

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1779/2024

ATAS/179/2025

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 21 mars 2025**

**Chambre 9**

En la cause

A \_\_\_\_\_  
représentée par la docteure M \_\_\_\_\_, mandataire

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Michael  
RUDERMANN, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

- A.**    **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1972, mère de deux enfants, nés les \_\_\_\_\_ 2006 et \_\_\_\_\_ 2010, exerçait la profession d'assistante administrative à un taux de 90% au sein de l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA C\_\_\_\_\_ Group (ci-après : employeur) depuis le 19 juillet 1999.
- b.** Le 3 octobre 2021, l'assurée a trébuché sur le pavé alors qu'elle rentrait de promenade, tombant lourdement sur le côté droit.
- c.** Selon un rapport du 11 octobre 2021, la docteure D\_\_\_\_\_, médecin interne à l'unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a posé comme diagnostic principal une fracture de l'épiphyse distale du radius (ci-après : EDR) droit de type A de la classification AO et, à titre de diagnostic secondaire, une fracture du col anatomique de l'humérus proximal droit. L'assurée souffrait de douleurs à l'épaule.
- d.** E\_\_\_\_\_ Services SA, l'assurance-accidents et l'assurance perte de gain de l'employeur, a pris en charge le cas et alloué des prestations d'assurance-accidents.
- e.** Dans un certificat médical du 6 janvier 2022 adressé à l'assurance-accidents, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin traitant de l'assurée, a retenu un status post déchirure musculaire du vaste externe bilatéral ainsi qu'un status post fracture de l'humérus proximal droit et poignet droit. Une incapacité de travail totale était retenue du 10 janvier au 31 janvier 2022.
- f.** Par certificat médical intermédiaire LAA du 27 janvier 2022, le Dr F\_\_\_\_\_ a réitéré les diagnostics retenus dans le certificat médical précité et précisé que l'assurée présentait encore des douleurs au niveau des genoux et de l'épaule et poignet droits. Une reprise du travail à 50% était prévue du 1<sup>er</sup> au 28 février 2022 depuis la maison.
- B.**    **a.** Le 28 mars 2022, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a reçu un formulaire de demande de prestations pour adultes, indiquant une incapacité de travail de 100% du 3 octobre 2021 au 31 janvier 2022 puis de 50% du 1<sup>er</sup> février 2022 au 21 avril 2022, faisant état de « poignet, épaule et genoux fracturés » à la suite de son accident.
- b.** À la demande de l'OAI, l'assurée a transmis plusieurs documents médicaux, dont notamment :
- un rapport du 31 mars 2017 du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, établi à la suite d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cervicale du même jour, concluant à une hernie discale C5-C6 de localisation paramédiane droite en conflit modéré avec la racine C6 droite et

une discrète protusion discale C6-C7 foraminale gauche sans conflit radiculaire ;

- un rapport du 6 septembre 2017 du Professeur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, retenant à titre de diagnostics un conflit sous-acromial et une tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérales ainsi que des cervicalgies communes ; l'évolution était satisfaisante grâce au traitement de physiothérapie active ;
- un rapport du 4 septembre 2019 du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, à la suite d'une IRM cervico-dorsale du 4 septembre 2019 concluant à une absence d'argument pour des lésions vertébrales de spondylarthropathie au niveau dorsal et cervical, une absence d'anomalie du signal médullaire et à une discopathie C5-C6 avec hernie postéro-latérale et foraminale droite superposable à l'IRM de 2017 ;
- un rapport du 13 juillet 2021 de la docteure J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, établi à la suite d'une IRM dorso-lombaire du même jour, retenant notamment une « très minime » atteinte dégénérative débutante du rachis dorso-lombaire.

**c.** Le 1<sup>er</sup> février 2022, à la suite d'une modification de son contrat de travail, l'assurée a repris son activité d'assistante administrative chez son employeur à un taux de 50%.

**d.** Le 9 mars 2022, l'assurée a été soumise à une IRM cervicale. Dans un rapport du même jour, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une hernie discale C5-C6, postéro-latérale droite et préforaminale droite pouvant comprimer la racine C6 droit ainsi qu'une discopathie débutante C4-C5, discrète C5-C6 et C6-C7.

