

## **GE\_GERICHTE A/958/2012 vom 24. Januar 2013**

GE Cour de justice, 2013-01-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_958\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_958_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/958/2012 du 24 janvier 2013

IT: GE\_GERICHTE A/958/2012 del 24 gennaio 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

ème Chambre En la cause Madame F \_\_\_\_\_, domiciliée c/o Madame G \_\_\_\_\_ à Perly, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT Madame F \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1971, a travaillé pour la FONDATION D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE (FSASD), d'abord en tant qu'aide familiale, de septembre 1995 à août 1999, puis en tant qu'assistante administrative, à compter du mois de septembre 1999. En 2001, après qu'on lui a diagnostiqué une spondylarthrite ankylosante au niveau des vertèbres lombaires, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), qui l'a rejetée par décision du 22 octobre 2002. Dans l'intervalle, le 9 avril 2002, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation, suite auquel une contracture cervicale et un choc psychologique et post-traumatique ont été diagnostiqués par son médecin traitant, la Dresse H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, qui l'a mise en arrêt de travail. Le 4 mai 2004, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations, motivée par les maux apparus suite à l'accident du 9 avril 2002 : douleurs constantes, vertiges, diminution de la concentration et limitation de 80% dans l'utilisation du bras droit. L'instruction ouverte suite à cette seconde demande a permis de recueillir notamment les éléments suivants : un rapport de sortie du service de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) du 15 mars 2004, suite au séjour de l'assurée (du 1<sup>er</sup> au 12 mars 2004), concluant à des cervicalgies chroniques sur coup de lapin, une spondylarthrite ankylosante, une hernie hiatale et une hypoacousie congénitale appareillée; il était précisé que l'origine inflammatoire des cervicalgies avait été exclue, que les traitements antalgiques et la physiothérapie n'avaient pas permis d'enrayer les douleurs cervicales et que l'assurée n'avait pas souscrit au traitement proposé par les spécialistes de la douleur (à savoir de petites doses d'antidépresseurs tricycliques dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique) ; un courrier du 18 novembre 2004 de la Dresse I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, dans lequel ce médecin soulignait que la première demande de l'assurée à l'OAI - motivée par une spondylarthrite ankylosante touchant principalement les sacro-iliaques et la colonne lombaire - était antérieure à l'accident de voiture à l'origine de cervicalgies post-traumatiques depuis lequel l'assurée était en arrêt de travail ; selon le médecin, un changement était donc intervenu depuis le dépôt de la première demande de prestations, sous la forme d'apparition de cervicalgies post-traumatiques invalidantes ; un rapport d'expertise du Dr J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, établi en janvier 2005 à la demande de SWICA -assureur perte de gain - faisant état de cervicalgies relativement importantes à l'examen clinique, précisant que les bilans radiologiques n'avaient montré aucune lésion traumatique objective

