

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/638/2009

ATAS/1662/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 10 décembre 2009

En la cause

Madame B _____, domiciliée au Grand-Saconnex, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître BOILLAT Claude-
Alain

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Patrick UDRY, Président suppléant; Teresa SOARES et Monique STOLLER
FÜLLEMANN-, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame B_____, née en 1963, sans formation, d'origine portugaise, est arrivée à Genève en août 2003 dans un contexte de regroupement familial. Elle est mariée à un compatriote, qui a été victime d'un accident du travail et est requérant de prestations de l'assurance invalidité, et deux filles sont issues de cette union, en 1987 et 1994.
2. Depuis le 1^{er} janvier 2005, la recourante a exercé une activité de nettoyeuse à raison de quatre heures par jour auprès de X_____ Services Sàrl pour un salaire de 18 fr. par heure.
3. Le 20 juin 2005, la recourante a été victime d'un accident domestique, au cours duquel elle s'est tranché plusieurs doigts de la main droite avec une scie circulaire alors qu'elle coupait de la viande. Elle a ainsi subi des plaies profondes, des coupures de tendons et des fractures ouvertes des phalanges 2 à 5.

L'évolution a été compliquée par une dystrophie de Sudeck, apparue en novembre 2005.

4. Interrogé par la SUVA, le Dr L_____, chef de clinique au service de rééducation de l'Hôpital cantonal, a, le 17 janvier 2006, confirmé que l'assurée avait souffert d'une fracture comminutive diaphyso-épiphysaire P3-D4 à droite avec perte de substance dorsale et arrachement de l'ongle et d'une plaie cutanée P3-D3 à droite face ulnaire le 20 juin 2005. Il a expliqué que la patiente avait subi à sa main droite un délabrement important avec reconstruction de la pulpe, ablation de l'ongle et arthrodèse IPD-D4 plus suture plaie R3 à droite, qui présentait depuis des douleurs invalidantes ne cessant à aucun traitement, compliquées d'algoneurodystrophie. Le Dr L_____ a suggéré que la patiente soit hospitalisée à la Clinique CRR à Sion (cf. également rapport du 10 novembre 2005) pour un bilan global.
5. L'assurée a déposé le 8 juin 2006 une demande auprès de l'Office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) visant à l'octroi d'une rente.
6. Dans un rapport du 1^{er} juillet 2006, le Dr M_____, médecin généraliste traitant, a indiqué que sa patiente souffrait de la maladie de Sudeck à la main droite suite à une fracture multifragmentaire de la troisième phalange du quatrième rayon. Il a précisé que l'assurée avait développé une dépression grave et qu'elle était suivie par le Dr N_____, psychiatre. Il considérait que sa patiente était totalement incapable de travailler depuis l'accident survenu le 20 juin 2005, la maladie de Sudeck l'empêchant de reprendre un quelconque emploi. Il a précisé à cet égard qu'elle ne pouvait toujours pas plier les doigts pour saisir un objet, en raison des douleurs.

7. L'assurée a été examinée par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr O _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport daté du 3 mai 2006, il indique : «nous nous trouvons actuellement dans une situation catastrophique avec une exclusion fonctionnelle du membre supérieur droit dont l'importance n'est absolument pas expliquée par les conséquences directes de l'accident. Il y a également une extension importante de la symptomatologie avec plainte touchant le membre supérieur controlatéral et les membres inférieurs. Cette situation est de mauvais pronostic, l'installation d'un processus d'invalidation étant en cours. Ceci est confirmé par l'examen psychiatrique. Étant donné l'échec des mesures ergothérapeutique et physiothérapeutique ambulatoires, la probabilité d'une efficacité lors d'une hospitalisation est très faible. Les modalités d'approche psychiatrique sont limitées et ne rendent pas une hospitalisation nécessaire. Sur le plan somatique uniquement, la situation est stabilisée».

