

GE_GERICHTE A/3453/2010 vom 20. Dezember 2010

GE Cour de justice, 2010-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3453_2010

FR: GE_GERICHTE A/3453/2010 du 20 décembre 2010

IT: GE_GERICHTE A/3453/2010 del 20 dicembre 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.12.2010
A/3453/2010

A/3453/2010 ATAS/1312/2010 du 20.12.2010 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3453/2010
ATAS/1312/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 6 du 20 décembre 2010 En la cause Madame A _____,
domiciliée à Meyrin recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU
CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame
A _____ (ci-après l'assurée), née en 1950, d'origine espagnole, est arrivée en Suisse
durant le mois de décembre 1973. Elle a travaillé en dernier lieu, en qualité de nettoyeuse,
pour la Commune de Meyrin du 1^{er} octobre 1987 au 27 juillet 2007, date à laquelle elle a
arrêté de travailler pour prendre une retraite anticipée. Le 23 février 2006, l'assurée a subi
un intervention de cure de prolapsus par laparoscopie. En date du 14 novembre 2008, elle a
été opérée d'une hernie crurale droite et d'un lipome de 2.5 centimètres. Par rapport du 15
décembre 2008, le Dr L _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a
constaté que l'assurée souffrait, depuis plusieurs années, de fibromyalgie accompagnée,
depuis un certain temps, de douleurs inguinales bilatérales prédominantes à gauche. Au
status orthopédique, il a relevé qu'elle marchait sans boiterie, qu'il n'y avait pas d'inégalité
de longueur des membres inférieurs, que la mobilité des deux hanches était parfaitement
libre et symétrique et la mobilisation passive indolore. Le 3 février 2009, l'assurée a déposé
une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE, actuellement OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE
DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI), sollicitant l'octroi d'une rente. Elle y a
indiqué avoir été opérée à deux reprises et avoir gardé des séquelles tant à l'aine gauche
qu'à l'aine droite, ne pas pouvoir garder longtemps la position assise et avoir de la difficulté
à se lever. Par courrier du 17 février 2009, le Dr M _____, spécialiste FMH en
médecine interne et en endocrinologie, a informé l'OAI qu'il suivait l'assurée, depuis
plusieurs années, pour de très discrets troubles du métabolisme phosphocalcique et « pour
un nodule thyroïdien à la cytologie bénigne à la ponction aspiration à l'aiguille fine ». Ces
pathologies n'étaient pas susceptibles de justifier, d'après lui, la mise au bénéfice d'une
rente de l'assurance-invalidité. Dans un rapport du 9 avril 2009, le Dr N _____,
généraliste, a posé les diagnostics de fibromyalgie, présente depuis 1997, de cruralgies
droites d'origine indéterminée, existantes depuis 2008, et de dégénérescence kystique du
muscle sus-épineux gauche, diagnostics ayant tous des répercussions sur la capacité de
travail, ainsi que ceux d'asthme saisonnier discret, de status post-opérations d'une hernie
inguinale gauche et d'hypovitaminose D. L'assurée présentait des douleurs multiples
prédominant à l'épaule gauche, à l'aine droite et aux membres inférieurs. Le médecin n'a
pas pu se prononcer sur sa capacité de travail dans l'activité habituelle, dans la mesure où il

