

GE_GERICHTE A/1654/2011 vom 13. Februar 2012

GE Cour de justice, 2012-02-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1654_2011

FR: GE_GERICHTE A/1654/2011 du 13 février 2012

IT: GE_GERICHTE A/1654/2011 del 13 febbraio 2012

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Madame T _____, domiciliée à Meyrin, représentée par Monsieur à U _____, CARITAS GENEVE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame T _____ (ci-après l'assurée), ressortissante espagnole née en 1968, titulaire d'un diplôme d'aide-soignante obtenu en Espagne, a travaillé en Suisse comme serveuse jusqu'au 10 février 2005, date dès laquelle elle a été en incapacité de travail totale attestée par son médecin traitant, le Dr A _____, spécialiste FMH en chirurgie cardio-vasculaire. Le Dr B _____, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé des radiographies de la hanche droite de l'assurée le 10 février 2005. Dans son rapport du 12 février suivant, il a conclu à une calcification adjacente au grand trochanter droit pouvant traduire une péri-trochantérite. Ce médecin a également procédé à une IRM des articulations coxo-fémorales le 11 février 2005, mettant en évidence une ténobursite calcifiante de l'insertion du fessier sur le grand trochanter droit. Il a préconisé une infiltration de diprophos en cas d'échec du traitement conservateur. Le Dr C _____, spécialiste FMH en radiologie, a pratiqué une IRM de la colonne lombaire le 24 août 2005, mettant en évidence de très minimes lésions dégénératives avec une perte d'hydratation du disque D12-L1 et de minimes modifications graisseuses très limitées au niveau des plateaux vertébraux de D10 et D12. Les données arthrographiques de la hanche droite faisaient suspecter une petite zone de déchirure du labrum supéro-antérieur limitée, et un élément de comblement osseux visible à la jonction supérieure et antérieure de la tête et du col. Dans un rapport du 19 décembre 2005 adressé à l'assurance d'indemnités journalières pour maladie, le Dr D _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a retracé l'anamnèse de l'assurée. Après avoir résumé son dossier médical, il a indiqué qu'elle était tombée sur le côté droit en novembre 2004, et avait pris des antalgiques. L'évolution avait été favorable. En janvier 2005, elle avait ressenti une très importante douleur au niveau du trochanter droit. L'assurée se plaignait actuellement de douleurs sur la partie externe de la cuisse droite au niveau de l'insertion du moyen fessier droit, ces douleurs augmentant la nuit en fonction de la position ainsi qu'à la marche et à la montée. A l'examen rhumatologique, le Dr D _____ a constaté une boiterie. L'examen du rachis était cependant dans la norme; il n'y avait pas de limitation des amplitudes articulaires de la hanche droite. La flexion et les rotations de la hanche étaient cependant douloureuses en fin de course. La palpation de l'insertion du moyen fessier droit sur le grand trochanter était très douloureuse. A l'issue de son examen, le Dr D _____ a diagnostiqué une tendinite du moyen fessier droit et des cruralgies sur déchirure du labrum supéro-antérieur droit. La capacité de travail en tant que serveuse était nulle, mais la capacité dans une activité adaptée ne devait pas encore être déterminée car l'assurée n'avait pas bénéficié du traitement adéquat, et un avis orthopédique était nécessaire. Une guérison complète était possible, le pronostic étant