Le Dr O _____ a considéré qu'une réduction des capacités de préhension dans des travaux lourds demandant une force maximale de la main droite pouvait être acceptée. Il en allait de même pour certains travaux de précision rendant nécessaire l'utilisation de l'annulaire (cf. rapport du 26 juin 2006).

Le Dr P _____, psychiatre conseil de la SUVA, a déclaré avoir l'impression que l'assurée n'avait ni su faire face ni réussi à s'adapter à l'accident vécu en juin 2005. Elle a été d'emblée marquée par cet accident qui a été très impressionnant pour elle mais également par la suite par l'aspect séquentiel du traumatisme. L'impression générale dégagée par cette situation est une évolution claire vers un tableau de régression et de chronicisation autour d'une symptomatologie organique avec probablement associé un vécu traumatique psychogène au départ. Le médecin a relevé que le contexte familial était décrit comme favorable, que l'assurée est très soutenue par son mari, lui-même accidenté, et que ses deux filles la remplacent actuellement dans les tâches ménagères. L'assurée ne fait quasiment plus rien, tellement elle est handicapée. Constatant que l'assurée ne mobilisait plus du tout sa main droite, ni son bras droit, qu'elle n'arrivait plus actuellement à lever et où l'on observait une importante amyotrophie, le Dr P _____ a suggéré que «la réalité» de son comportement soit vérifiée dans un milieu si possible hospitalier sur un certain nombre de semaines.

8. Par courrier du 26 juillet 2006, la SUVA a informé l'assurée qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident et qu'elle mettait dès lors fin au paiement des soins médicaux. L'indemnité journalière lui serait toutefois encore allouée jusqu'au 31 août 2006 sur la base d'une incapacité de travail de 100%. L'assurée était dès le 1^{er} septembre 2006 considérée comme apte au travail dans la plus forte mesure possible.

-
9. Dans un rapport du 12 octobre 2006, le Dr N_____ a posé les diagnostics suivants : état de stress post-traumatique après l'accident survenu en juin 2005, fort risque de chronicisation et d'évolution vers une modification durable de la personnalité, syndrome douloureux somatoforme persistant et épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis juin 2005. Il a estimé l'incapacité de travail à 100% depuis le jour de l'accident, et a précisé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et qu'il ne pouvait pas envisager une reprise d'activité ni à court ni à moyen terme.

Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, le Dr N_____ a décrit plusieurs symptômes et signes, tels que nervosité, anxiété, peur, insomnie, cauchemar, transpiration, palpitation, évitement (séquelle chronique), douleurs intenses persistantes généralisées (muscles, articulations jambes), diminution de l'intérêt, fatigabilité, tristesse, perte de motivation, insomnie, réveil précoce, perte de l'appétit. Il n'a pas pu encore dire si sa patiente présentait ou non un trouble de la personnalité, considérant qu'il y avait un risque d'évolution, et que la réponse ne pouvait être donnée qu'en juin 2007. Il a indiqué que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient légèrement l'affection actuelle, la situation familiale étant difficile, les deux conjoints accidentés avec des enfants à charge. Il a ajouté que l'assurée souffrait d'un état de stress post-traumatique ainsi que de séquelles physiques et psychologiques, ces troubles influençant de façon importante l'affection actuelle, puisqu'il existait un risque d'évolution vers une modification durable de la personnalité et d'une chronicisation de son état dépressif. L'incapacité de travail était due aux affections physique ou mentale uniquement et le taux d'incapacité de travail est de 100%.