et évaluant la capacité de l'assurée à exercer son activité d'assistante administrative à 0% ; un courrier du 29 mai 2006 de la Dresse I \_\_\_\_\_ exposant que l'assurée souffrait depuis novembre 2005 d'une récurrence de sa maladie inflammatoire (maladie de Bechterev) et qu'une IRM du rachis effectuée en février 2006 avait montré de discrets signes inflammatoires au niveau du bord antérieur des plateaux, compatibles avec le diagnostic ; un avis émis le 13 juillet 2006 par le Dr K \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL de l'assurance-invalidité (SMR) relevant l'existence de deux pathologies distinctes : une spondylarthrite ankylosante connue de longue date - non invalidante en dehors des rares poussées inflammatoires - et des cervicobrachialgies chroniques après un whiplash survenu le 9 avril 2002 ; un rapport d'expertise rédigé le 24 octobre 2006 par le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, mandaté par l'OAI, retenant les diagnostics suivants: cervicobrachialgies droites dans un contexte de syndrome douloureux persistant, spondylarthrite ankylosante HLA-B27 positive et hypoacousie congénitale bilatérale ; en résumé, l'assurée présentait une atteinte inflammatoire rachidienne concordante dans un contexte de spondylarthrite ankylosante, l'anamnèse restant évocatrice d'une entité inflammatoire marquée par des douleurs nocturnes et une raideur matinale ; du point de vue rhumatologique, l'assurée conservait une capacité de travail de 80% dans une activité légère, excluant les ports de charges de plus de 10 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et permettant l'alternance des positions assise et debout ; en conséquence, selon le Dr L \_\_\_\_\_, l'activité administrative exercée par l'assurée était adaptée ; un avis émis le 10 novembre 2006 par le Dr K \_\_\_\_\_, du SMR, préconisant une expertise psychiatrique. Le 4 janvier 2007, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait mettre sur pied une expertise psychiatrique, à laquelle l'assurée s'est opposée par courrier du 11 janvier 2007, en alléguant ne pas en voir la nécessité, aucun de ses médecins n'ayant évoqué de problèmes psychologiques. Compte tenu du refus de l'assurée de se soumettre à une expertise psychiatrique, le Dr K \_\_\_\_\_ s'est prononcé en l'état du dossier. Se référant à l'expertise du Dr L \_\_\_\_\_, il a retenu une incapacité de travail de 20% dans une activité administrative, au vu des limitations fonctionnelles observées. Par décision du 8 mai 2007, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation, motif pris d'un degré d'invalidité (20%) insuffisant. Considérant par ailleurs que l'activité précédemment exercée restait adaptée, l'OAI a également jugé que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Cette décision a été confirmée par le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) - alors compétent - le 14 mai 2010. Le TCAS a en effet constaté que l'ensemble des médecins consultés - y compris les experts neurologue, rhumatologue et psychiatre du Centre d'expertise médicale de Nyon (CEMED) mandatés par LA BALOISE ASSURANCES SUR LA VIE dans leur rapport du 25 janvier 2008 - concordaient sur les diagnostics ; selon l'avis quasi-unanime des médecins, les cervicobrachialgies s'inscrivaient dans un contexte de syndrome douloureux, avec une composante subjective en premier plan ; aucun substrat organique susceptible d'expliquer la persistance des douleurs plusieurs années après l'accident n'était observé, l'entorse cervicale ayant été qualifiée de bénigne. Le TCAS a estimé que les divergences d'appréciation quant à la capacité de travail s'expliquaient par le poids différent attribué par les médecins traitants aux allégations de l'assurée ainsi qu'aux facteurs subjectifs. Quant au rapport établi par la Dresse I \_\_\_\_\_ en date du 29 mai 2006, il était antérieur à l'expertise du Dr L \_\_\_\_\_. Enfin, les rapports de la Dresse H \_\_\_\_\_ n'étaient pas suffisamment étayés et précis pour permettre de mettre en doute les conclusions du Dr L \_\_\_\_\_, compte tenu notamment