**e.** Dans un rapport du 4 avril 2022, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a posé le diagnostic de cervicobrachialgie droite sur sténose foraminale C5-C6 droite, évoluant depuis une chute au mois d'octobre 2021 avec fracture du poignet et du bras. L'assurée présentait des paresthésies irradiant dans le bras et des douleurs cervicales sous forme de céphalées de tension. À l'examen clinique, il n'y avait pas de déficit neurologique des membres supérieures. La force et la sensibilité étaient conservées et symétriques. L'IRM cervicale du 9 mars 2022 montrait une sténose foraminale et une uncarthrose C5-C6 droit pouvant expliquer les symptômes. Une infiltration foraminale C5-C6 droite était indiquée.

**f.** Répondant au formulaire de l'OAI le 3 mai 2022, la Dre D\_\_\_\_\_ n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a précisé que les fractures du 4 octobre 2021 de l'EDR droit type A « selon l'AO » et du col anatomique de l'humérus proximal droit étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

---

**g.** Dans un formulaire reçu par l'OAI le 6 mai 2022 par l'OAI, le Dr F\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de status post hernie discale C5-C6 et de discarthrose C4-C5, C6-C7, et a retenu un antécédent de spondylarthrite. L'assurée présentait une incapacité de travail totale du 23 décembre 2021 au 28 février 2022 et d'une capacité de travail de 50% du 1<sup>er</sup> mars au 23 mai 2022, précisant que l'incapacité de travail concernait l'activité d'assistante. Les limitations fonctionnelles concernaient des douleurs à la mobilisation de la nuque et des bras. Il était raisonnablement attendu de l'assurée l'exercice de quatre à cinq heures par jour dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'assurée se trouvait limitée à 50% dans l'accomplissement des tâches ménagères. Le pronostic sur la capacité de travail était de 50%.

**h.** Dans un formulaire de l'AI daté du 3 juin 2022, la docteure M\_\_\_\_\_, médecin praticien FMH et psychiatre traitante, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation anxio-dépressif (F41) et indiqué un trouble dépressif récurrent avec symptômes somatiques (F33) à titre d'atteinte ayant un impact sur la capacité de travail. L'assurée n'était pas capable de travailler à 100%, étant précisé qu'elle travaillait à 50% en télétravail « avec beaucoup d'effort et traitements médicamenteux ». Les limitations fonctionnelles retenues étaient une fatigue, une anhédonie, une insomnie, une anxiété importante et des douleurs ostéo-musculaires. Depuis 2016, à la suite du décès de sa sœur, elle avait présenté des angoisses, de l'anxiété, une fatigue, en progression avec ses troubles somatiques.

**i.** Le 12 septembre 2022, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée, avec effet au 31 décembre 2022.

**j.** À partir du 13 septembre 2022, l'assurée a été mise au bénéfice d'arrêts de travail et l'assurance perte de gain de l'employeur a pris en charge le cas, versant des indemnités journalières à compter de cette date.

**k.** Le 31 octobre 2022, sur mandat de l'assurance perte de gain, le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a rendu un rapport d'expertise.

À la suite d'un examen médical du 28 octobre 2022, le Dr N\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne (F33.1) depuis 2016, des cervicalgies récurrentes sur hernie discale C5-C6 postéro-latérale et foraminale droite depuis 2017, un status après fracture proximale de l'humérus droit en octobre 2021, un status après fracture radiale droite en octobre 2021, un status après déchirure musculaire bilatérale des vastes externes en octobre 2021 et des lombalgies récurrentes sur zygarthrose L5-S1 en octobre 2022. L'entretien avec l'assurée a mis en évidence une symptomatologie dépressive réactionnelle à son licenciement, ainsi que des plaintes de cervicalgies et lombalgies récurrentes en relation avec les lésions retenues. Une reprise de travail semblait péjorer la symptomatologie dépressive présente avant le

---

licenciement de l'assurée. S'agissant de la dépression récurrente, le pronostic était médiocre et l'octroi d'une rente AI à 50% était probable. Il en allait de même s'agissant du pronostic rhumatologique, en relation avec les discopathies cervicales et lombaires. Le pronostic orthopédique semblait favorable. Il était possible d'envisager une reprise de travail à 50% en télétravail jusqu'à la fin de la date de résiliation [NDR : pour le 31 décembre 2022]. L'assurée avait repris son travail à 50% de février à août 2022. Dans l'intervalle, en raison d'une péjoration des cervicalgies, elle a bénéficié d'une infiltration foraminale qui avait eu un résultat positif. Dès le 1<sup>er</sup> septembre 2022, elle avait dû accepter de baisser son taux de travail à 50%.

