

## **GE\_GERICHTE A/3955/2013 vom 4. Juni 2014**

GE Cour de justice, 2014-06-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3955\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3955_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/3955/2013 du 4 juin 2014

IT: GE\_GERICHTE A/3955/2013 del 4 giugno 2014

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 04.06.2014  
A/3955/2013

A/3955/2013 ATAS/685/2014 du 04.06.2014 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3955/2013  
ATAS/685/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 4 juin  
2014 5ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée au GRAND-SACONNEX,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yvan JEANNERET recourante  
contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue  
des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_, née en 1970, de  
nationalité portugaise, est arrivée en Suisse en 2001 et travaille depuis février 2005 auprès  
de la Société coopérative B\_\_\_\_\_ Genève (ci-après l'employeur) en tant que caissière.  
2. Dès le 8 décembre 2010, l'assurée a été en incapacité de travail totale en raison d'un  
trouble dépressif récurrent. 3. Du 2 mars au 20 avril 2011, l'assurée a été hospitalisée à  
l'Hôpital universitaire de Genève (HUG) à la demande de la Doctoresse -C\_\_\_\_\_,  
spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, en raison d'idées suicidaires. Par rapport  
du 14 septembre 2011, la Doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et  
psychothérapie, et la Doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin interne, ont diagnostiqué un trouble  
affectif bipolaire, épisode actuel mixte (F31.6). L'état clinique de l'assurée avait été dominé  
par une tension interne avec de l'anxiété ainsi qu'une tristesse importante avec beaucoup de  
ruminations, une perte de plaisir, une aboulie et un sentiment de fatigue. 4. Dès le 4  
juillet 2011, l'assurée a présenté une incapacité de travail de 70%. 5. Le 30 novembre  
2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de  
l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI). 6. Dans un questionnaire  
reçu le même jour par l'OAI, l'employeur a indiqué que l'assurée travaillait en tant que  
caissière et effectuait 35 heures par semaine (le nombre d'heures de travail au sein de  
l'entreprise étant de 41 heures par semaine) pour un salaire mensuel de CHF 3'360.- versé  
13 fois en 2011. Son activité exigeait de grandes capacités de concentration, d'endurance, de  
soin et d'interprétation. Le poste de caissière pouvait être stressant selon les clients. 7.  
Le 12 décembre 2011, l'employeur a attesté que depuis le 1 er juillet 2008, le taux d'activité  
de l'assurée était de 85,37% 8. Par rapport du 23 décembre 2011, la Dresse C\_\_\_\_\_,  
spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité  
de travail de l'assurée, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes  
psychotiques, en rémission partielle. Sans effet sur la capacité de travail, l'assurée  
présentait une personnalité avec une labilité émotionnelle et des traits obsessionnels. Les  
limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle étaient des troubles de l'attention, de la  
fatigabilité, des maux de tête et des difficultés de concentration. L'activité habituelle était  
encore exigible, au maximum à 50% dès le printemps 2012. L'assurée ne présentait pas de  
limitations sur le plan physique, seules ses capacités de concentration, de compréhension,