excellent. L'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) le 1^{er} mars 2006, invoquant une douleur insoutenable au niveau des hanches existant depuis 2005. Le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin au Service de chirurgie orthopédique des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG), a dans son rapport du 11 mai 2006 diagnostiqué une coxarthrose à l'interligne conservé de la hanche droite, dans le cadre d'un conflit coxofémoral lié à un coxa profunda aggravé par une ossification labrale et une asphéricité de la tête fémorale. Compte tenu de la symptomatologie et de la résistance au traitement conservateur, une évaluation arthroscopique était proposée. Ce médecin a également exposé que les examens radiologiques et de résonance magnétique sous-estimaient les lésions cartilagineuses, dont dépendrait le pronostic. En cas d'échec du traitement, une arthroplastie prothétique totale de la hanche serait la seule option. Dans un rapport du 26 juin 2006, le Dr A_____, spécialiste FMH en cardiologie et médecine interne et nouveau médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de coxarthrose de la hanche droite aggravée par une ossification labrale et l'asphéricité de la tête fémorale droite depuis février 2005, avec répercussions sur la capacité de travail, et de tuberculose ganglionnaire médiastinale, d'asthme bronchique, rhinite allergique et de status après lésion atypique du col utérin, sans incidence sur sa capacité de travail. Celle-ci était nulle depuis le 10 février 2005. L'état de l'assurée s'aggravait, elle souffrait d'une douleur invalidante au niveau de la hanche droite et d'une impotence fonctionnelle à la marche. La capacité de travail devait être réévaluée après un éventuel traitement chirurgical. Le café X_____, employeur de l'assurée, a indiqué dans le questionnaire rempli le 27 juillet 2006 que l'assurée avait été employée en qualité de serveuse du 1^{er} novembre 2003 au 30 juin 2005, date à laquelle elle avait été licenciée. Son revenu mensuel en janvier et février 2005 était de 3'506 fr. 65, pour 42 heures de travail hebdomadaire. Selon le contrat de travail conclu, le salaire de l'assurée aurait été de 3'575 fr. par mois dès la 3^{ème} année de travail, 13^{ème} salaire inclus. Dans son rapport du 2 janvier 2007, le Dr E_____ a posé le diagnostic de coxarthrose à interligne conservé de la hanche gauche depuis mai 2006, et attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 11 mai 2006. L'état de l'assurée était stationnaire, mais sa capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales. Des mesures professionnelles étaient indiquées. L'assurée souffrait de douleurs inguinale et latérale de la hanche gauche, la mobilisation de la hanche reproduisait les douleurs. Une arthroscopie avait été proposée. Une activité de bureau était envisageable à raison de huit heures par jour. Dans un avis du 5 décembre 2007, le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'AI (SMR), a noté que l'assurée avait été opérée le 30 juillet 2007 par le Dr E_____. Dans un courrier du 29 février 2008 adressé à l'OAI, le Dr G_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a signalé qu'il était désormais le médecin référent de l'assurée. Il a rapporté que celle-ci avait été opérée par le Dr E_____ en date du 31 juillet 2007 pour une arthrose de la hanche droite, et que des douleurs en rapport avec un remaniement fibreux cicatriciel du muscle fessier étaient apparues par la suite. Le Dr G_____ a posé le diagnostic de coxarthrose de la hanche droite dans son rapport du 10 septembre 2008. Il a indiqué que la physiothérapie de la hanche gauche se poursuivait et que l'assurée présentait des douleurs de la face externe et interne de la hanche droite. La récupération était lente et douloureuse. L'incapacité de travail était totale depuis le 31 juillet 2007, et il était trop tôt pour se déterminer sur son évolution. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas d'activités exercées uniquement debout ou en alternance des positions, en marchant, en