**l.** Depuis le 3 janvier 2023, l'assurée a bénéficié d'indemnités de chômage.

**m.** Par projet de décision du 6 avril 2023, l'OAI a informé l'assurée avoir l'intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2022 au 31 mars 2023. Une incapacité de travail de 100% dans toute activité dès le 3 octobre 2021 était reconnue. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2023, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité de sorte que la rente entière était supprimée trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'assurée, soit dès le 1<sup>er</sup> avril 2023.

**n.** En réponse au projet précité, l'assurée a indiqué, par courrier du 30 avril 2023, ne plus pouvoir travailler à 100% et qu'elle se trouvait en arrêt de travail à 50% depuis le 1<sup>er</sup> mai 2023.

**o.** Le 27 avril 2023, la Dre M\_\_\_\_\_ a attesté de l'arrêt de travail de 50% à partir du 1<sup>er</sup> mai 2023, précisant que l'état de santé de l'assurée l'empêchait de travailler à 100% malgré des efforts importants. Une rente à 50% lui serait bénéfique pour sa santé psychique et, par la suite, « elle pourrait tenter de travailler à 50% avec certaines restrictions ».

Étaient joints à l'attestation différents documents médicaux, à savoir :

- un rapport du 24 novembre 2022 du docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, à la suite d'une IRM cérébrale avec séquence angiographique intracrânienne du 23 novembre 2022, concluant à l'absence d'argument en faveur d'une lésion hémorragique intra ou extra-axiale, d'une malformation vasculaire de type anévrysmal, d'une thrombose veineuse sinusienne, d'une hypertension intra-crânienne bénigne ou encore d'un processus expansif ; le reste du bilan sur l'encéphale était sans anomalie décelable, à l'exception de xanthogranulomes des plexus choroïdes des ventricules latéraux des deux côtés, sans valeur pathologique ;
- un rapport du 24 novembre 2022 du Dr O\_\_\_\_\_, en référence à une IRM de la colonne cervicale du 23 novembre 2022, concluant à une spondylodiscarthrose débutante C4-C5 à C6-C7, compliquée d'une sténose modérée C5-C6 droite d'environ 50% secondaire à une petite protusion discale focale C5-C6 intra-foraminale droite venant au contact intime et laminant de manière partielle la

portion intra-foraminale de la racine C6 droite, sans franche compression radiculaire objectivable, ainsi qu'à une absence d'argument en faveur d'une malformation de la charnière cervico-occipitale, d'une hernie discale ou d'un canal cervical étroit ;

- un rapport du 21 février 2023 de la docteure P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, établi à la suite d'une IRM de l'abdomen du même jour, concluant à une importante stéatose hépatique et aucune lésion suspecte ni d'argument pour une cirrhose ni hypertension portale.

**p.** Par attestation du 12 mai 2023, la Dre M\_\_\_\_\_ a retenu que l'assurée souffrait de plusieurs maladies ostéo-musculaires l'handicapant depuis longtemps. À la suite de ses problèmes physiques et psychiques, l'assurée avait accepté un nouveau contrat de travail à 50% avec son employeur afin de poursuivre son activité, mais elle avait été licenciée, raison pour laquelle elle s'était « inscrite à 50% au chômage ». L'assurée tenait à continuer à travailler et faisait le maximum pour continuer son activité professionnelle. Il convenait d'examiner les rapports transmis précédemment et de contacter ses spécialistes. La Dre M\_\_\_\_\_ a indiqué avoir conseillé l'assurée de cesser le travail depuis quelque temps mais que celle-ci avait insisté pour faire un temps partiel. D'un point de vue psychiatrique, ses douleurs persistantes avaient une répercussion importante sur elle, étant précisé qu'elle était mère de deux enfants en bas âge.