ne la voyait qu'épisodiquement, toutefois, il a indiqué que sa capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation et sa résistance étaient limitées. Par questionnaire réceptionné par l'OAI en date du 15 mai 2009, le dernier employeur de l'assurée, a déclaré que celle-ci avait résilié le contrat de travail pour le 27 juillet 2007, en raison d'une retraite anticipée. Son horaire de travail était d'environ 35 heures par semaine, alors que le nombre d'heures hebdomadaires dans l'entreprise était de 40 heures. Son salaire horaire était de 26 fr. 15 en 2007, complété de 8.33% d'indemnités de vacances. Actuellement, son salaire annuel serait de 48'574 fr., augmenté d'un 13^{ème} salaire de 4'047 fr., d'une participation à l'assurance de 1'560 fr. et d'étrennes. L'assurée devait effectuer, dans le cadre de son activité, le pliage du linge et le nettoyage des sols, des sanitaires, des meubles et des autres objets. Le travail s'effectuait ainsi en marchant, en position debout et nécessitait le port de charges jusqu'à 10 kilogrammes. Les fiches de salaire de l'assurée permettent d'établir que son salaire annuel brut était de 49'105 fr. en 2005, de 52'012 fr. 90 en 2006 et de 36'433 fr. 85 en 2007. Le 3 juin 2009, le Dr O _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a retenu des cervicobrachialgies droites chroniques en C7, existantes depuis 1995, un syndrome douloureux chronique, présent depuis 1996 au moins, une gonarthrose bilatérale interne, une arthrose MTP 1 (métatarsophalangienne du premier rayon) bilatérale prédominant à droite, une tendinopathie chronique du sus-épineux de l'épaule gauche et une hernie discale C5-C6 médiane droite, diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, ainsi qu'une méniscectomie externe gauche en juin 2001, un asthme et une hyperparathyroïdisme primaire. Il a indiqué avoir suivi l'assurée du mois de novembre 2006 au 19 janvier 2008 et ne pas être au courant d'un arrêt de travail. Il a déclaré que jusqu'en 2008, l'assurée travaillait à plein temps comme nettoyeuse et qu'elle souffrait de douleurs chroniques prédominant à l'hémicorps gauche, de décompensations douloureuses occasionnelles nécessitant de temps à autre des arrêts de travail pour des tendinopathies des épaules, de gonalgies et d'arthralgies des chevilles. Par communication du 6 juillet 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement indiquée. Dans un avis du 24 juillet 2009, le Dr P _____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a proposé, dans le contexte d'affections chroniques multiples comprenant une fibromyalgie, un examen rhumato-psychiatrique au SMR, afin de déterminer les limitations fonctionnelles de l'assurée et depuis quel moment les affections et les limitations fonctionnelles influençaient la capacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. L'OAI a ainsi mis en œuvre une expertise rhumato-psychiatrique qui a été confiée au Bureau romand d'expertises médicales (ci-après BREM). L'assurée a été examinée, en date du 3 décembre 2009, par les Desses Q _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, et R _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lesquelles ont rendu leur rapport en date du 22 février 2010 sur la base de radiographies complémentaires des genoux et de la colonne lombaire effectuées durant le mois de décembre 2009. Les experts n'ont pas retenu de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, en revanche, elles ont notamment posé les diagnostics de dysthymie, de somatisation, de spondylodiscarthrose cervico-lombaire sans myélopathie ni radiculopathie, de périarthrite scapulo-humérale (PSH) gauche récidivante, de gonarthrose fémoro-tibiale externe incipiens avec chondrocalcinose, de trouble statique plantaire et troubles dégénératifs métatarsiens débutants, de tendinopathies péronières non actives actuellement, d'obésité ou encore d'hypovitaminose D avec hyperparathyroïdisme secondaire, sans ostéoporose. Sur le plan

somatique, elles ont tout d'abord confirmé la présence d'atteintes dégénératives modérées de l'appareil locomoteur au niveau du rachis, de l'épaule gauche, des genoux et des pieds, lesquelles étaient compatibles avec l'âge de l'assurée. Ces atteintes ne revêtaient toutefois pas de caractère incapacitant et n'expliquaient pas l'ampleur du syndrome algique.

L'examen clinique montrait une dame obèse, déconditionnée avec lipoedème douloureux des membres inférieurs compliquant un status variqueux. Des phénomènes allodymiques étaient présents, mais le tableau clinique de type fibromyalgie n'était pas au devant de la scène. Au vu notamment des symptômes et des signes comportementaux douloureux, des discordances de Waddell évoquant une majoration des plaintes et d'un seuil anxigène abaissé, les experts ont plutôt retenu une somatisation. Il n'y avait pas de signe pour retenir un rhumatisme inflammatoire, une maladie systémique, un problème endocrinien ou une malabsorption sélective de la vitamine D. Sur le plan psychiatrique, les experts ont établi l'existence d'une dysthymie, dans la mesure où l'assurée avait relaté des ruminations fréquentes, des troubles du sommeil, une thymie abaissée, avec toutefois un maintien du fonctionnement au quotidien. Il n'y avait pas de détresse émotionnelle ou de souffrance psychique marquée permettant de retenir un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Toutefois, eu égard aux nombreuses plaintes somatiques relatées par l'assurée, le diagnostic de somatisation a été posé. Cette somatisation ne s'accompagnait pas d'une comorbidité psychique d'acuité et de durée importante. De plus, l'assurée ne présentait pas d'affections corporelles chroniques, hormis une gonarthrose, qui n'était pas invalidante. Il n'y avait pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, attendu que l'assurée avait décrit une sociabilité conservée avec la famille élargie et les amis, de sorte que les experts ont considéré qu'elle était susceptible de surmonter ses douleurs. Enfin, elle ne présentait pas de trouble anxieux majeur, de dépression, d'état de stress post-traumatique, de trouble affectif bipolaire, de psychose ou encore de trouble de la personnalité. En conclusion, les experts ont déterminé que l'assurée présentait une entière capacité de travail dans sa dernière activité lucrative et en tant que ménagère, sans diminution de rendement ni limitations fonctionnelles. Dans un avis du 10 août 2010, le Dr P _____ a pris note du contenu du rapport d'expertise et a confirmé que la capacité de travail de l'assurée était entière quelle que soit l'activité et sans limitation fonctionnelle. Le 18 août 2010, l'OAI a signifié à l'assurée un projet de refus de prestations. En effet, d'après le SMR, il n'existait aucune maladie invalidante justifiant une diminution de la capacité de travail de longue durée ou des empêchements dans le ménage. Il n'y avait dès lors pas d'invalidité, de sorte que l'assurée n'avait pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Par décision du 27 septembre 2010, l'OAI a entièrement confirmé son projet de décision. Par courrier du 11 octobre 2010, l'assurée a interjeté recours contre cette décision de l'OAI auprès du Tribunal de céans. Elle l'a contesté, attendu que son état de santé général ne s'était pas amélioré, mais au contraire péjoré. Par réponse du 8 novembre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. En effet, il a soutenu que c'était à juste titre qu'il s'était fondé sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du BREM, laquelle présentait valeur probante au sens de la jurisprudence. De plus, l'évaluation des experts était conforme à l'appréciation des médecins traitants de la recourante. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à