10. Invité à se déterminer, le Dr Q_____, généraliste, du SMR, a dans une note du 5 mars 2007, considéré que «le manque d'usage du membre supérieur droit entraîne une amyotrophie : une algodystrophie fait mal et donc peut limiter l'usage du membre temporairement (en général le Sudeck s'améliore en un à deux ans). Ici, la situation a évolué favorablement du point de vue somatique : on peut donc suivre l'avis de la SUVA, à savoir une capacité de travail de 100% dans un poste adapté au moins depuis juin 2006. Idem en ce qui concerne le ménage. S'il y a un état dépressif avec somatisation, alors il exclut un syndrome somatoforme douloureux. Par ailleurs, les critères pour un état de stress post-traumatique ne sont pas remplis car un tel accident (se couper l'extrémité du doigt est quand même un risque prévisible lorsqu'on utilise un tranchoir à viande !) n'est pas un accident exceptionnellement grave. Il en va de même pour un changement de personnalité. Dès lors, la crédibilité du rapport du Dr N_____ peut être fortement mise en doute. Par contre, le psychiatre de la SUVA a estimé que le trouble dépressif était de gravité moyenne ; il ne représente donc pas une cause d'incapacité de travail durable. Dossier présenté à la Dresse R_____, psychiatre du SMR».

11. Le 21 mars 2007, l'OAI a communiqué à l'assurée son projet de décision, selon lequel sa demande était rejetée.
12. Par décision du 25 avril 2007, l'OAI a confirmé ce rejet. Il a considéré que l'accident subi ne pouvait justifier l'exclusion fonctionnelle complète du membre supérieur droit ni le syndrome douloureux, que sa capacité de travail pouvait être de 100% dans son activité lucrative, ainsi que dans les travaux habituels ménagers, au moins depuis juin 2006, pour autant qu'elle évite les travaux lourds et les travaux fins demandant l'aide de l'annulaire. Se fondant sur le rapport du psychiatre de la SUVA, l'OAI a jugé que le trouble dépressif dont elle souffrait était de gravité moyenne et ne représentait pas une cause d'incapacité durable de travail.
13. Par l'intermédiaire de son avocat, l'assurée a interjeté recours le 28 mai 2007 contre ladite décision. Elle reprochait à l'OAI de ne pas s'être rendu compte qu'elle ne pouvait plus utiliser sa main droite, alors qu'elle est droitière, et qu'elle ne bénéficiait pas des connaissances de base nécessaires pour entreprendre une nouvelle formation ou exercer une profession autre que manuelle. Elle a rappelé que selon tous les rapports médicaux établis depuis l'accident, elle avait perdu la fonctionnalité de sa main par suite notamment du développement de la maladie de Sudeck, qu'elle présentait également des troubles dépressifs marqués, de sorte qu'elle n'avait pas pu reprendre son activité professionnelle chez X_____ Sàrl et n'avait pu non plus continuer de s'occuper des tâches ménagères quotidiennes. Elle concluait dès lors à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
14. Dans sa réponse du 26 juin 2007, l'OAI a relevé que le rapport du Dr N_____ ne remplissait pas les critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante dans la mesure où les diagnostics retenus devaient en réalité être exclus. Il se fondait dès lors sur les rapports des Dr O_____ et Dr P_____, tout deux mandatés par la SUVA. Il considérait que ces deux médecins avaient fait état de manière complète de la situation médicale de l'assurée, qu'ils avaient déterminé précisément les limitations fonctionnelles prenant en compte les plaintes de l'assurée, et devaient de ce fait se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'OAI a conclu en conséquence au rejet du recours.
15. Par arrêt du 9 octobre 2007, le Tribunal de céans a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, considérant que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés. Il a indiqué qu'il appartenait à l'OAI de déterminer si l'assurée souffrait ou non d'un trouble somatoforme douloureux invalidant au regard de la LAI, de définir le taux de capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, le cas échéant, son degré d'empêchement à accomplir les travaux ménagers, et de procéder à la comparaison des gains, après avoir retenu un abattement suffisant pour tenir compte de ses limitations.