d'adaptation et sa résistance étaient limitées. Les symptômes actuels étaient une grande labilité émotionnelle avec des éléments dépressifs, de la tristesse, une apathie, des idées suicidaires, de l'irritabilité et de l'impatience vis-à-vis de l'entourage. Ses défenses étaient de type anankhastiques avec un perfectionnisme et un souci de la propreté. Le pronostic était réservé compte tenu de la difficulté à stabiliser l'assurée par un traitement médicamenteux. 9. Le 31 janvier 2012, l'OAI s'est entretenu avec l'assurée. Celle-ci a expliqué avoir des difficultés dans la relation clientèle (peur de la foule), elle ressentait de l'agressivité, des troubles de la concentration et une intolérance au bruit. Elle travaillait dans le centre commercial de F\_\_\_\_\_, soit l'un des plus gros centre B\_\_\_\_\_ à Genève, et souhaitait changer de succursale pour poursuivre son activité dans un établissement de quartier (rapport de l'OAI du 15 février 2012). 10. L'assurée a été soumise à une expertise effectuée par le Docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, en psychiatrie et psychothérapie. Par rapport du 15 février 2012, l'expert a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne (F33.1). L'épisode actuel avait débuté en décembre 2010. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait une personnalité avec des traits émotionnellement immatures et instables, impulsifs et rigides accentués. Parmi les plaintes, on trouvait plusieurs symptômes anxio-dépressifs comme un sentiment de détresse et d'épuisement, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, de fortes angoisses, un manque de motivation et d'élan, ainsi que des troubles du sommeil. Les critères comme une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, des idées ou actes suicidaires, une perturbation du sommeil, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de dévalorisation, un manque de motivation, ainsi que des symptômes anxieux et des crises de panique étaient présents depuis longtemps chez l'assurée et s'étaient aggravés dans le cadre du nouvel épisode anxio-dépressif à partir de décembre 2010, nécessitant une incapacité de travail totale à partir du 8 février 2011. Suite à la prise en charge et la compliance thérapeutique de l'assurée, l'expert constatait une certaine amélioration, ce qui avait permis à l'assurée de reprendre le travail au moins à 30% à partir de juillet 2011. L'assurée était motivée à augmenter son taux d'activité à 50% dès le 13 février 2012. S'agissant du déroulement de ses journées, l'assurée a expliqué se lever entre 6h00 et 6h30 et préparer le petit-déjeuner pour son compagnon. Elle habillait son fils, qui partait avec son compagnon. Elle travaillait entre 11h30 et 14h00. En rentrant, elle faisait parfois quelques courses, puis se reposait et faisait un peu de ménage. L'assurée était maniaque, ne supportant pas la saleté et nettoyant tout le temps derrière son fils. Elle repassait tout le linge et rangeait les armoires. Dès 17h00, elle s'occupait de son fils et préparait le souper. Si elle était très fatiguée, c'était son compagnon qui assumait la cuisine. Selon l'expert, les raisons d'un tel "trouble dépressif majeur" étaient multifactorielles. L'état psychique était encore marqué par une symptomatologie anxio-dépressive d'une intensité moyenne. Par conséquent, l'état de l'assurée restait encore très fragile, avec une grande fluctuation de son humeur ainsi qu'une grande fatigabilité avec des journées durant lesquelles elle avait de la peine à quitter la maison, se sentant complètement incapable d'assumer même de petites tâches. Pour cette raison, du point de vue psychiatrique, une augmentation de la capacité de travail au-delà de 50% (du 80%) ne semblait guère possible dans les prochaines semaines. Le pronostic de moyen à long terme semblait très incertain, vu les traits accentués de la personnalité de l'assurée ainsi que la nature de sa maladie, laissant craindre de nouvelles décompensations dans l'avenir malgré une bonne compliance thérapeutique et la forte motivation de l'assurée à reprendre le travail. Ainsi, la capacité de travail de l'assurée en tant que caissière dans un supermarché et dans toute autre activité