se penchant, accroupie, à genoux, en rotation du corps, sur une échelle ou en montant les escaliers, et pas de port de charges. Ce médecin a encore précisé par courrier du 14 octobre 2008 adressé au Dr F _____ que l'assurée avait été opérée le 31 juillet 2007 par le Dr E _____ pour un labrum de la hanche droite et qu'elle était en arrêt de travail depuis. Elle avait en outre subi une entorse de la cheville droite en juin 2008 et une chute sur le dos le 27 septembre 2008. Dans son rapport du 2 décembre 2008, le Dr E _____ a posé les diagnostics de coxarthrose de la hanche droite et de status post arthroscopie de la hanche existant depuis 2007, l'incapacité de travail étant totale depuis le 31 juillet 2007. L'état de l'assurée était stationnaire. Elle présentait des douleurs de la face latérale de la hanche droite, dont la mobilisation la faisait souffrir. En raison de la progression de la coxarthrose, une proposition de prothèse totale de la hanche avec resurfaçage était émise. Une activité de bureau avec alternance des positions assise, debout et de la marche était envisageable à raison de huit heures par jour dès la date du rapport. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: les activités exercées assise et debout étaient limitées à une demi-heure par jour, la marche restreinte à deux kilomètres au maximum avec des cannes, la position accroupie, le port de charges supérieures à 5 kg, le travail en hauteur ou en déplacement sur sol irrégulier ou en pente étaient exclus. Le Dr E _____ a complété un nouveau rapport le 26 décembre 2008, dans lequel il a confirmé les diagnostics de son précédent rapport et précisé la date de survenance de l'incapacité de travail, soit le 30 juillet 2007. Il a cette fois-ci indiqué qu'une activité de bureau était possible à raison de quatre heures par jour. Les limitations fonctionnelles étaient identiques à celles établies dans son précédent rapport, l'impossibilité de travailler à genoux étant toutefois ajoutée, le périmètre de marche limité à 500 mètres et le port de charges restreint à 2 kg. Le Dr H _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin du SMR, a procédé à l'examen de l'assurée le 8 janvier 2009. Dans son rapport établi le 19 janvier suivant, il a relaté l'anamnèse de l'assurée et résumé son dossier médical. L'assurée se plaignait de douleurs dorsales basses et lombaires hautes continues qui la réveillaient la nuit, avec toutefois des accalmies pouvant durer jusqu'à trois jours. Elle avait aussi des douleurs lombaires de type brûlure, ayant augmenté à la suite d'une chute survenue en septembre 2008. Elle ne pouvait porter de charges ni se pencher en avant. Les douleurs à la hanche droite étaient localisées derrière le grand trochanter et au niveau de la fesse droite, continues et exacerbées par des mouvements de rotation et le passage de la position assise à debout. La position assise prolongée ne déclenchait en revanche pas de douleurs. Elle avait une forte boiterie et utilisait une canne à gauche. Elle était capable de marcher environ 40 minutes sur un terrain plat, mais éprouvait de grandes difficultés à la montée ou lors de déplacements sur un sol irrégulier. Elle ne parvenait en outre pas à passer l'aspirateur ou faire le repassage. A l'examen, l'expert a notamment relevé que la distance doigts-sol était de 0 cm et les amplitudes d'abduction-adduction de la hanche droite de 50°-0°-50°. A l'issue du status, le Dr H _____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de coxarthrose débutante de la hanche droite (M 16.1) et de dorsolombalgies chroniques sans substrat radiologique (M 54.5). L'assurée souffrait en outre de status après tuberculose médiastinale traitée, d'asthme bronchial et d'allergies multiples, sans incidence sur sa capacité de travail. L'examen clinique avait révélé une insuffisance des muscles fessiers et une mobilité limitée par les douleurs. S'agissant des douleurs lombaires, les examens IRM s'étaient révélés dans les limites de la norme et aucun traitement n'avait été efficace. Quant aux douleurs de la hanche, les infiltrations effectuées étaient restées sans effet favorable. A l'examen IRM, les articulations étaient également

