REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/835/2007 **ATAS/900/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 28 août 2007

En la cause

Madame S_____, domiciliée , 1213 Onex, représentée par Monsieur R. BAIUNCO de l'ASSUAS, Association suisse des assurés	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine BULLIARD, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame S_____, née le 1951, originaire de la République fédérale de Yougoslavie, mère de six enfants dont le plus jeune est né en 1989, a déposé le 13 mai 2004 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente d'invalidité.

2. Elle a exercé une activité lucrative de nettoyeuse en 2001 et 2002 et déclaré que si elle avait été en bonne santé, elle aurait continué à travailler à plein temps pour des motifs financiers.

3. Dans un rapport adressé à l'OCAI le 22 octobre 2004, le Dr A_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique depuis 2002, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de problèmes somatiques (colonne vertébrale). Il a considéré que sa patiente était incapable de travailler à 100% depuis le 20 juin 2003 dans sa profession de nettoyeuse. Il a indiqué que l'état anxio-dépressif était apparu progressivement depuis fin 2002 dans le cadre de nombreuses plaintes somatiques, lesquelles avaient motivé une mise en incapacité de travail depuis novembre 2002 par son médecin traitant le Dr B_____ de la Permanence Vermont-Grand-Pré. Le Dr A_____ décrit l'assurée en larmes à la première séance durant pratiquement les 50 minutes de l'entretien, et noté un facteur de stress chronique: le fait qu'elle vit avec un époux également malade et à l'AI à 50%. Le pronostic est très réservé.

   Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, le Dr A_____ a précisé que des particularités comportementales de nature sociale culturelle ou familiales influençaient légèrement l'affection actuelle et que les troubles psychiques étaient réactionnaires à des événements de vie adverses, soit un mari malade. Il a en revanche répondu que l'incapacité de travail était due uniquement à une ou des affections physique ou mentale.

4. Dans une note du 26 juillet 2006, non signée, le Dr C_____ du Service médical régional AI (ci-après SMR) relève que selon les médecins ayant procédé à un examen bi-disciplinaire dans le cadre du SMR le 27 juin 2006, l'assurée souffre d'un syndrome rotulien bilatéral et de rachialgies communes. Ces médecins ont également retenu, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail cependant, un épisode dépressif en rémission complète, une hypertension artérielle et une obésité. Le psychiatre n'a pas posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, la symptomatologie ne répondant pas aux critères de la CIM 10. Il considère que l'épisode dépressif sévère décrit par le Dr A_____ correspond tout au plus à un épisode moyen.

5. Dans un rapport du 16 octobre 2006, le Service de réadaptation professionnelle a considéré que l'assurée avait un statut d'active et retenu qu'elle n'était plus capable d'exercer son activité de nettoyeuse, qu'elle pouvait en revanche travailler dans le cadre d'une activité adaptée, compte tenu des limitations suivantes: nécessité de pouvoir alterner 2/heures les positions assise et debout, pas de soulèvement de charges de plus de 6 kg, de port de charges supérieures à 10 kg, pas de porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de montée et descentes répétées d'escaliers, pas de déplacements sur sol irrégulier, pas de position à genoux ou accroupie. Les activités professionnelles envisageables en fonction de ces limitations et des capacités pourraient être dans le secteur de la production, dans l'industrie légère, la petite manufacture ou le conditionnement léger. Le Service de réadaptation professionnelle a ainsi procédé à la comparaison des gains, avec un abattement supplémentaire de 15%, et obtenu un degré d'invalidité de 10,2% (salaire sans invalidité : 45'926 fr. - salaire avec invalidité : 41'223 fr.).

6. Le 20 octobre 2006, l'OCAI a adressé à l'assurée un projet de décision, refusant toute prestation, au motif que son degré d'invalidité de 10,2%, était insuffisant pour justifier l'octroi d'une rente.

