RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/575/2007 **ATAS/347/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 27 mars 2007

En la cause

Madame M_____, domiciliée , GENEVE	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE- INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame M_____, née le 1960, travaillait au service du CREDIT SUISSE depuis le 1er février 1990 en qualité de collaboratrice au trafic des paiements. Elle a cessé toute activité lucrative le 31 mars 2003, ayant été mise à l'invalidité par son employeur suite aux recommandations du médecin-conseil de la caisse de pension.

   Elle a déposé le 8 mars 2004 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente.

2. Son médecin traitant, le Dr A_____, généraliste, a dans un rapport adressé à l'OCAI le 9 mai 2004, indiqué qu'elle souffrait de fibromyalgie et d'un état dépressif depuis le 26 mars 2002. Il a estimé son incapacité de travail à 100% depuis cette date, précisant que l'état de santé était stationnaire.

3. Le Dr B_____, spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie, a, dans son rapport du 25 juin 2004, posé le diagnostic d'une hépatite C chronique découverte en avril 2000. Selon lui, il y a de bonnes chances pour une guérison, "malheureusement, en raison de difficultés financières, les contrôles après la fin du traitement n'ont pas pu être faits, le laboratoire ayant refusé de livrer les résultats avant d'être payé".

4. Constatant que selon son médecin traitant, l'assurée présentait une incapacité de travail de 100% dans toute activité depuis le 24 mars 2002, le Dr C_____ du Service médical régional AI (ci-après SMR) s'est étonné de ce que ce praticien ne l'ait pas adressée à des spécialistes rhumatologue et psychiatre ni même étayé son diagnostic par des examens d'imagerie de base.

5. Le Dr A_____ a indiqué le 29 mars 2005, sur demande de l'OCAI, que sa patiente n'avait pas fait l'objet d'un consilium rhumatologique et/ou psychiatrique "pour l'instant".

6. Le Dr C_____ a dès lors considéré qu'une expertise psychiatrique et rhumatologique était nécessaire.

7. De l'examen réalisé le 27 mars 2006 par le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et le Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, il ressort que la patiente se plaint d'être perpétuellement fatiguée avec un sommeil non réparateur, et de douleurs itinérantes progressivement apparues des poignets, des coudes, des hanches, des chevilles et de la région inter-scapulaire sous forme de deux points dont elle pensait initialement qu'ils devaient être d'origine pulmonaire. L'examen ostéoarticulaire tant axial que périphérique est normal, sans limitation de mouvement, sans synovite ni épanchement articulaire. Etant donné le diagnostic de fibromyalgie retenu, les sites insertionnels prétendument classiques

de la fibromyalgie ont été systématiquement palpés en appliquant la pression suggérée par l'Association américaine de rhumatologie (ARA) de 4 kg. Or, les médecins ont constaté qu'à aucun moment l'assurée n'a signalé de douleurs à la palpation de ces points précis ou des régions avoisinantes et aucune réaction de retrait n'a été remarquée. Ils ont dès lors considéré que le diagnostic de fibromyalgie n'était pas pertinent, mais qu'il s'agit d'un état douloureux persistant sans substrat pathologique sous-jacent approprié. Cette problématique douloureuse exclusivement suggestive n'induit donc logiquement pas, selon eux, de limitations fonctionnelles dûment motivées.

Du point de vue psychiatrique, les médecins n'ont pas relevé de syndrome dépressif. Ils rappellent que l'assurée a anamnestiquement présenté une dépression réactionnelle qui a duré environ un mois après le décès de ses deux parents quand elle avait 26 ans. Cet état réactionnel s'est amélioré après traitement ambulatoire de la permanence psychiatrique de Genève sans avoir provoqué une incapacité de travail de longue durée. Ils relèvent qu'elle nie toute diminution du plaisir à l'occasion d'activités habituellement agréables et explique la diminution de la libido avec le traitement médicamenteux. Ils considèrent que les douleurs dont elle se plaint surtout articulaires, multiples, organiquement non expliquées, ne dominent pas le tableau et qu'elle ne présente aucune détresse manifestée et observable dans le contexte de ces douleurs. Aussi nient-ils que les critères du diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant selon CIM 10 soient réalisés. Ils constatent que ce sont les conséquences d'un manque de sommeil accumulé dans le cadre d'un trouble du sommeil d'intensité importante à l'endormissement et au maintien du sommeil qui dominent le tableau, mais que ce trouble du sommeil n'a pas été suffisamment traité; l'état subjectif pourrait facilement être amélioré avec un traitement correct du trouble du sommeil à l'endormissement avec par exemple du Stilnox® ou du Dormicum® et du trouble du maintien du sommeil avec un médicament approprié.

Ils ont ainsi conclu à l'absence de limitations fonctionnelles somatiques ou psychiatriques, et à une capacité de travail complète dans toute activité, notamment celle d'employée de banque, les diagnostics posés, soit hypertension artérielle, obésité et insomnies non organiques, étant sans répercussion sur la capacité de travail.

8. Par décision du 2 mai 2006, l'OCAI a informé l'assurée que sa demande était rejetée, l'examen clinique interdisciplinaire effectué le 7 mars 2006 au SMR conduisant à lui reconnaître une pleine capacité de travail dans son activité habituelle comme dans toute autre activité adaptée.