dans les limites de la norme. Les douleurs de l'assurée dépassaient largement celles auxquelles on pouvait s'attendre au vu de l'examen clinique et radiologique. L'assurée était capable d'exercer un travail sédentaire sans port de charges en évitant les longs déplacements. Elle devait alterner les positions et éviter de travailler penchée en avant ou en porte-à-faux. L'activité de serveuse n'étant pas compatible avec ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assurée dans ce domaine était nulle. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 70 % en raison des intenses douleurs présentées par l'assurée. Aucune activité n'était exigible durant les trois mois qui avaient suivi l'intervention chirurgicale. Dans son avis du 5 janvier 2009, le Dr F _____ a rappelé les conclusions du Dr H _____ tout en relevant que selon un entretien téléphonique avec le médecin traitant de l'assurée, la mise en place d'une prothèse totale de la hanche était désormais acceptée par l'assurée. Dans ce cas, une réadaptation pourrait être envisagée trois mois après l'intervention. Dans le cas contraire, la date de la reprise de l'activité adaptée devait être fixée trois mois après l'intervention sur la hanche fin juillet 2007. Lors de l'entretien du 7 mai 2009 avec le Service de réadaptation de l'OAI, l'assurée a déclaré qu'elle n'était pas certaine de pouvoir assumer un emploi à 70 %. Elle se considérait trop jeune pour envisager la pose d'une prothèse de la hanche. Elle s'est cependant déclarée prête à effectuer un stage d'orientation. Le stage a débuté auprès des ÉTABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTÉGRATION (EPI) le 7 septembre 2009. Dans leur rapport du 9 décembre 2009, les maîtres de réadaptation ont noté, s'agissant des capacités physiques de l'assurée, qu'elle était d'un optimisme permanent et en oubliait ses douleurs mais que ses positions de travail, son rythme et sa résistance en étaient pénalisés. Elle avait une bonne sensibilité tactile. Du point de vue de l'acquisition de connaissances théoriques, elle avait une bonne mémoire visuelle mais son français écrit n'était pas exploitable. Elle était combative, engagée, dynamique, perfectionniste, conviviale et attentive aux autres. Elle avait en revanche de la peine à prendre des pauses pour se ressourcer, tant au travail que dans sa vie privée. Elle avait effectué son stage avec une bonne motivation, et avait accompli tous les exercices sans se plaindre. Ses positions de travail n'étaient cependant pas assez ergonomiques. Des activités de conditionnement de produits médicaux, des travaux légers à l'établi et une activité de contrôle qualité étaient possibles. Lors du stage en entreprise, qui s'est déroulé du 26 octobre au 15 janvier 2010, l'assurée a été affectée au conditionnement de matériel médical à mi-temps, le Dr G _____ ayant attesté d'une capacité de travail réduite à 50 % dès le 12 octobre 2009. Le rendement, difficile à évaluer avec objectivité sur un mi-temps, était de 60 à 70 %. L'assurée était discrète, capable d'accomplir des gestes répétitifs et simples dans le respect des consignes. Elle avait cependant été en incapacité de travail totale du 23 au 30 novembre 2009, selon un nouveau certificat du Dr G _____ du 23 novembre 2009, raison pour laquelle son stage avait été prolongé. Interrogé par l'OAI sur les motifs de l'incapacité de travail de 50 % attestée dès le 12 octobre 2009 durant le stage, le Dr G _____ a fait état dans son rapport du 9 novembre 2009 d'une aggravation en 2007 de l'état de l'assurée, qui présentait une coxarthrose évolutive de la hanche droite. Les stations assise et debout prolongées étaient pénibles, et la capacité de travail était de 50 % depuis 2009. La concordance entre les plaintes et l'examen clinique était bonne. Dans un complément du 5 mars 2010, le Dr G _____ a signalé une aggravation de la douleur du membre inférieur droit et le caractère pénible des positions assise et debout prolongées. L'assurée présentait une raideur lombaire dorsale, une distance doigts-sol de 40 cm, une flexion à 100°, une abduction à 30° et une rotation douloureuse de la hanche. Il a précisé que l'assurée devait être vue par un