16. En janvier 2008, l'OAI a adressé une demande d'expertise bi-disciplinaire psychiatrique et orthopédique au Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed) situé à Nyon.
17. a) Dans leur rapport d'expertise du 4 juillet 2008, après avoir exposé les plaintes de l'assurée sur les plan somatique et psychique, les données personnelles, familiales et socioprofessionnelles, les status somatique et psychique, les Dresses S_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et T_____, spécialiste psychiatrie-psychothérapie, ont indiqué que, sur le plan somatique, l'examen clinique ne mettait pas en évidence de trouble touchant les membres inférieurs ou le rachis. La main droite présentait des troubles trophiques séquellaires, une raideur partielle de la main avec un enraidissement au niveau des MP, IPP et IPD, du majeur, de l'annulaire et de l'auriculaire. Il n'y avait aucune explication-physiologique à la non-utilisation de la pince de la main droite. Elles en ont conclu qu'en ce qui concerne les conséquences somatiques de l'accident du 20 juin 2005, qui étaient observables objectivement, la patiente présentait une déformation de l'extrémité distale de l'annulaire droit, le majeur le médius et l'annulaire étaient enraidis. Ces séquelles résiduelles n'expliquaient absolument pas l'exclusion fonctionnelle complète du membre supérieur droit, ni le syndrome douloureux diffus dont l'assurée se plaignait. A l'époque de l'expertise, la situation au niveau de la main pouvait être considérée comme stabilisée. Le déficit fonctionnel était important, touchant les trois doigts externes de la main droite chez une droitnière. Une réduction des capacités de préhension dans des travaux lourds, demandant une force maximale de la main droite, pouvait être acceptée. Il en allait de même pour certains travaux de précision rendant nécessaire l'utilisation de l'annulaire. Toute autre activité pouvait être exercée avec un horaire complet.
- b) Sur le plan psychique, les experts ont indiqué que l'assurée souffrait depuis trois ans de douleurs de sa main droite, alors qu'il n'y avait plus d'explication organique satisfaisante à cette douleur, ni à la diffusion des douleurs à distance de la lésion initiale. Suite à son accident domestique du 20 juin 2005, elle excluait sa main droite de toute utilisation fonctionnelle, donnant parfois l'impression de l'ignorer, comme si celle-ci n'existait pas. Par contre, les douleurs prenaient une place prépondérante, elles s'étendaient bientôt au corps entier. Les experts ont relevé la difficulté théorique d'opérer un choix diagnostique entre le syndrome douloureux somatoforme persistant, le trouble dissociatif de la motricité et des organes de sens et la somatisation. Après examen des éléments militant en faveur de l'un ou l'autre de ces diagnostics, les experts sont parvenus à la conclusion que la catégorie diagnostique la plus probable demeurerait le syndrome douloureux somatoforme persistant avec au premier plan la douleur intense accompagnée d'un état dépressif d'intensité moyenne, la douleur demeurant la préoccupation essentielle de l'assurée. Les experts ont par ailleurs noté qu'ils

n'avaient pas trouvé d'arguments en faveur d'un état de stress post-traumatique, ni en direction d'une modification durable de la personnalité. Par ailleurs, le mari souffrait également d'une atteinte accidentelle de son membre supérieur annoncée à l'AI et il y avait là probablement un phénomène d'identification et mise en commun d'un vécu invalidant.

Les experts ont ajouté que l'état dépressif, traité par le Dr N_____, était actuellement d'intensité moyenne. L'expertisée avait déjà adopté un comportement d'invalidé. La dépression était venue s'installer dans les suites des plaintes douloureuses et s'intégrait dans la dynamique du syndrome somatoforme. Sur le plan social, la vie familiale était privilégiée, il y avait peu de contacts sociaux autres, mais l'assurée était en Suisse seulement depuis 2003, après une période de chômage elle avait commencé un travail en mai 2006 qui n'avait duré que six semaines, car très vite après avoir commencé celui-ci elle avait eu son accident. En conclusion, il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique grave, ni retrait ou isolement social, la capacité de travail pouvait être considérée complète dans toute activité.

c) Par rapport aux diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, les experts ont retenu une fracture ouverte comminutive de P3, P4 droit, avec arthrodèse secondaire et trouble de la repousse de l'ongle (S.62.61), une plaie pulpaire de P3 à D3 (S.61) et un enraidissement du majeur, de l'auriculaire et de l'annulaire droit.

Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et une personnalité fruste et dépendante (F60.7) depuis son jeune âge.

d) S'agissant de l'influence des limitations sur la capacité de travail, les experts ont retenu sur le plan somatique que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de nettoyeuse. Ils ont en revanche estimé que des mesures de réadaptation étaient envisageables et que d'autres activités étaient exigibles de la part de l'assurée, en précisant que le lieu de travail devait tenir compte du fait qu'il ne pourrait que s'agir d'un travail n'exigeant pas l'utilisation de la main droite de manière répétitive, et n'impliquant pas l'exécution de tâches fines ou le port de charges. Ils ont estimé que ces autres activités exigibles pourraient être exercées à plein temps, pour autant que le cahier des charges mentionnés ci-dessus soit respecté.

Sur le plan psychique, les experts n'ont retenu aucune limitation, aussi bien par rapport à l'activité de nettoyeuse qu'à tout autre activité exigible.

18. Dans un avis médical du 16 juillet 2008, la Dresse U_____ du SMR a retenu que les experts arrivaient à la même conclusion, soit que l'assurée ne

pouvait plus reprendre son activité comme nettoyeuse mais qu'en revanche, dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail exigible était entière depuis juin 2006 au moins et la même chose dans l'activité ménagère. Elle a estimé que les conclusions de l'expertise confirmaient l'avis SMR du 5 mars 2007. Elle a encore relevé que, selon les experts, le trouble somatoforme douloureux de la recourante n'était pas incapacitant au sens de la jurisprudence puisque les critères de gravité n'étaient pas présents et l'épisode dépressif moyen était d'accompagnement au syndrome douloureux et ne constituait pas une maladie psychique incapacitante.

19. Une enquête économique sur le ménage a été diligentée en date du 4 septembre 2008. Il est précisé qu'elle a eu lieu en présence du mari et d'un neveu de l'assurée qui aidait à la traduction.

Par rapport à l'exercice d'une activité lucrative sans handicap, il est indiqué que, selon les dires de son fils, confirmés par l'assurée, cette dernière travaillerait à 100%. L'enquêtrice a toutefois constaté que l'assurée n'avait jamais travaillé à plein temps et n'avait jamais effectué de démarches pour retrouver un emploi. Il lui paraissait dès lors plus plausible de retenir un statut de 50%, compte tenu du fait que l'époux de l'assurée était bénéficiaire d'une rente AI depuis 2003.

Par rapport aux travaux ménagers, l'enquête ménagère a conclu à un degré d'empêchement de 25,5%. En particulier, il a été admis un empêchement de 30% dans l'alimentation représentant une invalidité de 6%, un empêchement de 30% dans l'entretien du logement représentant une invalidité de 6%, un empêchement de 30% dans la lessive et l'entretien des vêtements représentant une invalidité de 6% et un empêchement de 50% dans activités diverses représentant une invalidité de 7,5%.

20. Dans un projet de décision du 2 décembre 2008, l'OAI a informé l'assurée que, compte tenu du rapport d'expertise du 4 juillet 2008 et du rapport d'enquête à domicile du 4 septembre 2008, il estimait qu'il n'existait plus d'incapacité de travail à partir de juin 2006 au moins et que l'empêchement dans la tenue du ménage était de 25.5%. Le degré d'invalidité résultant des deux domaines était de 13% (0% pour l'activité professionnelle et 12.63% [25,5% de 50%] comme femme de ménage). L'OAI envisageait dès lors de rejeter la demande de prestations.
21. Par décision du 21 janvier 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations de la recourante.
22. Le 20 février 2009, l'assurée a recouru contre cette décision par l'entremise de son avocat, en concluant à l'annulation de cette dernière et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité (basée sur un taux de 70%) dès le 8 juin 2006.

