène avec son chien, cela lui a été recommandé par son médecin et ne constitue dès lors pas un indice d'amélioration de son état de santé et de sa capacité de travail. A l'appui de ses dires, elle joint un rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 17 octobre 2007.
16. Selon ce rapport, l'état de santé de la recourante s'est globalement péjoré depuis 1999. En dépit de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, elle souffre de douleurs constantes, exacerbées lors de petits mouvements et également présentes la nuit.

Les doses antalgiques doivent être majorées. La patiente est suivie en physiothérapie deux fois par semaine et le Dr B\_\_\_\_\_ la voit une fois par mois en moyenne depuis 1998, ce qui représente environ 120 consultations. Les plaintes et les observations relevées par ce médecin sont les mêmes qu'avant l'intervention chirurgicale, voire péjorées. La recourante est également handicapée dans sa vie quotidienne, devant fractionner ses activités. Elle doit parfois confier son chien à des proches en raison des douleurs.

17. Le 21 novembre 2007, la Dresse E\_\_\_\_\_ du SMR se détermine sur le rapport médical précité du Dr B\_\_\_\_\_. Elle estime qu'il ne s'agit pas d'une évaluation d'un même état de faits, mais d'une évaluation après amélioration, suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et notamment de la vis mal placée. Bien que le Dr B\_\_\_\_\_ ait considéré que l'état de santé s'était globalement péjoré depuis 1999, elle considère que le contraire a été démontré par le SMR, lequel a constaté une amélioration subjective et objective. Par ailleurs, le Dr B\_\_\_\_\_ n'a décrit aucun status et n'a apporté aucun élément paraclinique ou radiologique, mais s'est référé uniquement à la symptomatologie douloureuse qui est par essence subjective.
18. Sur la base de cet avis médical, l'intimé persiste dans ses conclusions, par écritures du 23 novembre 2007.
19. A la demande du Tribunal de céans, la recourante l'informe le 1<sup>er</sup> avril 2008 qu'elle a suivi une formation de comptabilité dans le cadre des cours commerciaux de Genève entre 1982 et 1984 et produit les certificats y relatifs.
20. Le 11 avril 2008, le Service des paies de l'Office du personnel de l'Etat porte à la connaissance du Tribunal de céans que la recourante aurait perçu un salaire annuel brut de 87'108 fr., si elle avait été en activité durant l'année 2006. En plus de celui-ci, elle aurait bénéficié d'une prime de fidélité, versée au mois de juin 2006, d'un montant brut de 7'259 fr.
21. Le 6 mai 2008, la recourante maintient ses conclusions précédentes. Elle allègue qu'en décembre 1994, elle a assumé une fonction supérieure de sous-chef de Service de comptabilité et aurait dû être promue à ce poste à partir de janvier 1995. En raison de ses ennuis de santé, elle a été privée de cette promotion et n'a reçu qu'une indemnité unique de 1'320 fr. 65 pour un remplacement dans une fonction supérieure pendant la période du 1<sup>er</sup> août au 31 décembre 1994. Ainsi, si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, elle aurait été placée en classe 13 ou 14 de l'échelle des traitements de l'Etat de Genève dès 1995, puis en classe 15, voire en classe 16. Or, selon l'échelle des traitements de l'Etat de Genève de 2008, le salaire maximal en classe 15 est de 105'030 fr. par an, auquel s'ajoute une prime de fidélité de 8'752 fr. 50.
22. Le 6 mai 2008, l'intimé persiste dans ses conclusions.

23. Sur ce, 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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est amélioré au point de recouvrer une capacité de travail de 50%.
4. Selon l'art. 17 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, il convient de préciser que l'art. 17 LPGA 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; voir aussi les art. 87 et 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), en cas d'amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce changement ne supprime tout ou partie de la rente que si on peut s'attendre à ce que l'amélioration

constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même si le changement a déjà duré trois mois, sans interruption notable, pour autant qu'aucune complication prochaine ne soit à craindre.

En vertu de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

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). 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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.

6. En l'espèce, le SMR a retenu une amélioration de l'état de santé de la recourante et a évalué sa capacité de travail à 50%, ce qui est contesté par celle-ci.

Cependant, compte tenu de la comparaison des salaires qui suit et que l'intimé a omis d'effectuer, cette question peut rester ouverte.

7. 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 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

8. Pour le revenu d'invalidé, le salaire de référence est in casu celui auquel peuvent prétendre les femmes avec des connaissances professionnelles spécialisées (niveau de qualification 3) dans les secteurs privé et public, à savoir 59'064 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA3, p. 57). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,7 heures; La Vie économique, 5-2008, p. 86, B9.2), ce montant doit être porté à 61'574 fr. 20. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les femmes en 2006 (indice 2006 : 2417 et indice 2004 : 2360; La Vie économique, 5-2008, p. 87, B10.3), ce montant s'élève à 63'061 fr. 40. Vu l'âge de la recourante et le fait qu'elle ne pourrait travailler qu'à temps partiel, il se justifie de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 15%. Il en résulte un revenu d'invalidé de 26'801 fr., au taux d'activité de 50%.

Quant au salaire sans invalidité en 2006, il s'élève à 94'367 fr., avec la prime de fidélité qui correspond à un 13<sup>ème</sup> salaire, selon la communication de l'Office du personnel de l'Etat du 11 avril 2008.

Partant, la perte de gain s'établit à 71,6%. Ce taux d'invalidité ouvre le droit à une rente entière. Ainsi, même avec une capacité de travail résiduelle de 50%, il convient d'admettre que le droit à une rente d'invalidité entière reste ouvert.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 19 juin 2007 annulée.

10. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est accordée à titre des dépens.
11. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de justice de 200 fr. .

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 19 juin 2007.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre des dépens.
5. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.
6. 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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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