de la relation de confiance qui unit le médecin traitant à son patient. Cela étant, le TCAS a admis qu'en présence d'indices en faveur d'un trouble somatoforme douloureux ou d'un phénomène de majoration des symptômes, une expertise psychiatrique aurait été nécessaire. La recourante ayant refusé de s'y soumettre, elle devait en assumer les conséquences et accepter de voir juger en l'état son dossier, selon lequel il pouvait être conclu qu'elle ne souffrait pas, au moment de la décision litigieuse, d'affection psychique invalidante. Le recours au Tribunal fédéral interjeté contre cet arrêt a été retiré par l'assurée en date du 5 juillet 2010. Le 8 juin 2010, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations en invoquant une surdité à 97%, une spondylarthrite ankylosante, un coup du lapin, une cervicalgie invalidante et un manque de force dans le bras droit. Durant l'automne 2010, l'assurée a transmis à l'OAI deux expertises réalisées à la demande du Tribunal de première instance - devenu depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011 le Tribunal civil - dans un litige l'opposant à LA BALOISE: un rapport d'expertise du Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en maladies rhumatismales et médecine interne, du 5 mai 2010, concluant à : une spondylarthrite séronégative HLA-B27 et des cervicobrachialgies droite et hypoacousie congénitale ; les conséquences sur la capacité de travail étaient en lien avec la spondylarthrite, les cervicobrachialgies n'étant que secondaires ; la capacité de travail dans un emploi adapté était de 80%, étant précisé que la fonction d'employé administrative exercée par l'assurée avant son arrêt était exigible ; un rapport d'expertise du Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, daté du 11 mai 2010, concluant à : une spondylarthrite ankylosante, un status après coup du lapin, des douleurs cervico-brachiales et une surdité congénitale ; en raison des crises douloureuses, la capacité de travail de l'assurée était réduite de manière significative et oscillait entre 25% et 50% depuis janvier 2004. L'OAI a alors sollicité des informations complémentaires de la Dresse H\_\_\_\_\_ qui, dans un courrier du 23 novembre 2010, a rappelé les diagnostics de spondylarthrite ankylosante HL-B27 positive, évolutive, séquelles de whiplash et surdité bilatérale congénitale à 97% et conclu à une totale incapacité de travail depuis janvier 2004. En annexe au courrier précité figuraient notamment les documents suivants : un rapport circonstancié de la Dresse H\_\_\_\_\_ daté du 23 novembre 2010, rappelant l'évolution des atteintes de l'assurée, un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale du 2 mars 2009, mettant en évidence une discrète discopathie accompagnant une minime hypertrophie uncovertébrale en C5-C6 et l'absence d'argument pour une atteinte inflammatoire dans le cadre de la spondylarthrite ankylosante ; un rapport de l'IRM du rachis lombo-sacré, des articulations sacro-iliaques et du bassin, du 5 mars 2009, concluant à des lésions de sacro-illite bilatérale évolutive prédominant du côté droit, accompagnées d'une atteinte rachidienne comprenant un foyer de spondylite et d'enthésite au versant antérieur du plateau supérieur de D12, de remaniements d'aspect plus chronique, séquellaire de foyer de spondylite du secteur marginal antérieur du plateau supérieur de L3 et de celui inférieur de L5 accompagné de discopathies modérées ainsi qu'à l'absence d'atteinte coxo-fémorale inflammatoire. Mandaté par l'OAI pour une expertise, le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, a rendu son rapport le 24 août 2011. Il y retenait les diagnostics suivants : spondylarthrite ankylosante HLA-B27 présente depuis mars 1999 et surdité congénitale bilatérale appareillée. L'expert mentionnait également, en soulignant qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail, un status après traumatisme du rachis cervical, de type « coup du lapin », survenu en 2002. Au vu des pièces médicales et notamment des rapports radiologiques de 2009, le Dr O\_\_\_\_\_ a conclu à une aggravation depuis 2009. En revanche, il a considéré qu'il n'y avait aucune séquelle ni de