A l'appui de son recours, l'assurée expose que c'est à tort que l'OAI a retenu qu'il lui est possible d'exercer une nouvelle activité professionnelle ou d'effectuer des tâches ménagères. Ne parlant pas le français et n'ayant suivi aucune formation, elle ne peut prétendre qu'à une activité manuelle. Or, étant droitrière et n'étant plus en mesure d'utiliser cette main, sans parler des douleurs physiques et psychiques découlant de son accident, la recourante estime qu'aucune activité lucrative, même adaptée, ne saurait être envisagée. S'agissant des empêchements dans la tenue du ménage, la recourante se limite à alléguer que l'OAI n'a pas tenu compte de ses limitations totales dans son activité ménagère, sans exposer en quoi.

23. Par lettre de son conseil du 24 février 2009, la recourante a communiqué au Tribunal de céans une attestation de son psychiatre traitant, soit le Dr N_____, du 19 février 2009, dans lequel il diagnostique un épisode dépressif moyen sans symptômes psychotiques (F 32.2), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et un état de stress post-traumatique en rémission (F 43.1) et estime que l'incapacité de travail de sa patiente est totale. Il conclut en indiquant qu'il existe une comorbidité psychiatrique et une évolution chronique, dépression et syndrome somatoforme persistants et résistants aux traitements essayés, que l'anamnèse met en évidence un manque de rémission depuis plusieurs années, que le fonctionnement psychique cristallisé met en difficulté majeure le plan d'élaboration psychique des conflits internes et que la recourante fait preuve de son engagement au traitement et collabore activement dans le but de surmonter sa souffrance.
24. Dans sa réponse du 26 mars 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il expose que le rapport du CEMed du 4 juillet 2008 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et qu'il confirme le fait que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant des empêchements dans la tenue du ménage, l'OAI considère que le rapport de son enquête est dûment motivé et fondé sur un examen attentif et précis de la situation familiale de la recourante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions qu'il contient.
25. Dans sa réplique du 4 mai 2009, la recourante a contesté l'argumentation de l'OAI et a persisté dans ses conclusions.

Elle y a joint une attestation de son médecin généraliste traitant, soit le Dr M_____, du 25 avril 2009, dans laquelle il indique que, suite à son accident du 20 juin 2005, la recourante a développé une algoneurodystrophie du membre supérieur droit qui a entraîné une disparition des fonctions de la main et du poignet droit malgré tous les traitements entrepris. Cette algoneurodystrophie continue à évoluer et a engendré des troubles douloureux diffus, touchant toutes les articulations de la patiente. Actuellement, les douleurs dont souffre la recourante ne sont pas exagérées : elle ne peut plus utiliser sa main droite.

26. Dans sa duplique du 4 juin 2009, l'OAI a également persisté dans ses conclusions.

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 décision attaquée a été envoyée par l'OAI le 21 janvier 2009 et reçue le lendemain. Par conséquent, le recours interjeté le 20 février 2009 en la forme prescrite est recevable (art. 38 al. 3, 56 et 60 LPGA).

3. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.

4. En vertu de l'art. 28 al. 1 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.

5. a) 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'assurée 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er 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 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant le plus sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). 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 (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift

1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine ; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

c) Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPG); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

6. Par rapport à l'invalidité relative à l'activité lucrative, il y a lieu de rappeler les principes suivants :

a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

b) 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, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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; S. BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 in fine).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

c) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

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).