était à considérer à 50% au maximum pour les prochaines semaines. L'évaluation de la capacité de travail telle que faite par la psychiatre traitant était à considérer dans l'avenir. La compliance médicamenteuse semblait clairement insuffisante et était à contrôler. 11. Par rapport du 26 avril 2012, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire, sans changement dans les diagnostics. Il persistait une grande labilité émotionnelle et de l'humeur d'un jour à l'autre; une tension intérieure, de la fatigabilité avec envie de régression. Ses tendances perfectionnistes et sa valorisation du travail la poussaient à s'activer dans le travail et les tâches ménagères, en faisant fi de sa fatigue. Il y avait une persistance d'idées noires fluctuantes chez l'assurée, avec l'envie de rejoindre sa sœur décédée. Le pronostic était actuellement réservé, malgré un changement d'antidépresseur et un monitoring sanguin qui confirmait la prise régulière de médicaments et malgré un suivi psychothérapeutique régulier et investi. Les limitations fonctionnelles étaient une tension intérieure, une fatigabilité, une irritabilité et un manque de concentration. La capacité de travail était de 50% dans le poste occupé en tant que caissière dès mi-février 2012. 12. Selon une note au dossier de l'OAI du 24 mai 2012, l'employeur a indiqué que l'assurée était en reprise à 50%, mais qu'il observait un rendement insuffisant. L'employeur a corroboré les dires de l'assurée concernant l'activité de caissière et a affirmé qu'un placement dans une entité plus petite pourrait augmenter son rendement et, le cas échéant, sa capacité de travail. 13. Le 13 juillet 2012, l'OAI a noté qu'il semblait que l'assurée pouvait augmenter sa capacité de travail si son activité habituelle pouvait être exercée dans une entité plus petite. Son employeur était d'accord d'envisager un changement de succursale et l'OAI était d'accord pour soutenir l'assurée dans cette démarche avec à terme pour objectif une capacité de travail totale. 14. Par rapport du 13 juillet 2012, la Dresse C\_\_\_\_\_ a relevé que la compliance était bonne. Le changement d'antidépresseur s'était fait fin février 2012 et n'avait entraîné qu'une très légère amélioration clinique qui permettait à l'assurée de travailler à 50%, ceci au prix de tensions nerveuses, de stress et de difficultés à se concentrer. L'assurée fonctionnait sur le mode du perfectionnisme avec une grande exigence envers elle-même, une préoccupation pour l'ordre, un souci excessif de productivité; elle trouvait une valorisation à effectuer son travail avec zèle et rapidité, sans tenir compte de ses réelles possibilités. Ces traits de personnalité anankhastique occasionnaient une rigidité de fonctionnement. Enfin, l'assurée exerçait déjà une activité adaptée. 15. Par communication du 3 août 2012, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une orientation professionnelle du 8 août au 8 novembre 2012. 16. Selon une note de travail de l'OAI du 20 novembre 2012, la psychiatre traitant estimait que l'équilibre de l'assurée était fragile. Le placement dans la petite succursale avait permis une stabilisation de son état, mais à présent on restait sur le fil du rasoir. Augmenter le taux de travail n'était pas envisageable à court, moyen ou long terme, un 20 heures par semaines était déjà trop, il fallait rester sur 17,30 heures par semaine. L'assurée était toujours sous tension, elle présentait une nervosité maximum, son sommeil était grandement perturbé (insomnies) et la médication était peu probante malgré les nombreux changements. L'assurée s'était fait prendre à son propre piège du perfectionnisme tant sur le plan professionnel que familial. Or sa problématique de santé ne le lui permettait plus. De nouvelles investigations étaient en cours notamment concernant les troubles du sommeil et trois épisodes de syncope pour causes indéterminées. De manière définitive, l'assurée avait une capacité de 50% et l'assurée ne voyait pas d'activité plus adaptée que celle occupée habituellement. Elle se sentait dans l'incapacité totale d'imaginer un processus de réorientation professionnelle. Selon la psychiatre traitant, un nouvel emploi et une nouvelle formation nécessiteraient des capacités

d'adaptation, de nouveaux apprentissages et un nouveau stress, lesquels étaient en effet incompatibles avec la situation de santé de l'assurée. 17. Le 21 novembre 2012, l'OAI a prolongé l'orientation professionnelle jusqu'au 10 décembre 2012. 18. Le 21 décembre 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée un placement à l'essai de 180 jours auprès de son employeur, au terme duquel un transfert définitif devait être contractualisé sous réserve du bon déroulement de la mesure et d'un taux d'activité minimal de 20 heures par semaine.