9. L'assurée a formé opposition le 26 mai 2006. Elle a produit un certificat de la Dresse F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, daté du 20 juin 2006. Ce médecin indique qu'elle a vu l'assurée à deux reprises à sa

consultation les 13 et 20 juin 2006, qu'il s'agit d'une patiente se plaignant de polyarthralgies touchant les coudes, les poignets, les chevilles et les genoux depuis plusieurs années, et connue pour une hépatite C traitée par Interféron en 2000. Elle présente également une fatigue importante, le plus probablement en association avec le virus de l'hépatite C.

10. Invité à se déterminer, le Dr. G_____ du SMR, dans une note du 3 août 2006, a constaté que la Dresse F_____ mentionnait des arthralgies, qu'elle résumait l'examen fait au SMR au plan rhumatologique mais qu'elle ne décrivait pas d'aggravation de l'état de santé et ne remettait pas en question les conclusions de l'examen du SMR.

11. Par décision du 10 janvier 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition, considérant que les arguments de la Dresse F_____ avaient tous été pris en considération dans l'examen médical effectué au SMR, que cet examen satisfaisait aux conditions jurisprudentielles pour lui accorder pleine valeur probante et qu'il ne pouvait pas admettre de péjoration de l'état de santé ni de la capacité de travail exigible.

12. L'intéressée a interjeté recours le 17 janvier 2007 contre ladite décision. Elle répète qu'elle souffre depuis plusieurs années de douleurs dans les articulations et d'une importante fatigue suite à une hépatite C, que la Dresse F_____ après avoir fait un bilan sanguin avait découvert qu'elle présentait un rhumatisme de l'hépatite C, très handicapant. Elle indique qu'elle connaît des pertes d'équilibre, à telle enseigne que le 5 novembre 2006 elle est tombée et s'est fracturé le péroné. Elle explique que si le médecin du SMR lors de son examen a considéré qu'elle ne présentait plus d'état dépressif, c'est peut-être parce que sur les conseils d'un ami souffrant de sclérose en plaques, elle avait fumé un joint dans le train l'emmenant à Vevey subir l'examen du SMR. Elle précise encore qu'elle est allée consulter le Dr H_____, psychiatre, qui n'a pas voulu lui prescrire de nouveau médicament au motif qu'elle en prenait déjà trop.

13. Dans sa réponse du 28 février 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

14. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger.

EN DROIT

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre

2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 LAI.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 10 janvier 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2003, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

   En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente AI.

6 En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

   Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité atteint 40% au moins, à une demi-rente s'il atteint 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il atteint 60% et à une rente entière s'il atteint 70% au moins.

7. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge 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, conformément à la doctrine médicale (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

   Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René SCHAUFFHAUSER /Franz SCHLAURI (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même

insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés par la jurisprudence - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 consid.2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend

en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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

9. En l'espèce, le Dr A_____ a posé les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif et indiqué que sa patiente présentait une incapacité de travail de 100% depuis mars 2002. Les médecins du SMR ont en revanche considéré que ce

diagnostic de fibromyalgie n'était pas pertinent, aucune douleur à la palpation des points précis n'étant signalée et ont ainsi conclu à un état persistant douloureux sans substrat pathologique sous-jacent approprié. Selon eux, l'assurée peut travailler à plein temps quelle que soit l'activité envisagée.

10. Il y lieu de constater que le rapport du SMR se fonde sur un examen clinique complet et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Les médecins se sont déterminés sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et ont dûment motivé leur point de vue. En conséquence, il remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a).

    Les indications succinctes fournies par le Dr A_____ ne permettent au demeurant pas de douter du bien fondé des conclusions des médecins du SMR, d'autant plus qu'il signale une incapacité de travail à 100% depuis mars 2002, alors que l'assurée a travaillé jusqu'au 31 mars 2003.

    Il y a lieu de rappeler à ce stade que lorsqu'il apprécie 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).

    Quoi qu'il en soit, et même si l'on retenait le diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr A_____, ce diagnostic ne suffirait pas pour justifier un droit à une rente d'invalidité. En l'absence d'une comorbidité psychiatrique grave, il y a en effet lieu d'examiner si l'assurée réunit plusieurs des critères établis par la jurisprudence en sa personne de manière suffisamment marquée, ce qui fonderait un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle à plein temps. Or tel n'est pas le cas. L'assurée ne subit pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2). On ne saurait parler dans son cas d'un état psychique cristallisé étant du reste rappelé qu'elle n'est pas suivie par un psychiatre, ni d'échecs de traitements (3 et 4). Il apparaît ainsi que l'assurée n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives.

    Au vu de ce qui précède, force est de constater que les troubles dépressifs ne se manifestent pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de sa capacité de travail. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail.

L'assurée se plaint d'une fatigue importante dont la Dresse F_____ dit qu'elle est à mettre en relation avec l'hépatite C découverte en 2000 et dûment traitée. Les médecins du SMR ont toutefois fait état d'un manque de sommeil accumulé dans le cadre d'un trouble du sommeil d'intensité importante à l'endormissement et au maintien du sommeil, et ont constaté que ce trouble du sommeil n'était pas suffisamment traité et pourrait facilement être amélioré avec un traitement médicamenteux adéquat.

Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis 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
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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