7. Par rapport à l'invalidité relative aux activités ménagères, il y a lieu de rappeler les principes suivants :

a) Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3096 et suivants de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI). Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; ATFA non publié I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

Divers facteurs - analogues à ceux applicables pour déterminer la force probante de certificats médicaux (ATF 125 V 352 consid 3 a) - doivent être pris en considération pour juger de la valeur probante d'un rapport d'enquête. Il est ainsi essentiel que celui-ci ait été établi par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et des limitations et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit

correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007).

b) Dans un arrêt du 22 décembre 2003, publié dans la VSI 2004 p. 137, le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'en cas d'atteinte à la santé psychique, l'enquête sur les activités ménagères est un moyen de preuve approprié pour évaluer l'invalidité de ces personnes. Toutefois, en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Pour cela, il faut que les rapports médicaux en cause aient valeur probante au sens de la jurisprudence, à savoir notamment que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que les rapports se fondent sur des examens complets et que les conclusions des experts soient dûment motivées (ATFA non publié I 639/04 du 17 janvier 2006, consid. 2.3 et 3.1).

c) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publié I 308/04 ainsi que I 309/04 du 14 janvier 2005 et ATFA non publié I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (ATFA non publié I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4).

8. En l'espèce, la recourante ne conteste pas que, sans atteinte à sa santé, la part de son activité professionnelle aurait été de 50% et que, par conséquent, la part des travaux habituels aurait été de 50%. C'est donc cette répartition qui sera prise en compte.
9. Par rapport à sa sphère professionnelle, l'OAI a retenu que l'invalidité de la recourante était nulle, en se référant au rapport du CEMed du 4 juillet 2008 dans lequel il est indiqué que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. De son côté, la recourante estime que sa capacité résiduelle de travail est nulle depuis son accident du 20 juin 2005 et le demeure.

Suite à l'arrêt du Tribunal de céans du 9 octobre 2007 – invitant l'OAI à déterminer si l'assurée souffre ou non d'un trouble somatoforme douloureux invalidant au regard de la LAI, à définir le taux de capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, le cas échéant, son degré d'empêchement à accomplir les travaux ménagers, et à procéder à la comparaison des gains, après avoir retenu un abattement suffisant pour tenir compte de ses limitations – l'OAI a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire psychiatrique et orthopédique au Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed) situé à Nyon.

Le rapport d'expertise du CEMed du 4 juillet 2008 prend notamment en considération l'anamnèse complète de la recourante, sa vie quotidienne, les traitements prescrits, l'évolution de la maladie, ses plaintes subjectives, son status clinique et les conclusions des médecins soient dûment motivées. Il remplit ainsi les réquisits jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue.

En particulier, par rapport aux diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, les experts ont retenu une fracture ouverte comminutive de P3, P4 droit, avec arthrodèse secondaire et trouble de la repousse de l'ongle (S.62.61), une plaie pulpaire de P3 à D3 (S.61) et un enraidissement du majeur, de l'auriculaire et de l'annulaire droit. Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et une personnalité fruste et dépendante (F60.7) depuis son jeune âge.

Les experts ont retenu que sur le plan somatique l'incapacité de travail de la recourante était totale dans l'activité de nettoyeuse. Ils ont en revanche estimé que des mesures de réadaptation étaient envisageables et que d'autres activités étaient exigibles de la part de l'assurée, en précisant que le lieu de travail devait compte du fait qu'il ne pourrait que s'agir d'un travail n'exigeant pas l'utilisation de la main droite de manière répétitive, et n'impliquant pas l'exécution de tâches fines ou le port de charges. Ils ont estimé que ces autres activités exigibles pourraient être exercées à plein

temps, pour autant que le cahier des charges mentionnés ci-dessus soit respecté.