19. Par rapport du 26 janvier 2013, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué que malgré une bonne compliance et un traitement médicamenteux important, l'assurée restait dans un état clinique stable et peu satisfaisant. Elle se plaignait d'une grande asthénie et d'un état de stress avec difficultés à se concentrer dans son travail, un état de tension interne intense et les idées dépressives étaient toujours présentes. Le pronostic restait réservé étant donné que l'assurée mobilisait toute son énergie pour "tenir" dans son activité professionnelle à 50% au détriment de sa vie familiale. La tentative d'augmenter son temps de travail de 17,30 heures à 20 heures par semaine s'avérait actuellement difficile. La capacité de travail était de 50% en tant que caissière depuis février 2012 et l'assurée était actuellement au maximum de ses possibilités. 20. Par avis du 11 février 2013, le Dr H\_\_\_\_\_ a estimé qu'en raison du trouble dépressif récurrent, l'assurée présentait dès le 8 décembre 2010 une incapacité de travail totale et dès le 1<sup>er</sup> juillet 2011, une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, comme indiqué par les Drs G\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ (rapport du 26 janvier 2013). Celle-ci avait confirmé dans son dernier rapport que la capacité de travail de l'assurée ne pouvait être augmentée et restait à 50% malgré le traitement. 21. Le 13 mai 2013, une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée. Par rapport du 16 mai 2013, Madame I\_\_\_\_\_ a conclu à un empêchement dans les travaux habituels de 17.1%, compte tenu de l'aide exigible du compagnon de l'assurée estimée à 22.6%. L'enquêtrice a notamment relevé que l'assurée, veuve de son premier mari, avait un fils né en 1990. Elle vivait avec son compagnon, qui ne rentrait pas à midi et avec qui elle avait un fils, né en 2007, qui allait aux cuisines scolaires quatre jours par semaine et parfois au parascolaire de 16h00 à 18h00. L'assurée avait été active professionnellement à 85.37%. L'enquêtrice a retenu les empêchements suivants, prenant en compte l'aide exigible du compagnon de l'assurée: - 40% dans la conduite du ménage (pondération 3%), - 22% dans l'alimentation (pondération 47%), - 0% dans l'entretien du logement (pondération 17%), - 0% dans les emplettes (pondération 7%), - 10% dans la lessive et l'entretien des vêtements (pondération 16%), - 40% dans les soins aux enfants (pondération 10%) et - 0% dans le poste "divers" (pondération 0).

22. Du 21 au 31 mai 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée un réentraînement dans l'activité professionnelle (communication du 26 juin 2013). 23. Dès le 1<sup>er</sup> juin 2013, l'assurée a été transférée définitivement dans une petite succursale à 50%. 24. Par rapport du 18 juillet 2013, le service de réadaptation de l'OAI a indiqué qu'au terme des mesures professionnelles mises en place en collaboration avec l'employeur, l'assurée conservait son emploi à 50%. L'assurée travaillait dans un environnement respectant ses limitations inhérentes à sa problématique de santé. Dès le 1<sup>er</sup> juin 2013, elle occupait un emploi de caissière 20 heures par semaine, soit un 50%. Selon les données transmises le 16 mai 2013 par l'employeur, le salaire actuel pour 41 heures par semaine était de CHF 3'988,50 par mois en 2013, soit CHF 3'419,71 pour un taux d'activité de 85,75%. Le salaire actualisé en 2013 pour 20 heures de travail par semaine était de CHF 1'945,61 brut par mois x 13. En comparant le salaire sans invalidité obtenu pour un taux d'activité de 85,75%, au salaire avec invalidité obtenu pour un taux d'activité de 50%, il en résultait un