orthopédiste afin de déterminer la nécessité de procéder à une arthroplastie de la hanche. Le Dr G _____ a joint à son courrier le rapport d'IRM des articulations coxo-fémorales établi par le Dr B _____ en date du 28 septembre 2009, concluant à un status post-opératoire de ténobursite du fessier moyen avec remaniement fibreux de son insertion distale sans évolution, et à des têtes fémorales de sphéricité conservée et de signal homogène, ainsi qu'un rapport d'IRM cardiaque de stress réalisée par le Dr I _____ le 10 mars 2009, examen qui s'était révélé dans les limites de la norme. Les spécialistes des EPI ont établi un nouveau rapport en date du 11 mars 2010. Ils ont souligné que l'assurée n'avait pas pu être observée sur un 70 %, car elle estimait ne pas pouvoir travailler à plus de 50 %. Les maîtres de réadaptation l'avaient encouragée à augmenter son taux de travail à 70 % lors du stage en entreprise. Les conclusions du rapport du 8 décembre 2009 restaient valables s'agissant de la capacité de travail de 70 % avec rendement complet dans une activité légère exercée essentiellement assise, sans port de charges ni déplacement. L'assurée devait en outre éviter les environnements comportant des poussières, pollens, poils d'animaux et chlore. L'assurée avait été absente du 16 décembre 2009 au 4 janvier 2010, car elle avait dû se rendre au chevet de sa fille qui devait se faire opérer en Espagne. Le 4 janvier 2010, elle avait informé les EPI qu'elle ne pourrait reprendre le stage en raison de l'hospitalisation de sa mère en Espagne. Elle avait par la suite prévenu les EPI qu'elle était malade le 22 janvier 2010, souffrant de maux de tête insupportables. Lors du bilan du 3 février 2010, son rendement était dans la norme pour un mi-temps, son engagement qualifié de bon. Le résultat du stage était positif, la capacité de concentration était bonne et l'habileté manuelle correcte. L'assurée s'était montrée ponctuelle et s'était bien intégrée. Elle travaillait de manière régulière et consciencieuse, son travail étant de bonne qualité. L'assurée a quant à elle déclaré que l'activité était adaptée si elle pouvait rester assise. Elle souffrait depuis deux semaines de douleurs aux genoux et devait subir prochainement une IRM. Le 8 février 2010, l'assurée avait dû repartir en Espagne en raison du décès de sa mère. Elle avait par la suite été en incapacité de travail du 15 février au 8 mars 2010. La Dresse J _____, médecin au SMR, a relevé dans son avis du 15 mars 2010 que le Dr G _____ avait décrit en mars 2010 un status globalement superposable à celui trouvé lors de l'examen orthopédique du SMR, hormis la distance doigts-sol qui était de 40 cm et d'une abduction de 30° de la hanche. Une nouvelle IRM des articulations coxo-fémorales avait été réalisée le 28 novembre 2009 et sa description était identique à celle du 28 janvier 2008, sans signe radiologique de coxarthrose. En définitive, les éléments rapportés par le Dr G _____ ne permettaient pas de conclure à une aggravation par rapport à l'examen du Dr H _____, et la capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée était confirmée. Si une prothèse de hanche devait être posée, une incapacité de travail transitoire serait justifiée, à évaluer en fonction des suites opératoires. L'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assurée le 8 juin 2010. Pour le revenu avec invalidité, il a retenu le salaire statistique tiré d'une activité simple et répétitive selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 (ESS, TA1, ligne Total), soit 48'804 fr. (4'067 fr. par mois) pour 40 heures par semaine, et 50'878 fr. en tenant compte de la durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures en 2006. Compte tenu de la capacité de travail de 70 % et d'un abattement de 15 %, le revenu avec invalidité était de 30'273 fr. Le revenu sans invalidité ressortant du contrat de travail était de 46'475 fr. par année en 2006. La comparaison de ces revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 34.9 %. Le 21 septembre 2010, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée. Il a retenu qu'elle avait été en incapacité de travail de février 2005 à novembre 2007, date dès laquelle elle disposait d'une capacité de travail de 70 %