7. Le 27 novembre 2006, l'assurée, représentée par Maître Suzette CHEVALIER, a produit un rapport établi par son médecin traitant le 21 novembre 2006. Celui-ci confirme qu'il suit l'assurée depuis le 20 juin 2003 et que son diagnostic principal de départ était celui d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Il reproche aux médecins du SMR de n'avoir retenu que le diagnostic d'un épisode dépressif moyen alors que la description qu'il avait faite dans son rapport du 22 octobre 2004 englobait les trois critères majeurs suivants: humeur dépressive, perte de volonté, …. très ralentie… et les quatre autres critères mineurs pour diagnostiquer un épisode sévère: … insomniaque avec cauchemars … perte de mémoire et de concentration … perte d'estime … à la première séance la patiente se présente abattue … soucieuse (cf. attitude morose et pessimiste). Le Dr A_____ ajoute encore que le cinquième critère mineur de la dépression qu'il n'a pas mentionné comme tel, soit les idées de dévalorisation, était aussi présent et ressort de toute évidence de la phrase: "pour les activités quotidiennes (ménage) doit se faire largement aider par les autres enfants de la maison et par sa belle-fille". Le Dr A_____ s'étonne également de ce que l'épisode dépressif ait pu être considéré comme étant en rémission complète. Il a en effet toujours observé chez la patiente un état de dépression sévère sans aucun signe de rémission et ce, même lors de la dernière séance du 18 octobre 2006.

   Il précise par ailleurs qu'il avait posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant "avant que je sois au courant du véritable degré d'importance de l'atteinte somatique ostéo-articulaire. Connaissant maintenant l'existence d'une base organique qui peut expliquer ses douleurs, je suis d'accord que ce diagnostic n'est plus valable."

8. Par courrier du 13 décembre 2006 adressé au mandataire de l'assurée, le Dr A_____ a confirmé ses conclusions précédentes et ajouté à nouveau le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

9. Par décision du 29 janvier 2007, l'OCAI confirmant le degré d'invalidité de 10,2% a rejeté la demande de prestations AI.

10. L'assurée, représentée par l'ASSUAS, a interjeté recours le 2 mars 2007 contre ladite décision. Elle relève que le rapport d'examen du SMR du 27 juin 2006 et les rapports du Dr A_____ constituent des avis médicaux diamétralement opposés. Elle conclut à l'annulation de la décision de refus.

11. Dans sa réponse du 30 avril 2007, l'OCAI considère que le rapport d'examen rhumato-psychiatrique du 27 juin 2006 remplit à l'évidence les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il rappelle que le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux n'a pas été posé en raison de l'absence d'un véritable sentiment de détresse chez l'assurée. Il constate que le diagnostic d'épisode dépressif sévère retenu par le Dr A_____ ne respecte pas les critères cliniques de la CIM 10, et que la symptomatologie dépressive lors de l'examen était quoi qu'il en soit en rémission complète. Il conclut dès lors au rejet du recours.

12. Dans un courriel du 4 juin 2007, le Dr A_____ s'est déterminé sur le courrier de l'OCAI. Il explique à nouveau pour quelle raison il avait posé puis retiré son diagnostic de trouble somatoforme douloureux et persiste à infirmer que l'épisode dépressif dont souffre sa patiente soit en rémission complète.

13. Le Dr A_____ a été entendu le 19 juin 2007 par le Tribunal de céans. Il a confirmé son diagnostic d'état dépressif épisode sévère, considérant que l'état de sa patiente ne s'était pas modifié. Il a déclaré que

    "J'ai l'impression qu'il y a chez l'assurée une bonne compliance médicamenteuse. Malgré cela je n'ai pas pu constater d'amélioration de son état dépressif. Je pense que le pronostic est plutôt sombre, la dépression paraissant se chronifier. Je ne sais pas expliquer pour quelle raison la Dresse D_____ a considéré que l'épisode dépressif était en rémission. Je vois l'assurée à raison d'une fois par mois, parfois une fois tous les deux mois. Je ne la vois pas plus souvent car une psychothérapie dans son cas est relativement limitée dans la mesure où elle n'a pas une grande capacité de mentalisation et d'introspection et que nous ne parlons pas la même langue".

    Il a confirmé l'incapacité de travail à 100%.