**q.** Dans un avis du 31 mai 2023, le médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire avec volets psychiatrique et de médecine interne.

Sur le plan psychiatrique, la situation n'était pas claire avec une décompensation dépressive depuis l'annonce du licenciement qui était insuffisamment documentée, les spécialistes mentionnant en outre des éléments non médicaux dans leur évaluation. Sur le plan somatique, les dernières investigations concernent la sphère gastro-entérologique, cérébro-vasculaire et rhumatologique sans éléments cliniques suffisants.

**r.** Dans un rapport d'expertise bi-disciplinaire reçu le 12 août 2023, les docteurs Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, et R\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé, sur le plan somatique, les diagnostics non incapacitants de céphalées tensionnelles, status après *stripping* grande saphène droite, sans récurrence depuis 2017, prolapsus génital (2021), incontinence urinaire mixte, stéatose hépatique (2023), hernie hiatale et acouphènes (2019), avec présence à gauche de boucle vasculaire en contact avec le nerf cochléaire, et, sur le plan psychique, un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement en rémission (F33.4). Il n'était retenu aucun diagnostic incapacitant. Sur le plan somatique, la capacité de travail dans toute activité était entière depuis toujours. Sur le plan psychique, la capacité de travail était nulle dans toute activité

pendant 12 mois durant l'épisode de 2016, entière de 2017 à juin 2022, de 50% de juin 2022 à mai 2023 et de 100% depuis.

Sur le plan somatique, lors de l'expertise, les plaintes de l'assurée étaient des cervicalgies, lombalgies, omalgies et gonalgies. L'assurée recherchait un emploi à un taux de 50% et était intolérante au stress. L'examen clinique n'avait rien mis de particulier en évidence. Il était relevé sur le plan de la médecine interne les comorbidités suivantes : hernie hiatale, stéatose hépatique et céphalées. Ces atteintes n'atteignaient pas un degré de sévérité suffisant pour justifier une incapacité de travail de longue durée. Les difficultés de l'assurée ne relevaient pas de la médecine interne et apparaissaient d'ordre rhumatologique et psychiatrique le cas échéant.

Sur le plan psychique, après le décès de sa sœur, l'assurée avait présenté un épisode dépressif qui avait nécessité la mise en place d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique dès 2016. Il était retrouvé un second épisode en 2022 après son licenciement et ce nouvel épisode était en rémission au jour de l'examen.

s. Par avis du 18 août 2023, le SMR a fait siennes les conclusions du rapport d'expertise du 12 août 2023 et a retenu, comme atteinte principale, un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (6A71.7) et, comme autres atteintes, un status après fractures proximale de l'humérus droit, radiale droit et une déchirure musculaire des vastes externes le 10 janvier 2021, traités conservativement (ND52) ainsi que des cervicalgies récurrentes sur hernie discale C5-C6 postéro-latérale et foraminale droite (FA80.2). L'incapacité durable était d'un taux de 100% dès le 3 octobre 2021. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'assistante administrative était de 0% dès le 3 octobre 2021, de 50% dès le 1<sup>er</sup> février 2022 et de 100% dès mai 2023. Tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, des limitations fonctionnelles liées au rachis cervical devaient être respectées, à savoir : port de charges de moins de 5kg, pas de travail avec les bras au-dessus des épaules, pas de positions debout ou assise prolongées, possibilité d'alternance des positions assise et debout. La date du début de l'aptitude à la réadaptation était le 1<sup>er</sup> février 2022.

t. Par décision du 7 mai 2024, se fondant sur l'avis du SMR précité, l'OAI a réformé le projet de décision et a informé l'assurée qu'elle avait droit à une rente s'élevant à 50% d'une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 50% du 1<sup>er</sup> octobre 2022 au 31 juillet 2023, ainsi qu'une rente liée pour chacun de ses enfants.