degré d'invalidité dans la sphère professionnelle de 43.11%  $[(44'456 - 25'292) / 44'456 \times 100]$ . 25. Par projet de décision du 3 septembre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'elle n'avait droit ni aux mesures professionnelles, ni à une rente d'invalidité. Sans atteinte à la santé, l'assurée aurait travaillé à 85% et se serait consacrée à ses travaux habituels pour les 15% restants. L'assurée présentait une incapacité de travail durable depuis décembre 2010. Selon l'enquête ménagère, elle présentait un empêchement de 17%, soit un degré d'invalidité de 3% dans la sphère ménagère (15% x 17%). Sur le plan professionnel, sa capacité de travail était de 50% dans toute activité selon le SMR. Il s'ensuivait une perte économique de 43%, soit un degré d'invalidité de 37% dans la part professionnelle (85% x 43%). Le degré d'invalidité total était de 39%. 26. Le 8 octobre 2013, l'assurée a contesté le projet de décision. Elle a fait valoir que les médecins avaient retenu une capacité de travail résiduelle de 50% de son ancien taux d'activité. Selon son médecin traitant, 20 heures par semaine était déjà trop, il fallait rester à 17,30 heures par semaine. Il convenait de recalculer le degré d'invalidité, en prenant en compte un degré d'invalidité de 42.5% dans la part professionnelle (50% x 85%) et de 3% dans la part ménagère (17% x 15%), soit un degré d'invalidité total de 45.5% (42.5% + 3%), ouvrant droit à un quart de rente d'invalidité. Par ailleurs, l'activité déployée ne semblait pas, à court et à moyen terme, adaptée à sa situation médicale, tant en ce qui concernait le taux d'activité que les conditions de travail. Il était à craindre qu'elle ne puisse plus respecter les conditions d'engagement. Il convenait dès lors que la recourante soit mise au bénéfice de mesures professionnelles.

27. A l'appui de sa contestation, l'assurée a joint un rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 7 octobre 2013, selon lequel avant l'atteinte à la santé, l'assurée travaillait habituellement à 80%. Son incapacité de travail était de 50% par rapport à son taux d'activité professionnelle antérieur et non pas par rapport à un plein temps. Sa capacité de travail avait été adaptée de 17,30 heures par semaine à 20 heures par semaine, pour satisfaire aux exigences de son employeur et aux exigences idéalisées de l'assurée, pour qui la diminution de sa capacité de travail était une blessure narcissique considérable. La Dresse C\_\_\_\_\_ avait constaté que sur le plan clinique, l'assurée était beaucoup plus tendue et angoissée avec une réapparition d'idées suicidaires depuis ce changement de rythme. Un arrêt de travail à 100% pendant deux semaines en septembre s'était imposé par un tableau dépressif majeur avec le risque d'un passage à un acte auto-agressif. Sur le plan médical, la Dresse C\_\_\_\_\_ estimait qu'actuellement l'assurée était dans une situation professionnelle inadaptée par rapport à ses réelles possibilités psychiques et que 17,30 heures par semaine était un maximum à envisager. Par conséquent, il y avait un risque non négligeable de rechutes et d'aggravation des symptômes. L'assurée avait certes bénéficié d'une adaptation de ses conditions de travail en étant déplacée dans une plus petite succursale avec une diminution du stress extérieur, mais que partiellement étant donné qu'elle travaillait régulièrement en fin de journée, moments où la tension psychique était davantage marquée. 28. Par décision non datée reçue le 6 novembre 2013 par l'assurée, l'OAI a maintenu sa position. L'incapacité de travail de longue durée avait débuté en décembre 2010. A l'issue du délai de carence d'une année, soit en décembre 2011, l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans toute activité. Cette capacité de travail exigible était fondée sur une activité à temps complet et non pas sur le dernier taux d'activité comme l'invoquait l'assurée. S'agissant des mesures professionnelles, l'activité habituelle étant exigible à 50% et aucune autre activité ne permettant de réduire le dommage économique, des mesures n'étaient pas indiquées. Pour le surplus, l'OAI a repris ses précédents arguments 29. Par acte du 6 décembre 2013, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant,

sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale, et principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 30 novembre 2011 et à l'octroi de mesures professionnelles. La recourante fait valoir que de l'avis unanime des médecins qui se sont prononcés, elle dispose d'une capacité de travail de 50% de son ancien taux de travail de 85%. Pour ne pas perdre son travail, la recourante s'est résignée à travailler 20 heures par semaine, malgré l'avis des médecins. Or, l'intimé a effectué son calcul du degré d'invalidité en se fondant sur un revenu avec invalidité à 50% d'un 100%. Selon la recourante, en tenant compte d'une incapacité de 50% dans la part professionnelle de 85,36%, il en résulte un degré d'invalidité de 42,7%. S'agissant des travaux habituels, la recourante fait valoir que son empêchement est en réalité beaucoup plus important que 17,1% retenu par l'intimé et elle sollicite la mise en place d'une expertise visant à déterminer cet empêchement et, si nécessaire, également la mise en œuvre d'une expertise visant à déterminer son taux de capacité de travail. Cela étant, la recourante fait valoir que même en tenant compte d'un empêchement de 17,1% dans les travaux habituels (part pondérée à 14,64%), il en résulte une invalidité de 2,5% dans ce domaine (14,64% x 17,1%), soit un degré d'invalidité total de 45% (42,70% et 2,5%), donnant droit, à tout le moins, à un quart de rente. Quant aux mesures professionnelles, son activité actuelle auprès de son employeur semble, à court et à moyen terme, pas du tout adaptée à sa situation médicale, tant au niveau du taux d'activité que des conditions de travail. Elle craint donc d'être licenciée. Il apparaît donc primordial qu'elle puisse bénéficier de mesures d'ordre professionnelles et soit assistée en vue de négocier une adaptation de son poste de travail avec son employeur (tant au niveau du pourcentage que des horaires de travail), afin d'éviter une nouvelle incapacité de travail ou un licenciement. 30. Par réponse du 17 janvier 2014, l'intimé conclut à l'octroi d'un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2012, compte tenu d'un degré d'invalidité de 45%, et au rejet du recours pour le surplus. Ce faisant, l'intimé admet que la recourante a une capacité de travail de 50% de son ancien taux d'occupation à 85%. S'agissant de l'enquête ménagère effectuée le 13 mai 2013, celle-ci a pleine valeur probante. Les mesures d'ordre professionnelles ne sont pas indiquées, la recourante ayant bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle et d'un placement à l'essai en collaboration avec son employeur. Ces mesures lui ont permis de maintenir son activité professionnelle chez son employeur, dans une succursale plus petite. 31. Dans son écriture du 2 mai 2014, la recourante persiste dans ses conclusions. 32. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) 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. 2. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56ss LPGA). 3. Le litige porte sur le taux d'invalidité de la recourante et le droit aux mesures professionnelles. 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules

les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). 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 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 5. a. Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus de l'art. 16 LPGA. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2). 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. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); 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 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). b. En l'occurrence, au regard de l'horaire usuel de travail chez l'employeur (41 heures) et des 35 heures travaillés par la recourante, il en résulte que celle-ci consacrait ainsi 85,37% de son temps à l'exercice d'une activité lucrative (taux confirmé par l'employeur le 12 décembre 2011), et respectivement 14,63% de son temps à l'accomplissement des travaux ménagers. Il s'ensuit que la part professionnelle est de 85,37% et la part ménagère de 14,63%. 6. En vertu de l'art. 28 al. 2 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date

à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). 8. 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. 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). 9. 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 ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. Enfin, 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a). 11. En l'occurrence, il résulte des pièces versées au dossier que la recourante souffre d'un trouble dépressif récurrent entraînant de la fatigabilité, une tension psychique, des troubles de la concentration, un état de stress et des troubles du sommeil. Les parties ne le contestent pas. S'agissant des répercussions de cette atteinte psychique sur la capacité de travail de la recourante, le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu, dans son avis du 11 février 2013, une incapacité de travail totale dès le 8 décembre 2010, sur la base des rapports établis par les Drs G\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_. Ces deux spécialistes ont par ailleurs retenu que suite à la prise en charge thérapeutique de la recourante, une capacité de travail de maximum 50% - de son ancien taux d'occupation - était exigible dans l'activité de