l'accident ni de la spondylarthrite au niveau cervical. S'agissant de la capacité de travail, le Dr O \_\_\_\_\_ l'a évaluée à 100% [recte 0% ; erreur rectifiée par l'expert par courrier du 26 septembre 2011] dans toute activité : une incapacité de travail de 20% au moins existait depuis mars 2009 et de 100% depuis lors. L'expert expliquait que l'atteinte de l'assurée était trop sévère pour lui permettre une réadaptation professionnelle mais qu'un traitement Anti-TNF-Alpha permettrait de diminuer les symptômes et d'améliorer la capacité de travail, qui devrait être réévaluée après une année de traitement. En annexe au rapport d'expertise figuraient : un rapport d'IRM cervicale du 11 avril 2011, mettant en évidence un épaississement modéré du ligament transverse en C2 mais sans érosion de l'apophyse odontoïde, une discopathie modérée C4-C6, avec protrusion discale de localisation médiane et paramédiane, sans conflit radiculaire, une discrète arthrose des facettes articulaires postérieures et ne provoquant pas de rétrécissement des canaux radiculaires et un cordon médullaire de topographie normale et de signal homogène ; un rapport d'IRM du rachis dorsal et des articulations sacro-iliaques du 14 avril 2011 concluant à une spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterev) avec des atteintes anciennes et aiguës des deux articulations sacro-iliaques et des enthésopathies au niveau de la partie antérieure des corps vertébraux en D7-D8, D9-D10, D10-D11 et D11-D12 (lésions érosives et inflammatoires de Romanus), ces dernières répondant à la sclérose de réparation qui circonscrivait les lésions érosives antérieures ; ces lésions, ainsi que celles relatives aux deux articulations sacro-iliaques, étaient pathognomoniques de la spondylarthrose ankylosante ; un rapport d'IRM lombaire du 18 avril 2011, concluant à l'érosion des plateaux vertébraux antérieurs de D11-D12 , L3-L5 dans le cadre d'une spondylarthrite sans évolution par rapport à l'examen du 5 mars 2009, une protrusion discale L5-S1 à la limite de l'hernie, de localisation médiane et paramédiane, sans conflit radiculaire ; les canaux radiculaires étaient symétriques et libres et le cône médullaire de topographie normale et de signal homogène. Le 11 novembre 2011, la Dresse P \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a émis l'avis qu'une aggravation de l'état de santé devait être admise depuis mars 2009, avec une incapacité de travail totale dans toute activité depuis lors. Pour la période antérieure, les conclusions du SMR des 10 novembre 2006 et 15 mars 2007 restaient valables. Le 14 novembre 2011, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2010 et à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> octobre 2010. L'assurée a contesté ce projet en demandant à ce qu'une invalidité de 100% lui soit reconnue antérieurement. Par décision du 23 février 2012, l'OAI a confirmé les termes de son projet. Par écriture du 26 mars 2012, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que son droit à une rente entière d'invalidité soit reconnu dès janvier 2005. A l'appui de ses conclusions, la recourante soutient que les termes parfaitement clairs de l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ auraient dû amener l'OAI à reconsidérer sa décision antérieure, rendue sur la base d'avis lacunaires. Elle prétend que le Dr O \_\_\_\_\_ a retenu une aggravation dès 2009 car il ne disposait d'aucun examen radiologique antérieur à cette date. Selon elle, tant l'intimé que le tribunal auraient été trompés par les négligences graves commises par les experts précédents. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 24 avril 2012, a conclu au rejet du recours. L'intimé relève tout d'abord que le litige se limite à la question de savoir à quand remonte l'aggravation de l'état de santé de la recourante. L'intimé fait remarquer qu'il lui est impossible de reconsidérer sa décision antérieure puisque celle-ci a été confirmée par le Tribunal. Quant à une éventuelle révision par ce dernier, l'intimé l'exclut, alléguant que l'avis du Dr O \_\_\_\_\_ ne constitue pas un fait nouveau. Par

écriture du 22 mai 2012, la recourante maintenu que l'expertise réalisée par le Dr O \_\_\_\_\_ le 24 août 2011 doit être considérée comme un élément de fait nouveau et important. A la demande de la Cour de céans, le Dr O \_\_\_\_\_ a précisé, par courrier du 10 octobre 2012, qu'il faisait remonter le début de l'incapacité de travail à 2002. La recourante a persisté dans ses conclusions par écriture du 12 novembre 2012. Elle explique avoir demandé au Dr Q \_\_\_\_\_ de procéder à une étude comparative de l'IRM de février 2006 et de celle ordonnée par le Dr O \_\_\_\_\_ en avril 2011. Ce médecin aurait conclu que l'essentiel des affections étaient déjà visibles sur l'IRM du 24 février 2006, dont le Dr L \_\_\_\_\_ avait connaissance. Pour sa part, l'OAI a relevé, dans un courrier du 15 novembre 2012, que la réponse du Dr O \_\_\_\_\_ contredit son rapport, dans lequel il fait remonter l'incapacité totale de travail à mars 2009. Interrogé une nouvelle fois par la Cour de céans, le Dr O \_\_\_\_\_ a répondu, par courrier du 26 novembre 2012, qu'il y avait eu confusion de sa part : l'incapacité totale de travailler remontait en réalité au mois de mars 2009. L'intimé a persisté dans ses conclusions par écriture du 10 décembre 2012. Quant à la recourante, elle a sollicité l'audition des Drs O \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_. 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 depuis le 1er 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur la date du début du droit à une rente entière, singulièrement sur l'évaluation de l'état de santé de la recourante entre 2005 et 2011. 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).