dans une activité adaptée et présentait un taux d'invalidité de 35 %, conformément au calcul du 8 juin 2010. Elle avait ainsi droit à une rente entière du 1^{er} février 2006 au 31 janvier 2008, soit trois mois après l'amélioration constatée. Dès le 1^{er} février 2008, le taux d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et des mesures de réadaptation n'avaient plus lieu d'être. L'assurée pourrait cependant bénéficier d'une aide au placement sur demande motivée. Par décision du 20 avril 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente complète du 1^{er} février 2006 au 31 janvier 2008, assortie de rentes complémentaires pour enfants, en reprenant les termes de son projet de décision. L'assurée (ci-après la recourante) a interjeté recours contre la décision de l'OAI (ci-après l'intimé) par acte du 1^{er} juin 2011. Elle conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision et à l'octroi de toute prestation entrant en ligne de compte, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire. Elle fait valoir que l'évaluation de sa capacité de travail par le Dr H _____ ne correspond pas à son état de santé tel qu'il ressort des rapports de son médecin traitant et ajoute qu'elle est dans l'attente d'une intervention chirurgicale. Elle produit à l'appui de son recours un certificat établi le 26 octobre 2010 par le Dr G _____, dans lequel ce médecin a indiqué que l'état de la recourante est inchangé par rapport à celui qui prévalait début 2004, qu'une évaluation d'une arthroplastie complète de la hanche doit avoir lieu et que la recourante souffre de douleurs de la hanche auxquelles s'associent des douleurs du rachis lombaire. Le Dr G _____ souligne également qu'elle marche avec une canne anglaise, que la mobilisation de la hanche, ainsi que la montée et la descente des escaliers et la station assise, sont douloureuses, et qu'une arthrographie réalisée en avril 2010 a mis en évidence une coxarthrose. Dans sa réponse du 24 juin 2011, l'intimé a sollicité la production du rapport d'arthro-IRM de 2010 ainsi que celui du chirurgien consulté pour l'indication à une arthroplastie. Il produit l'avis de la Dresse J _____ du 16 juin 2011, qui retient que le certificat du Dr G _____ n'amène pas d'argument susceptible de renverser les conclusions du Dr H _____, mais que les rapports d'arthro-IRM d'avril 2010 et l'avis du chirurgien consulté seraient néanmoins utiles. Le 19 juillet 2011, la Cour de céans a imparti un délai à la recourante pour produire les pièces requises par l'intimé et le cas échéant le rapport d'intervention chirurgicale. La recourante s'est exécutée le 30 septembre 2011, en précisant que son médecin souhaitait procéder à des examens complémentaires avant de décider d'une intervention chirurgicale. Elle a joint les pièces suivantes à son envoi: rapport d'arthrographie du 16 avril 2010 du Dr C _____, notant des données arthrographiques et arthro-scanographiques illustrant un status post levée de conflit et ablation partielle du labrum, sans argument formel en faveur d'une redéchirure, ainsi que des signes de coxarthrose modérée prédominant à la partie antérieure de l'articulation avec petite zone de mise à nu de l'os sous-chondral au niveau de la partie antéro-latérale du toit du cotyle; rapport du 10 décembre 2010 du Dr K _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, faisant état d'interlignes conservés mais d'une sclérose sous-chondrale déjà apparente à droite, avec une bonne restauration de l'offset tête-col et d'une lésion de contre-coup manifestée par une sclérose sous-chondrale céphalique et cotyloïdienne sur le versant postérieur de l'articulation, et indiquant qu'une décision sur la mise en place d'une prothèse de la hanche serait prise en février 2011, après un temps de réflexion pour la recourante ; rapport du 29 septembre 2011 du Dr K _____, notant que l'assurée marche avec une canne et décrit une dégradation de son état. Ce médecin propose un nouvel arthro-CT, en relevant que si cet examen devait révéler une progression de l'arthrose, il y aurait lieu de procéder à une arthroplastie, les traitements conservateurs tentés jusque-là

n'ayant amené aucune amélioration. Dans son avis du 12 octobre 2011, la Dresse J_____ a relevé que les nouveaux rapports médicaux ne contiennent pas d'argument clinique permettant de retenir une aggravation manifeste et que les examens radiologiques à disposition peuvent suggérer une légère évolution difficile, mais qu'il est difficile de l'affirmer car les techniques d'imagerie utilisées ne sont pas identiques. De plus, des limitations fonctionnelles pour l'atteinte à la hanche ont déjà prises en considération par le Dr H_____, et les limitations fonctionnelles associées à une coxarthrose restent compatibles avec une activité sédentaire. Dans sa réponse du 19 octobre 2011, l'intimé conclut au rejet du recours. Il soutient que l'examen du Dr H_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante et qu'une nouvelle expertise n'est pas nécessaire. Les autres documents médicaux produits par la suite ne permettent pas de retenir une aggravation objective de l'état de l'assurée, comme cela ressort de l'avis du SMR du 12 octobre 2011. Or, la capacité de travail doit être évaluée sur des critères objectifs. Dans sa réplique du 4 novembre 2011, la recourante conclut à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, en déclarant se tenir à la disposition du SMR pour nouvel examen. Elle soutient que les rapports médicaux sont divergents dans la mesure où les derniers rapports médicaux font état d'une coxarthrose modérée alors que le Dr H_____ n'a diagnostiqué qu'une coxarthrose débutante. Celui-ci l'a examinée près de trois ans auparavant, or le SMR reconnaît une évolution depuis lors, qu'il impute toutefois selon la recourante à l'évolution de la technique. Il est partant permis de douter de l'impartialité du SMR. Elle allègue que l'intimé n'a aucune idée de l'évolution réelle de son état de santé et que sa capacité de travail doit être déterminée en fonction d'un diagnostic précis. La recourante ajoute également qu'une arthroplastie totale de la hanche a été prévue le 25 janvier 2012 et qu'elle produira prochainement un certificat en attestant. Par duplique du 10 novembre 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il conteste que le SMR ait imputé la progression de la coxarthrose à l'évolution de la technique, en soulignant que la Dresse J_____ a simplement relevé que les techniques (arthrographie et arthro-CT en 2010 et IRM en 2008) étaient différentes. On ne peut donc remettre en cause l'impartialité du SMR. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante par courrier du 14 novembre 2011. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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^{er} 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230, consid. 1.1; ATF 129 V 4, consid. 1.2; ATF 127 V 467, consid. 1; ATF 126 V 136, consid. 4b et les références citées). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de l'AI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité. 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. 6 LPGA, 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur applicable depuis 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). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4; 115 V 133, consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). b) 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut

trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). e) Si un assuré a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61). a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en

principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1; 128 V 174). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, si avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATF B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). c) S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidité, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque, avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 9C_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; ATF 9C_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1; RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). S'agissant de l'examen réalisé par le Dr H_____ de janvier 2009, il y a lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante. Son rapport contient en effet une anamnèse, il a été établi en pleine connaissance du dossier médical de la recourante et tient compte des plaintes de celle-ci. L'examineur a en outre procédé à un examen clinique complet avant de poser ses diagnostics, et ses conclusions

sont clairement motivées. Les atteintes décrites par les Drs E_____ et G_____ dans les rapports antérieurs à l'expertise, soit la coxarthrose et les douleurs de la hanche ont par ailleurs été prises en considération par le Dr H_____ lorsque celui-ci a estimé la capacité de travail de la recourante, puisque ce spécialiste a admis qu'elle était restreinte à 70 % en raison des douleurs et que seule une activité sédentaire était adaptée à ses limitations fonctionnelles. On notera par ailleurs que la capacité de travail retenue par le Dr H_____ est inférieure à la première évaluation qui ressort du rapport du 8 décembre 2008 du Dr E_____, où ce médecin a indiqué qu'une activité sédentaire était exigible à raison de huit heures par jour, avant de réduire sans aucune explication le taux exigible à quatre heures par jour dans son rapport du 26 décembre suivant. La recourante argue que les conclusions du Dr H_____ ne peuvent être retenues dès lors que son état de santé s'est aggravé depuis son examen. Les rapports postérieurs à celui du Dr H_____ ne suffisent cependant pas à établir une telle aggravation. Le Dr G_____ a certes fait état dans son rapport du 9 novembre 2009 d'une dégradation depuis 2007 de l'état de santé de la recourante, sans toutefois signaler de nouveaux diagnostics expliquant cette dégradation. Les modifications de la mobilité articulaire de la recourante que ce médecin a constatées dans son rapport du 5 mars 2010 ne sont en outre pas corrélées par des signes objectifs d'aggravation de l'atteinte à la hanche. En effet, les résultats de l'IRM réalisée par le Dr B_____ en septembre 2009 ne révèlent pas d'évolution par rapport à celle de février 2005. On notera par ailleurs que les indications du Dr G_____ sur la péjoration de l'état de la recourante sont en contradiction avec celles qui ressortent de son certificat d'octobre 2010, dans lequel il a signalé que l'état de santé était inchangé depuis 2004. Il est vrai que les derniers examens d'imagerie réalisés font état d'une coxarthrose modérée, alors que le Dr H_____ a qualifié cette atteinte de débutante dans son rapport. Comme le relève le médecin du SMR, l'exercice d'une activité sédentaire est cependant compatible avec une telle pathologie, quel que soit son degré, de sorte que l'éventuelle progression de cette affection ne justifie pas que l'on s'écarte des conclusions de l'expert. Par ailleurs, l'indication qui ressort des rapports du Dr G_____ du 9 novembre 2009 et du 26 octobre 2010, selon laquelle la position assise prolongée est pénible, surprend puisqu'elle contredit l'appréciation subjective de la recourante. Celle-ci a en effet déclaré au Dr H_____ que cette position, même prolongée, ne provoquait pas de douleurs et a confirmé lors du bilan de stage du 3 février 2010 qu'une activité exercée assise était adaptée. Les autres limitations signalées par le médecin traitant de la recourante en octobre 2010, soit l'utilisation d'une canne et les douleurs survenant à la mobilisation de la hanche et en montant ou descendant des escaliers étaient également connues du Dr H_____, qui en a tenu compte dans l'estimation de la capacité de travail. Quant à l'éventualité d'une arthroplastie de la hanche rapportée par le Dr G_____ en 2009 et 2010, il ne s'agit pas non plus d'un élément nouveau démontrant une aggravation de l'état de la recourante puisque cette possibilité avait déjà été évoquée en décembre 2008 par le Dr E_____. La Cour de céans relève au demeurant que le Dr K_____, dans son rapport de septembre 2011, ne s'est pas prononcé de manière catégorique sur la nécessité d'une telle intervention mais la subordonne à une éventuelle progression de l'atteinte. Par ailleurs, si la recourante a bien annoncé que cette opération était programmée pour le mois de janvier 2012, elle n'a pas produit de document en attestant. Il convient de plus de rappeler que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 248 consid. 1a et les arrêts cités). Les faits

survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4). Ainsi, si la recourante subit une dégradation de son état de santé conduisant à une incapacité de travail durable en raison de complications liées à l'intervention programmée, celle-ci devrait faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations. Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter des constatations du Dr H _____ reprises par le Dr F _____, selon lesquelles la recourante pouvait travailler à 70 % dans une activité sédentaire trois mois après l'arthroscopie ayant eu lieu en juillet 2007, soit dès novembre 2007. Par appréciation anticipée des preuves, la mise en oeuvre d'une expertise s'avère dès lors superflue. Il reste à examiner si le calcul du degré d'invalidité de la recourante dès cette date est conforme au droit. S'agissant du revenu sans invalidité, le montant de 46'475 fr. retenu par l'intimé, qui s'est fondé sur le contrat de travail de la recourante, correspond à 13 mensualités à 3'575 fr. Ce calcul est erroné puisque le contrat prévoit que le revenu mensuel de 3'575 fr. inclut la part du 13^{ème} salaire. Le revenu sans invalidité est ainsi de 42'900 fr. en 2005, et de 43'458 fr. après indexation en fonction de l'Indice suisse des salaires en 2006. Quant au revenu d'invalidité, si le recours à des données statistiques ne prête pas flanc à la critique, le salaire tiré d'une activité simple et répétitive dans tous les domaines d'activité (ligne Total du tableau 1 de l'ESS 2006) est de 4'019 fr. pour les femmes, et non de 4'067 fr. comme le retient l'intimé. Le salaire annuel calculé en fonction d'une durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures en 2006 selon la Statistique sur la durée normale du travail (DNT) est ainsi de 50'278 fr. à temps plein et de 35'195 fr. à 70 %. En opérant une déduction de 15 % sur ce revenu, l'intimé est resté dans les limites de son pouvoir d'appréciation. Il y a donc lieu de procéder au même abattement, ce qui porte le revenu d'invalidité à 29'916 fr. La comparaison des revenus aboutit à un degré d'invalidité de 31.1 %. Si ce calcul est légèrement défavorable à la recourante par rapport à celui de l'intimé, cette modification n'a pas d'incidence concrète sur sa situation dès lors que les deux degrés d'invalidité auxquels ils aboutissent sont, quoiqu'il en soit, insuffisants pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité dès le mois de février 2008. En revanche, ils donnent en principe droit à des mesures de réadaptation, pour lesquelles le seuil minimum fixé par la jurisprudence est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). De telles mesures ont cependant déjà été octroyées à la recourante et ont permis de définir les activités que celle-ci pourrait exercer, si bien qu'il n'y a pas lieu d'en accorder de nouvelles. S'agissant de la durée de versement de la rente, il sied encore de rappeler que la décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 9C_575/2008 du 29 août 2008, consid. 4). Il y a donc lieu d'appliquer l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), qui dispose que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Partant, ce n'est que trois mois après l'amélioration constatée que s'éteint le droit à la rente. En l'espèce, il n'est pas contesté que la capacité de travail de la recourante était nulle de février 2005 à novembre 2007, soit trois mois après l'arthroscopie réalisée par le Dr E _____.

L'intimé ayant octroyé une rente entière à la recourante jusqu'au 31 janvier 2008, soit trois mois après la possible reprise d'une activité lucrative, sa décision doit également être confirmée sur ce point. Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis LAI), le recourant sera astreint au paiement d'un émolument de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE 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 Maryse BRIAND La présidente Florence KRAUSKOPF 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.