À la suite de l'expertise bi-disciplinaire, l'OAI a reconnu une incapacité de travail de 100% dès le 3 octobre 2021 (début du délai d'attente). Dès le mois de février 2022, une capacité de travail dans toute activité à 50% était exigible, puis à 100% dès le mois de mai 2023. À l'échéance du délai d'attente d'un an, à savoir le 1<sup>er</sup> octobre 2022, le taux d'invalidité s'élevait à 50%, ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité dès cette date. Dès le 1<sup>er</sup> mai 2023, une pleine capacité de

---

travail dans toute activité était reconnue. La demi-rente était ainsi supprimée trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'assurée, soit dès le 1<sup>er</sup> août 2023. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées dans la situation de l'assurée.

- C. a. Par acte du 15 mai 2024, la Dre M\_\_\_\_\_, représentant l'assurée, a interjeté recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), faisant valoir que la recourante n'était pas en mesure de travailler à 100% et qu'il convenait d'examiner les rapports précédents et de contacter ses spécialistes. La Dre M\_\_\_\_\_ a notamment fait valoir que la recourante pouvait éventuellement essayer un travail adapté à temps partiel à un taux maximum de 50%. Elle souffrait de plusieurs maladies ostéo-musculaires l'handicapant depuis longtemps. À la suite de problèmes physiques et psychiques, elle avait accepté un nouveau contrat de travail à 50% avec son employeur afin de poursuivre son activité, mais elle avait été licenciée, raison pour laquelle elle était « inscrite à 50% au chômage ». Elle tenait à continuer à travailler et faisait le maximum pour continuer son activité professionnelle. Actuellement, son état de santé psychique se détériorait progressivement avec également des douleurs ostéo-musculaires ayant des répercussions importantes qui l'empêchaient d'avoir un travail convenable.

Étaient joints au recours les documents médicaux suivants :

- un rapport du 21 mai 2024 du Dr T\_\_\_\_\_, établi à la suite d'une IRM de la colonne lombo-sacrée du 17 mai 2024, concluant à des discopathies modérées étagées prédominant en L5-S1 avec débord hémicirconférentiel du côté gauche venant au contact, sans refoulement significatif de la racine S1 gauche, ainsi qu'un aspect irrégulier avec discret œdème des berges articulaires des deux articulations sacro-iliaques ;
- un rapport du 21 mai 2024 du Dr T\_\_\_\_\_, à la suite d'une IRM du genou droit du 17 mai 2024, décrivant des signes modérés de syndrome de friction fémoro-patellaire avec discrète chondropathie fémoro-patellaire et fémoro-tibiale interne ainsi qu'une absence de lésion méniscale ;
- un rapport du 22 mai 2024 du Dr F\_\_\_\_\_ qui indiquait un avis neurochirurgical et rhumatologique au vu de la péjoration clinique et du point de vue de l'IRM lombaire du 17 mai 2024 par rapport à l'IRM précédente ; il était attesté d'un arrêt de travail complet du 22 mai au 22 juin 2024 ; la recourante a présenté une amélioration des gonalgies mais avec une persistance des douleurs en regard du genou droit, ainsi que des douleurs en regard de la région lombaire avec irradiation dans les fesses et les jambes sur la face externe ; la recourante ne pouvait pas rester assise plus d'une heure et demie et ne pouvait pas marcher plus de 40 – 45 minutes sans douleurs ;
- le rapport du 9 mars 2022 du Dr K\_\_\_\_\_.

**b.** Une procuration justifiant des pouvoirs de la Dre M\_\_\_\_\_ a été signée par la recourante le 1<sup>er</sup> juin 2024.

**c.** Par réponse du 25 juin 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a fait valoir que l'expertise mandatée par l'office intimé devait se voir reconnaître pleine valeur probante, de sorte qu'il se justifiait de suivre tant les conclusions des experts que celles du SMR et retenir une incapacité de travail complète dès le 3 octobre 2021, une capacité de travail de 50% à compter du 1<sup>er</sup> février 2022 et une capacité de travail complète dans toute activité dès le mois de mai 2023. L'activité habituelle de la recourante respectait ses limitations fonctionnelles.