a) 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. 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans leur teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> décembre 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. En d'autres termes, le droit à la rente naît dès la survenance du cas d'assurance, qui est en principe réalisé un jour après l'échéance du délai d'attente d'une année, mais au plus tôt six mois après le dépôt de la demande (ch. 2025 de la Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité [CIIAI])

b/aa) Selon la jurisprudence, une interaction existe en cas d'affection pathologique labile entre la naissance du droit à la rente, d'une part, et son étendue ainsi que les bases de calcul, d'autre part, même si des conditions différentes sont applicables. C'est ainsi qu'une incapacité de gain d'au moins 40 % due à une affection labile n'entraîne pas la naissance d'un droit sans incapacité de travail préalable au moins équivalente pendant l'année qui précède. A l'inverse, une incapacité de travail d'au moins 40 % pendant une année ne suffit pas à elle seule à créer un droit, mais doit pour cela être suivie d'une incapacité de gain au moins équivalente. Cela vaut pour tous les types de rente que définit la loi (art. 28 al. 1 LAI). Le degré moyen d'incapacité de travail pendant une année et l'incapacité de gain subsistant après la période d'attente doivent être cumulés et atteindre le degré minimum légal ouvrant droit à la rente (ATF 121 V 274 consid. 6b/cc; ATFA non publiés I 632/05 du 25 octobre 2006, consid. 4.1, I 531/05 et I 543/05 du 17 août 2006 consid. 5). La situation peut ainsi être résumée de la manière suivante (Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2010, p. 362) :

Incapacité de travail min pendant délai d'attente	Incapacité de gain min à l'expiration du délai d'attente	Rente
¼	40%	40%
½	50%	50%
¾	60%	60%
	70%	70%

b/bb) Comme indiqué précédemment, le droit à la rente prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, 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, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré. En d'autres termes, la personne assurée n'a droit à l'intégralité des prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard. Ainsi. Depuis l'entrée en vigueur de l'art. 29 al. 1 LAI au 1<sup>er</sup> janvier 2008, un assuré qui présente sa demande de rente postérieurement à cette date ne peut donc pas réclamer une rente d'invalidité pour la période de douze mois précédant le dépôt de sa demande (voire pour une période antérieure, en vertu de l'art. 48 al. 2 aLAI). Il ne peut plus en effet se fonder sur l'art. 48 aLAI pour sauvegarder ses droits au sens de cette disposition, puisque celle-ci n'est plus applicable au moment du dépôt de sa demande (ATF non publié 9C\_432/2012 et 9C\_441/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3).

c) A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Ainsi, lorsque l'état de santé d'une personne au bénéfice d'un quart de rente ou d'une demi-rente s'aggrave, elle a droit à une demi-rente ou à trois quarts de rente, si elle a subi une incapacité de travail de 50 % ou de 60 % au moins pendant trois mois sans interruption notable et qu'elle présente encore une incapacité de gain de 50 % ou de 60 % au moins (RCC 1986 p. 362, 1980 p. 478, 1979 p. 285, voir également ch. 4008 CIAII).

a) 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).

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. A cet égard, il importe 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).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, 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) Le

juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). a) 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). b) 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). En l'espèce, l'OAI a nié, par décision du 8 mai 2007, confirmée par le Tribunal cantonal le 14 mai 2010, le droit de la recourante à une rente d'invalidité, sa capacité de travail étant de 80% dans l'ancienne activité d'assistante administrative, jugée adaptée. Dès lors que la recourante conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité rétroactivement au mois de janvier 2005, il y a lieu d'examiner : la période antérieure à la décision de mai 2007, en examinant s'il y a lieu de réviser l'arrêt du 14 mai 2010 ; la situation postérieure au mois de mai 2007, en appliquant les règles usuelles en matière d'appréciation de la capacité de travail et de l'invalidité. Se pose donc, en premier lieu, la question de la révision de l'arrêt du Tribunal cantonal. a/aa) A titre liminaire, la Cour de céans relève que les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (art. 53 al. 1 LPGA). Toutefois, selon une jurisprudence constante, l'administration ne peut revenir sur une décision ou une décision sur opposition que si un juge n'a pas déjà statué matériellement sur celles-ci (ATF 127 V 466 consid. 2c p. 469; 109 V 119 consid. 2b p. 121; arrêts 8C\_868/2010 du 6 septembre 2011 consid. 2.1; 8C\_787/2008 du 4 février 2009). a/bb) En l'espèce, dès lors que la décision du 8 mai 2007 de l'OAI a été confirmée par l'arrêt du TCAS du 14 mai 2010, l'intimé ne pouvait revenir sur sa décision, seul l'arrêt du 14 mai 2010 pouvant faire l'objet d'une révision. b/aa) A teneur de l'art. 89I al. 2 et 3 de la loi sur la

procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA), l'art. 61 let. i LPGA est applicable pour les causes visées à l'art. 56V al. 1 LOJ et l'art. 80 LPA pour les causes visées à l'art. 56V al. 2 LOJ. Cependant, la LPGA renvoyant au droit cantonal s'agissant de la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, il convient d'appliquer l'art. 80 LPA dans toutes les hypothèses. Aux termes de l'article 80 LPA, il y a lieu à révision lorsque, dans une affaire réglée par une décision définitive, il apparaît : qu'un crime ou un délit, établi par une procédure pénale ou d'une autre manière, a influencé la décision; que des faits ou des moyens de preuve nouveaux et importants existent, que le recourant ne pouvait connaître ou invoquer dans la procédure précédente; que, par inadvertance, la décision ne tient pas compte de faits invoqués et établis par pièce; que la juridiction n'a pas statué sur certaines conclusions des parties de manière à commettre un déni de justice formel; que la juridiction qui a statué n'était pas composée comme la loi l'ordonne ou que les dispositions sur la récusation ont été violées. La demande de révision doit être adressée par écrit à la juridiction qui a rendu la décision dans les trois mois dès la découverte du motif de révision (art. 81 al. 1 LPA) et au plus tard dans les 10 ans à compter de la notification de la décision (art. 81 al. 2 LPA). Le cas de révision de l'art. 80 let. a est réservé : dans ce cas, la révision peut avoir lieu d'office, notamment sur communication du procureur général (cf. art. 81 al. 2 2ème et 3ème phrases LPA). La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux au sens de l'art. 80 let. b) LPA s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'article 137 lettre b OJ (ATFA non publié du 29 novembre 2005, C 175/04 consid. 2.2). Sont «nouveaux» au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF non publié 9F\_4/2009 du 29 septembre 2009 et les références, ATF 127 V 358 consid. 5b et les références). b/bb) 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). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 6 mai 2008, 8C\_441/2007 consid. 4.2 et du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). b/cc) En l'espèce, il y a lieu de rappeler, à titre liminaire, que conformément à la jurisprudence constante précitée, le TCAS devait examiner la légalité de la décision du 8 mai 2007 d'après l'état de fait existant au moment où ladite décision a été rendue, soit en d'autres termes, au regard des faits qui se sont déroulés jusqu'au mois de mai 2007. Ainsi, pour que la Cour de céans puisse réviser l'arrêt du 14 mai 2010, l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_, sur laquelle se fonde la recourante, doit fournir des éléments de fait nouveaux, dont il résulterait que l'arrêt du TCAS comporterait des défauts objectifs. La Cour de céans relève également que la recourante a retiré son recours dirigé contre l'arrêt du TCAS du 14 mai 2007, acceptant ainsi la décision rendue et par là-même l'appréciation de la valeur probante du rapport du Dr L \_\_\_\_\_. Partant, les critiques formulées à l'encontre du rapport de cet expert, et notamment celles relatives à l'aspect lacunaire de son rapport, sont tardives et par conséquent irrecevables. En effet, de telles critiques auraient dû faire l'objet du recours au Tribunal fédéral que la recourante a décidé de retirer. Cela étant précisé, il y a lieu de constater que les diagnostics mentionnés par le Dr O \_\_\_\_\_, à savoir ceux de spondylarthrite ankylosante HLA B27 et de surdité congénitale bilatérale appareillée, font référence à des faits connus du Dr L \_\_\_\_\_ et par conséquent pris en considération par le TCAS dans son arrêt du 14 mai 2010. Bien plus, le Dr O \_\_\_\_\_ n'émet aucune appréciation quant à la capacité de travail de la recourante antérieurement à l'arrêt du 14 mai 2010, il ne remet nullement en question les conclusions du Dr L \_\_\_\_\_ et ne fait à aucun moment référence à des lacunes dans son rapport. La seule critique que le Dr O \_\_\_\_\_ formule concerne le rapport d'expertise du Dr M \_\_\_\_\_, établi le 5 mai 2010 et d epos e au greffe du TPI le 14 mai 2010, que le TCAS n'a, à l'évidence, pas pu prendre en considération. En effet, ledit rapport a été d epos e au greffe du TPI, qui n'avait aucune obligation de le transmettre au TCAS. Quant à la recourante, elle ne l'a produit qu'au cours de l'automne 2010, soit après que le Tribunal cantonal s' est prononc e. Cela étant, même si le Dr O \_\_\_\_\_ avait consid er e la recourante totalement incapable de travailler depuis son accident, en 2002, comme elle le suggère, on ne se serait pas non plus trouv e en présence d'un élément de fait nouveau antérieur à l'arrêt du 14 mai 2010 et découvert postérieurement à celui-ci. L'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ aurait alors exprim e une appréciation médicale différente sur une question particulière, celle de la capacité de travail de la recourante effectuée sur la base d'un nouvel examen de faits déjà connus du TCAS au moment de son arrêt en mai 2010. Partant, au vu des considérations qui pr ec edent, l'expertise du Dr O \_\_\_\_\_ ne constitue à l'évidence pas un nouveau moyen de preuve portant sur un élément de fait nouveau, antérieur à l'arrêt du 14 mai 2010 du TCAS. La recourante semble également invoquer les conclusions d'un rapport - non produit - dans lequel le Dr Q \_\_\_\_\_ aurait procédé à une étude comparative des IRM des 24 février 2006 et 18 mars 2011 pour justifier sa demande de révision. La Cour de céans constate cependant que les conclusions de cette étude telles que présentées par la recourante correspondent à celles que le Dr O \_\_\_\_\_ a exprimées dans son rapport du 24 août 2011. En effet, les IRM pratiquées concernent les vertèbres lombaires et s'agissant de celles-ci, il n'y a eu aucune aggravation depuis 2006. Partant, les conclusions du Dr Q \_\_\_\_\_ ne permettent pas non plus de remettre en