    L'assurée a déclaré qu'elle avait travaillé en 2000 - 2001 à mi-temps seulement parce qu'il lui fallait s'occuper des enfants et de la maison parallèlement. "En

théorie je voudrais bien travailler mais j'ai peur à cause des problèmes dans ma tête".

14. 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'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 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). 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).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 29 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.

3. 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).

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

4. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment

la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

5. L'objet du litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI.

6. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

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

8. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

9. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assurée souffre d'un syndrome rotulien et de rachialgies communes, ce qui la rend incapable de travailler à 100% dans son activité de nettoyeuse.

   Les médecins ont considéré qu'elle pouvait en revanche travailler à plein temps dans le cadre d'une activité adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles suivantes: nécessité de pouvoir alterner 2/heures les positions assise et debout, pas de soulèvement de charges de plus de 6 kg, de port de charges supérieures à 10 kg, pas de porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de montées et descentes répétées

d'escaliers, pas de déplacements sur sol irrégulier, pas de positions à genoux ou accroupie.

10. Dans ses notes des 18 août 2004 et 21 septembre 2006, le Dr B_____, indiquant qu'il n'avait pas revu la patiente depuis le 6 novembre 2003, a souligné que les troubles dont elle souffrait étaient principalement d'ordre psychique.

11. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

12. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi, n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5 let. a).

    Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration 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 contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise 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).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

13. Selon la Dresse D_____, l'épisode dépressif dont souffre l'assurée doit être qualifié de moyen à léger et était au moment de l'examen, soit en juin 2006, en rémission. L'OCAI a dès lors conclu à une capacité entière de travail dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles. Le Dr A_____ en revanche considère que sa patiente présente un état dépressif sévère, et estime qu'elle est incapable de travailler à 100%.

    Ce médecin a plus particulièrement expliqué que les critères majeurs et mineurs permettant de qualifier un état dépressif de sévère étaient présents. Son argumentation n'a cependant pas convaincu le Tribunal de céans, lequel constate

que le rapport des médecins du SMR se fonde quant à lui 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 leur rapport remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (ATF 125 V 352 consid. 3a).

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).

Le Dr A_____ s'étonne par ailleurs de ce que l'épisode dépressif ait pu être considéré par les médecins du SMR comme étant en rémission complète. Il affirme à cet égard que le traitement dispensé à l'assuré n'a au contraire apporté aucune amélioration à son état dépressif.

Force est cependant de rappeler que selon ses propres déclarations, lui et sa patiente ne parlent pas la même langue. S'il y a eu échec thérapeutique, peut-être celui-ci s'explique-t-il précisément par ce fait.

Le Dr A_____ a par ailleurs lui-même admis que la psychothérapie dans ce cas était relativement limitée et qu'il ne voyait sa patiente qu'au rythme d'une fois par mois, parfois même de tous les deux mois seulement, ce qui paraît bien peu en cas de dépression sévère. On ne sait pas par ailleurs, de façon certaine, si la compliance médicamenteuse est bonne ou non, le médecin n'ayant procédé à aucune vérification concrète sur ce point.

14. Au vu de ce qui précède, il apparaît que les conclusions des médecins du SMR doivent être suivies, selon lesquelles l'assurée présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses atteintes somatiques, compte tenu du fait qu'un effort de volonté doit être considéré comme raisonnablement exigible.

15. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'a pas en l'espèce été retenu par les médecins du SMR. Il avait certes été posé par le Dr A_____. Celui-ci l'avait toutefois retiré aussitôt qu'il avait pris connaissance du degré d'importance de l'atteinte somatique ostéo-articulaire. Il en a à nouveau fait état en décembre 2006.

Or, 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 lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). La présence d'un trouble somatoforme douloureux doit dès lors être écartée dans le cas d'espèce, l'avis du Dr A_____ apparaissant peu sûr. Un tel diagnostic ne constitue quoi qu'il en soit 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.

16. Le calcul auquel a procédé l'OCAI pour déterminer le degré d'invalidité sur la base d'un statut de personne active n'est pas critiquable. Le degré d'invalidité de 10, 2 % ne peut ainsi être que confirmé. Aussi le recours doit-il 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. 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	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