la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, et singulièrement sur son droit à une rente. En vertu de l'art. 28 al. 1 er LAI en vigueur dès le 1 er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 al. 1 er LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 er 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). b) Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 396 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 65 consid. 4.3). 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. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine; voir aussi ATFA non publié I 805/04 du 20 avril 2006, consid. 5.2.1 et les références). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou

progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). a) 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). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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 351 consid. 3b/bb). d) 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Dans le cadre de l'instruction du dossier, la recourante a été soumise à une expertise rhumato-psychiatrique par des médecins du BREM. Celles-ci n'ont retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de

travail, toutefois, elles ont exposé les affections dont la recourante souffrait, soit notamment une dysthymie, une somatisation et des troubles dégénératifs modérés de l'appareil locomoteur au niveau du rachis, de l'épaule gauche, des genoux et des pieds, troubles compatibles avec l'âge de la recourante. Celle-ci présentait, d'après les experts, une entière capacité de travail dans sa dernière activité lucrative et en tant que ménagère, sans diminution de rendement ni limitations fonctionnelles. L'expertise se fonde sur une anamnèse familiale, personnelle, sociale et médicale de l'assurée, sur son dossier médical et radiologique, sur ses plaintes et sur des examens somatique et psychiatrique complets. Les diagnostics ont été précisément posés et l'appréciation médicale est claire. Quant aux conclusions, elles sont motivées et convaincantes. En effet, les expertes se sont exprimées sur les raisons qui les amenaient à retenir les différents diagnostics et on comprend pourquoi elles n'ont pas retenu d'incapacité de travail ni de limitations fonctionnelles. Leur rapport ne contient qui plus est ni contradictions ni indice permettant de remettre en cause le bien-fondé des conclusions. a) Des courriers et rapports des médecins ayant suivi la recourante sont également présents au dossier. Il y a lieu de déterminer s'ils permettent de douter du contenu de l'expertise. b) Le Dr M _____, spécialiste en médecine interne et en endocrinologie, a tout d'abord estimé que les pathologies dont souffrait la recourante ne justifiaient pas l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. Le Dr N _____, généraliste, a quant à lui estimé qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail de la recourante dans son activité lucrative habituelle, dans la mesure où il ne la voyait qu'épisodiquement. Enfin, le Dr O _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a indiqué ne pas avoir été au courant d'un arrêt de travail. Il a déclaré que jusqu'en 2008, la recourante travaillait à plein temps comme nettoyeuse et qu'elle souffrait de douleurs chroniques prédominant à l'hémicorps gauche, de décompensations douloureuses occasionnelles nécessitant de temps à autre des arrêts de travail pour des tendinopathies des épaules, des gonalgies ou des arthralgies des chevilles. c) Le Tribunal de céans constate que ces rapports ne viennent que corroborer les conclusions du rapport d'expertise du BREM, dans la mesure notamment où aucun des médecins ne retient d'incapacité de travail de longue durée dans l'activité habituelle. Il n'en ressort qui plus est aucun élément concret susceptible de remettre en cause les conclusions des experts quant aux troubles dont souffre la recourante. Le rapport d'expertise remplit dès lors toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante. Il appert par ailleurs que la recourante ne remplit pas les critères développés par le Tribunal fédéral pour attribuer à la fibromyalgie ou au trouble somatoforme douloureux un caractère invalidant. En effet, il convient d'exclure, au vu du rapport d'expertise rhumato-psychiatrique, qu'elle souffre d'une comorbidité psychiatrique importante de par sa gravité, son acuité et sa durée, ce d'autant plus qu'elle n'a pas été suivie par un psychiatre. Quant aux autres critères, s'il peut être considéré qu'elle souffre d'affections corporelles chroniques sous forme de troubles dégénératifs de l'appareil locomoteur, la recourante ne subit pas de perte d'intégration sociale, dans la mesure où elle a des contacts réguliers avec sa famille et avec ses amies. De plus, les critères de l'état psychique cristallisé ou de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art ne sont pas réalisés. Partant, les troubles douloureux dont souffre la recourante, que les experts ont retenu sous le diagnostic de somatisation, n'ont pas de caractère invalidant. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu une entière capacité de travail dans l'activité lucrative habituelle, et par voie de conséquence un degré d'invalidité nul (cf. Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2). Partant, la décision de l'intimé

doit être confirmée et le recours rejeté. Dans la mesure où la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante qui succombe. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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 ; RS 173.110); 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 Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI La secrétaire-juriste : Diane E. KAISER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.