question l'appréciation de la capacité de travail effectuée par le TCAS en mai 2010. Enfin, s'agissant des vertèbres dorsales, l'aggravation dont il est fait état dans le rapport du Dr O \_\_\_\_\_ date du mois de mars 2009 et est de ce fait postérieure à l'arrêt dont la recourante demande la révision. Au vu des considérations qui précèdent, la demande de révision doit être rejetée, ni le rapport du Dr O \_\_\_\_\_ ni l'appréciation du Dr Q \_\_\_\_\_ ne mettant en évidence un fait nouveau important permettant de considérer que l'arrêt du 14 mai 2010 comporterait de graves défauts. Dès lors que ni l'appréciation du Dr O \_\_\_\_\_ ni celle du Dr Q \_\_\_\_\_ ne sont susceptibles de remettre en question les bases de l'arrêt du 14 mai 2010, il apparaît inutile d'administrer d'autres preuves et notamment d'entendre ces deux praticiens ou encore de demander la production du rapport du Dr Q \_\_\_\_\_, dont les conclusions ont été résumées par la recourante dans ses écritures des 12 novembre et 20 décembre 2012 (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2ème éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). La période postérieure au mois de mai 2007 peut être divisée en deux parties : a) la période courant de mai 2007 à février 2009 inclus et b) celle courant dès mars 2009, date à laquelle le Dr O \_\_\_\_\_ fait remonter l'aggravation de l'état de santé de la recourante. a) S'agissant de la période courant entre mai 2007 et mars 2009, la Cour de céans constate que l'état de santé de la recourante est resté stable par rapport à celui ayant fait l'objet de la précédente procédure. Par conséquent, dès lors que l'état de santé de la recourante ne s'est aggravé qu'en mars 2009, l'appréciation de la capacité de travail émise par le TCAS dans son arrêt du 14 mai 2010 conserve toute sa validité, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé n'a pas reconnu d'incapacité de travail pendant cette période. b) En ce qui concerne la période postérieure au mois de mars 2009, force est de constater que les parties s'accordent sur le fait que l'état de santé de la recourante s'est aggravé et qu'elle est désormais totalement incapable de travailler. Il n'y a donc pas lieu d'examiner la valeur probante du rapport du Dr O \_\_\_\_\_, étant donné que tant l'OAI que la recourante admettent ses conclusions. La question qui subsiste toutefois est celle de savoir à partir de quand une rente d'invalidité est due. b/aa) En l'espèce, l'incapacité de travail a été de 20% jusqu'au 28 février 2009, l'aggravation de l'état de santé, survenue au mois de mars 2009, ayant entraîné une incapacité totale de travailler. Il y a donc lieu de déterminer quand le délai d'attente d'un mois a expiré. Selon la formule [ a mois à 20 % ] + [ b mois à 100 % ] (voir ch. 2018 CIIAI), le calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente se présente de la façon suivante : a mois à 20% + b mois à 100% = 12 mois à 40%, étant précisé que : a mois + b mois = 12 mois a mois = 12 mois - b mois Le calcul est donc le suivant : ( a x 20 %) + ([12 - a ] x 100 %) = 12 x 40 % 20 a + 12 x 100 - 100 a = 480 20 a + 1'200 - 100 a = 480 1'200 - 80 a = 480 720 - 80 a = 0 720 = 80 a 720 / 80 = a a = 9 mois à 20% et b = 3 mois à 100% Il en résulte que le délai d'attente était échu le 31 mai 2009 (9 mois à 20 % à partir du 1 er juin 2008 et 3 mois à 100% à partir du 1 er mars 2009). Partant, le cas d'assurance est survenu le 1 er juin 2009. Tant le délai d'attente que le cas d'assurance sont survenus après l'entrée en vigueur de la nouvelle teneur de l'art. 29 LAI de sorte que cette nouvelle disposition trouve application. Par conséquent, ce n'est que six mois après le dépôt, le 8 juin 2010, de la demande de prestation que le droit à la rente de la recourante est né. Ainsi, le 8 décembre 2010, la recourante pouvait prétendre à un quart de rente, correspondant à ce qui lui revenait lors de