caissière à compter de février 2012 ainsi que dans toute autre activité (rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 15 février 2012; rapports de la Dresse C\_\_\_\_\_ des 26 avril 2012 et 26 janvier 2013). L'intimé, dans le cadre de la présente procédure, ne conteste plus que la capacité de travail résiduelle de la recourante est de 50% de son ancien taux d'occupation (écriture du 17 janvier 2014). Néanmoins, la question de sa capacité de travail exigible à partir de la reprise du travail à 50% d'un plein temps peut rester ouverte. En effet, la recourante est occupée depuis le 1<sup>er</sup> juin 2013 au taux de 50%, ce qui démontre, d'une part, qu'elle est pour l'instant encore en mesure d'assumer un tel taux d'activité, même s'il y a des doutes sur l'exigibilité de l'exercice d'un travail à mi-temps dans la durée. D'autre part, pour le calcul de la perte de gain et donc de son degré d'invalidité, il sied de prendre de toute manière en considération son gain d'invalidité effectif, la notion d'invalidité étant une notion économique et non seulement médicale, comme exposé ci-dessus. Durant la période antérieure au 1<sup>er</sup> juin 2013, la recourante a bénéficié de mesures d'ordre professionnel, pendant lesquelles elle recevait des indemnités journalières. Par conséquent, la question du taux de capacité de travail durant cette période peut aussi rester ouverte, dès lors que, selon l'art. 29 al. 2 LAI, le droit à la rente ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière. Ainsi, en l'état, la chambre de céans ne peut que se tenir au taux d'occupation de 20h dans la sphère de l'activité lucrative à compter du 1<sup>er</sup> juin 2013. Si toutefois la recourante doit réduire dans l'avenir son taux d'activité en raison du fait que sa capacité de travail est en réalité inférieure à 50%, et cela déjà au moment de la décision querellée comme l'intimé l'a admis dans la présente procédure, il lui appartiendra de demander le cas échéant une révision des décisions prises en se prévalant d'un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité (diminution du salaire), et donc le droit à la rente.

12. a. L'invalidité des assurés qui travaillent dans le ménage est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28a al. 2 et 3 LAI, en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Elle se fonde non seulement sur l'incapacité de l'assuré à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que notamment la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], n°3084 ss). Le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place. L'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des 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. 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). Il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. 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 publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). En présence de troubles d'ordre psychique, il est également admis que les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité). b. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), 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. 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 publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005, 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). 13. En l'espèce, l'intimé a retenu un empêchement de 17.1% dans la sphère ménagère, ce que la recourante conteste. Il résulte du rapport établi le 16 mai 2013 que l'enquêtrice a scindé le champ d'activités ménagères en sept postes, comme le préconise le chiffre 3086 CIIAI. Rien ne permet de remettre en cause leur pondération et la recourante ne les conteste au demeurant pas. Par ailleurs, de manière générale, l'enquêtrice a indiqué les raisons pour lesquelles elle retenait une certaine exigibilité de la part du compagnon de la recourante, en précisant pour chaque poste, quelles étaient les tâches effectuées par ce dernier ainsi que par la recourante elle-même. En particulier, il apparaît que l'enquêtrice a suffisamment pris en considération l'état psychique de la recourante, étant rappelé que selon les médecins, elle présente une fatigabilité, une tension psychique, des troubles de la concentration, un état de stress et des troubles du sommeil. Ainsi, des empêchements de 40% ont été retenus dans les tâches nécessitant une capacité de concentration et engendrant une fatigabilité, soit le poste "conduite du ménage", ainsi que le poste "soins aux enfants". La recourante a en effet expliqué que depuis l'atteinte à la santé, elle avait de la peine à se concentrer, à planifier, elle oubliait et avait besoin de l'aide de son compagnon pour s'organiser. En outre, elle a indiqué être très impatiente avec son fils, avoir de la peine à être à son écoute, n'avoir pas envie de jouer avec lui, ni de le sortir. S'agissant du poste "alimentation", un empêchement de 22% a été retenu, la recourante ne cuisinant presque plus en raison de sa fatigue. Elle faisait toutefois la vaisselle et nettoyait encore la cuisine, mais moins souvent. S'agissant du