Sur le plan psychique, les experts ont indiqué que l'assurée souffrait depuis trois ans de douleurs de sa main droite, alors qu'il n'y avait plus d'explication organique satisfaisante à cette douleur, ni à la diffusion des douleurs à distance de la lésion initiale. Suite à son accident domestique du 20 juin 2005, elle excluait sa main droite de toute utilisation fonctionnelle, donnant parfois l'impression de l'ignorer, comme si celle-ci n'existait pas. Par contre, les douleurs prenaient une place prépondérante, elles s'étendaient bientôt au corps entier. Les experts ont relevé la difficulté théorique d'opérer un choix diagnostique entre le syndrome douloureux somatoforme persistant, le trouble dissociatif de la motricité et des organes de sens et la somatisation. Après examen des éléments militant en faveur de l'un ou l'autre de ces diagnostics, les experts sont parvenus à la conclusion que la catégorie diagnostique la plus probable demeurerait le syndrome douloureux somatoforme persistant avec au premier plan la douleur intense accompagnée d'un état dépressif d'intensité moyenne, la douleur demeurant la préoccupation essentielle de l'assurée. Les experts ont par ailleurs noté qu'ils n'avaient pas trouvé d'arguments en faveur d'un état de stress post-traumatique, ni en direction d'une modification durable de la personnalité. Par ailleurs, le mari souffrait également d'une atteinte accidentelle de son membre supérieur annoncée à l'AI, il y avait là probablement un phénomène d'identification et mise en commun d'un vécu invalidant. Les experts ont ajouté que l'état dépressif, traité par le Dr N_____, était actuellement d'intensité moyenne. L'expertisée avait déjà adopté un comportement d'invalidé. La dépression était venue s'installer dans les suites des plaintes douloureuses et s'intégrait dans la dynamique du syndrome somatoforme. Sur le plan social, la vie familiale était privilégiée, il y avait peu de contacts sociaux autres, mais l'assurée était en Suisse seulement depuis 2003, après une période de chômage elle avait commencé un travail en mai 2006 qui n'avait duré que six semaines, car très vite après avoir commencé celui-ci elle avait eu son accident. En conclusion, les experts ont estimé qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique grave, ni retrait ou isolement social, et que la capacité de travail pouvait être considérée complète dans toute activité. Ils n'ont ainsi retenu aucune limitation, aussi bien par rapport à l'activité de nettoyeuse qu'à tout autre activité exigible.

Ces conclusions sont convaincantes et dûment motivées. Elle doivent par conséquent être préférées à celles des médecins traitants de la recourante, en particulier du Dr N_____ qui, dans son dernier rapport médical qui ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue, estime que l'incapacité de travail de sa patiente est totale.

Ainsi, la recourante ne souffrant pas d'un trouble somatoforme douloureux invalidant au regard de la LAI, c'est à bon droit que l'OAI a estimé que sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée.

10. S'agissant des empêchements de la recourante dans l'accomplissement des activités ménagères, l'OAI a fixé l'incapacité à 25,5% sur la base du rapport d'enquête ménagère. De son côté, la recourante se limite à indiquer que l'OAI n'a pas tenu compte de ses limitations totales dans son activité ménagère, sans autre précision.

En ce qui concerne le rapport d'enquête ménagère, le Tribunal de céans constate que son contenu est plausible, motivé, rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations de la recourante et précise si et comment cette dernière bénéficie de l'aide de ses proches.

De ce fait et dans la mesure où la recourante n'oppose même pas d'appréciation divergente à celle de l'enquêtrice, ni n'amène d'élément objectif permettant de remettre en cause les conclusions de l'enquête ménagère, le Tribunal de céans ne s'écartera pas du degré d'incapacité retenu dans le cadre dudit rapport, soit de 25,5%.

Compte tenu d'un empêchement de 25,5% dans la part ménagère (50%), le degré d'invalidité s'élève à 12,75% et non 12,63% comme retenu par l'OAI.

11. Eu égard aux explications qui précèdent et vu le statut mixte de la recourante, le taux d'invalidité de la recourante s'établit comme suit :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Activité lucrative	50%	0%	0%
Activité ménagère	50%	25,5%	12,75%

Ainsi, le degré d'invalidité global de la recourante est inférieur à 40% et donc insuffisant pour ouvrir droit à une rente

12. Il résulte de ce qui précède que le recours sera rejeté et la décision attaquée confirmée.

**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 200 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

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Patrick UDRY

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