la survenance du cas d'assurance le 1 er juin 2009. Cependant, dès lors que sa capacité de travail était en réalité nulle, une rente entière devait lui être reconnue dès le 8 mars 2011, soit à l'expiration du délai de trois mois prévu par l'art. 88a al. 2 RAI. Pour sa part, l'OAI a décidé de ne pas appliquer le délai de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI, mais a considéré, selon toute vraisemblance, que le droit à la rente naissait au jour la date du dépôt de la demande. La Cour de céans ne saurait le suivre. En effet, la seule dérogation à l'application de l'art. 29 LAI reconnue par le Tribunal fédéral concerne les cas où la demande de prestations a été déposée avant le 31 décembre 2008 (ATF non publiés 9C 432/2012 du 31 août 2012, 9C 473/2011 du 14 mai 2012, 9C 583/2010 du 22 septembre 2011). Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. Appliquer le délai de six mois au cas de la recourante, alors que l'OAI ne l'a pas fait, reviendrait toutefois à procéder à une reformatio in pejus. b/bb) Aux termes de l'art. 61 let. d LPGA, le Tribunal cantonal des assurances n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut notamment réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée. Dans un tel cas, il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. La reformatio in pejus est une faculté donnée au juge (ATF 119 V 249 consid. 5) et non une obligation. En l'espèce, compte tenu du contexte et du fait que c'est délibérément que l'intimé n'a pas appliqué le délai de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI, la Cour de céans renoncera à procéder à une reformatio in pejus et confirmera le dispositif de la décision attaquée. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Étant donné que depuis le 1 er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante 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 Marie-Catherine SECHAUD La Présidente Karine STECK 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.