poste "lessive et entretien des vêtements", un empêchement de 10% a été retenu, dès lors que la recourante a expliqué faire encore la lessive sans aide, mais qu'elle ne repassait plus que le quart du temps. Enfin, dans les postes "entretien du logement" et "emplettes et courses diverses", aucun empêchement n'a été retenu, la recourante ayant indiqué que depuis son atteinte à la santé, elle s'occupait toujours de l'entretien du logement et faisait toujours les courses, avec l'aide de son compagnon pour l'aspirateur et les tâches administratives, et en diminuant la fréquence des nettoyages. On ajoutera que l'enquête a été exécutée au domicile de la recourante par une personne ayant connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des différentes limitations de la recourante. Par ailleurs, la recourante conteste de manière générale l'empêchement retenu dans les travaux habituels, se contentant d'affirmer qu'il serait en réalité plus important. Elle ne fait pas valoir que les tâches retenues par l'enquêtrice dans son rapport et effectuées par elle-même ou son compagnon seraient erronées ou que l'enquêtrice aurait omis de tenir compte de certaines de ses déclarations. Il s'ensuit qu'en l'absence d'inexactitudes ou d'omissions dûment établies, l'on ne saurait remettre en cause les empêchements retenus par l'enquêtrice dans les différents postes. Il est également à relever qu'aucun médecin n'a attesté que la recourante rencontre dans le ménage un empêchement supérieur à celui constaté dans l'enquête économique sur le ménage. Partant, eu égard aux éléments précédemment exposés, le rapport d'enquête doit se voir reconnaître valeur probante, de sorte qu'il convient de confirmer l'empêchement global de 17.1% dans la sphère ménagère. 14. Il résulte de ce qui précède que la mise en œuvre d'une expertise médicale complémentaire, demandée par la recourante, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves, de sorte que cette conclusion de la recourante doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). 15. Quant au degré d'invalidité dans une activité salariée, la recourante occupe dès le 1<sup>er</sup> juin 2013 un emploi de caissière à raison de 20 heures par semaine. Selon les données transmises le 16 mai 2013 par l'employeur, le salaire actuel pour 41 heures par semaine était de CHF 3'988,50 par mois en 2013, soit de CHF 3'404,98 pour un taux d'activité de 85,37%. Le salaire actualisé en 2013 pour 20 heures de travail par semaine était de CHF 1'945,61 brut par mois. En comparant le salaire sans invalidité obtenu pour un taux d'activité de 85,37% au salaire avec invalidité, il en résulte une perte de gain de 42,86%. 16. Le degré d'invalidité global de la recourante se détermine dès lors comme suit:  $36,6 \% (85,37\% \times 42,86\%) + 2,5\% (14,63\% \times 17,1\%) = 39,1 \%$ . Un tel taux n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité. 17. Reste encore à se prononcer sur le droit à des mesures de réadaptation. a. Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la

capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGa a été observée (ATF non publié 9C\_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). 18. En l'occurrence, la recourante a bénéficié d'une orientation professionnelle du 8 août au 10 décembre 2012, puis d'un placement à l'essai auprès de son employeur de 180 jours ainsi que d'un réentraînement dans l'activité professionnelle du 21 au 31 mai 2013 dans une succursale plus petite. Il est par ailleurs établi que la recourante peut encore travailler à temps partiel en qualité de caissière et que cette activité apparaît comme la plus adaptée à ses troubles selon la Dresse C\_\_\_\_\_ (note de travail de l'intimé du 20 novembre 2012). Le fait que la recourante craigne une nouvelle incapacité de travail et un éventuel licenciement au motif qu'elle exerce avec difficulté son activité à un taux d'occupation supérieur à celui préconisé par les médecins, ne suffit pas encore à admettre la nécessité de mesures de réadaptation professionnelle. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a nié le droit de la recourante à des mesures de réadaptation, de sorte que la décision sera confirmée sur point. 19. Cela étant, le recours sera rejeté. 20. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Met un émolument de CHF 200.- 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; 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 Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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