En s'appuyant sur un avis du SMR du 25 juin 2024, l'intimé a également soulevé que les éléments produits à l'appui du recours ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas. Selon cet avis, le médecin du SMR a considéré que les nouvelles pièces médicales produites par la recourante n'étaient pas de nature à remettre en question son appréciation du cas figurant dans son rapport du 18 août 2023. S'agissant du courrier de la Dre M\_\_\_\_\_, cette dernière a rapporté une aggravation de l'état psychique et ostéo-musculaire sans l'étayer avec des éléments objectifs. Quant aux rapports du Dr F\_\_\_\_\_, le médecin du SMR a noté que le seul élément objectif rapporté par le chirurgien orthopédiste était l'irradiation dans les fesses et les cuisses de lombalgies, mais sans déficit neurologique, et avec un impact modéré sur la position assise et la marche. L'IRM montrait une aggravation de la discopathie L5-S1, qualifiée de modérée, venant en contact avec la racine S1 gauche mais sans la refouler. Le médecin du SMR a relevé que la symptomatologie d'irradiation avec la découverte d'une aggravation de la hernie discale L5-S1 modérée découlant de l'IRM du 21 mai 2024 n'était pas présente lors de l'expertise du 12 août 2023, ce qui permettait de conclure qu'il s'agissait d'une atteinte postérieure à la décision. Néanmoins, les limitations fonctionnelles retenues dans l'avis du SMR du 18 août 2023 préconisaient déjà d'éviter les positions debout ou assise prolongées.

**d.** La recourante a renoncé à répliquer.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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.

**1.2** Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI) et le délai de 30 jours (art. 60 et 38 al. 4 let. a LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) prévus par la loi, le recours est recevable.

**2.**

**2.1** Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

**2.2** En l'occurrence, la décision querellée porte sur le droit à la rente à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

**3.** À titre liminaire, il y a lieu de circonscrire l'objet du litige.

**3.1** L'objet du litige dans la procédure de recours est le rapport juridique réglé dans la décision attaquée, dans la mesure où – d'après les conclusions du recours – il est remis en question par la partie recourante (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_694/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2.1).

**3.2** En l'espèce, dans la décision entreprise, l'OAI a reconnu à la recourante un droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2022 au 31 juillet 2023.

Dans son recours du 15 mai 2024, l'intéressée ne remet pas en cause la date du début de l'octroi de la rente, ni le taux de 50% retenu par l'intimé. En revanche, elle conteste le fait que la rente soit limitée dans le temps.

Par conséquent, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de 50% au-delà du 31 juillet 2023.

#### 4.

**4.1** Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'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 (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

Les dispositions régissant la révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA s'appliquent par analogie dans l'octroi rétroactif d'une pension progressive ou temporaire (ATF 133 V 263 consid. 6.1 et les références). Dans ce cas, le constat d'une modification déterminante doit intervenir entre les faits existants à la date d'ouverture du droit à la rente et la date de la modification du droit, en application de l'art. 88a RAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_132/2020 du 18 juin 2020 consid. 4.2.2 et les références).

## 4.2

**4.2.1** 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, mentale ou psychique 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).

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**4.2.2** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

---

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3).

B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

Dans un arrêt du 17 novembre 2021, le Tribunal fédéral a rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

**4.2.3** 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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, 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

---

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

**4.3** 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

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. Les faits survenus postérieurement,

---

et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement 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 ; arrêt du Tribunal fédéral I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

5. En l'occurrence, l'intimé a accordé à la recourante une rente d'invalidité de 50% à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2022 puis a supprimé son droit à la rente au 31 juillet 2023, après avoir retenu une capacité de travail entière de sa part dans toute activité dès le 1<sup>er</sup> mai 2023.

**5.1** La recourante, par l'intermédiaire de sa psychiatre traitante, conteste cette appréciation en ce sens qu'elle estime ne pas être en mesure de reprendre une activité à un taux de 100% dès le 1<sup>er</sup> mai 2023 en raison d'une détérioration progressive de son état psychique et ostéo-musculaire.

On ne saurait suivre la recourante. Elle invoque une aggravation de son état de santé, sans fournir la moindre explication, ni d'éléments probants permettant de remettre en cause les conclusions de l'intimé.

En particulier, l'intimé s'est appuyé sur les résultats de l'expertise bi-disciplinaire du 12 août 2023 ainsi que sur l'avis du SMR du 18 août 2023 pour rendre sa décision litigieuse. Or, la recourante n'a ni allégué ni apporté d'éléments susceptibles d'invalider les conclusions de l'expertise et celles du SMR. Celles-ci n'ont par ailleurs pas été examinées par ses médecins traitants et sont donc restées incontestées sur le plan médical.

À cet égard, le rapport d'expertise du 12 août 2023 répond, tant sur la forme que sur le fond, aux requisits jurisprudentiels pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante. En effet, il a été établi par des spécialistes reconnus, sur la base d'un dossier exhaustif, d'observations approfondies et d'investigations complètes. Il comprend une anamnèse, la description des plaintes ainsi que d'une journée-type, un examen clinique, des diagnostics et appréciations convaincantes de la capacité de travail de la recourante. Les experts ont en outre abouti à une évaluation consensuelle cohérente et des résultats convaincants. Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, la valeur probante du rapport ne peut être mise en doute que si d'autres 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 des experts (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Or, tel n'a pas été le cas en l'occurrence.

S'agissant des conclusions du SMR du 18 août 2023, il n'y a pas de raison de s'en écarter dans la mesure où aucun élément au dossier ne permet de les mettre en doute.

---

Ainsi, sur les plans psychiatrique et de médecine interne, l'avis du SMR intègre les conclusions de l'expertise du 12 août 2023. Sur le plan ostéo-articulaire, les atteintes, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail retenues par le médecin du SMR sont en accord avec les constatations des médecins traitants et des documents médicaux au dossier. En effet, il ressort des rapports du Dr F\_\_\_\_\_ que la recourante a repris une activité de 50% à compter du 2 février 2022 (*cf.* le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2022 ; la demande de prestations du 28 mars 2022). À la suite d'une indication posée par le Dr L\_\_\_\_\_ en avril 2022 (*cf.* rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 4 avril 2022), la recourante a bénéficié d'une infiltration foraminale afin de traiter ses cervicalgies, avec un résultat positif (*cf.* rapport d'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ du 31 octobre 2022). Partant, la conclusion du SMR de retenir une capacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> février 2022 et une capacité de travail complète à compter du mois de mai 2023 n'apparaît pas critiquable.

Devant la chambre de céans, la recourante a fourni plusieurs documents, la plupart étant établis postérieurement à la décision litigieuse du 7 mai 2024.

Or, comme l'a retenu le SMR dans son avis du 25 juin 2024, ces pièces ne permettent pas non plus de s'écarter des conclusions de l'intimé. Le seul élément objectif rapporté par le Dr F\_\_\_\_\_ est l'irradiation dans les fesses et les cuisses de lombalgies, sans déficit neurologique et avec un impact modéré sur la position assise et la marche. Selon le médecin du SMR, le fait que cette symptomatologie d'irradiation ait été découverte par IRM du 21 mai 2024 et n'était pas présente lors de l'expertise du 12 août 2023, permettait de conclure qu'il s'agissait d'une atteinte postérieure à la décision. En tout état de cause, la chambre de céans relève, à l'instar du SMR, que les limitations fonctionnelles retenues dans l'avis du SMR du 18 août 2023 prennent déjà en compte les limitations indiquées par le Dr F\_\_\_\_\_ dans son dernier rapport, à savoir le fait de ne pas rester assise plus d'une heure et demie et de ne pas pouvoir marcher plus de 40 à 45 min sans douleurs (*cf.* rapport du 22 mai 2024 du Dr F\_\_\_\_\_).

Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'intimé et remettre en cause l'appréciation selon laquelle la recourante disposait d'une capacité de travail totale dès le 1<sup>er</sup> mai 2023 dans toute activité, étant précisé que l'activité habituelle était adaptée à ses limitations fonctionnelles.

C'est partant à juste titre que l'intimé a octroyé à la recourante une rente d'invalidité de 50% du 1<sup>er</sup> octobre 2022 au 31 juillet 2023 (*cf.* art. 88a al. 1 RAI).

**6.** Eu égard à tout ce qui précède, le recours sera rejeté.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*) et sera condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le