

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née B_____ le _____ 1975 à Annemasse (France), au bénéfice d'une formation dans le domaine de la gestion et du commerce, a exercé des activités professionnelles dans le domaine commercial auprès de plusieurs employeurs dans le canton de Genève, dans lequel elle s'est installée en juin 2009. Elle s'est mariée le _____ 2010 avec Monsieur A_____. Deux enfants sont issus de cette union, respectivement le _____ 2011 et le _____ 2014. Le couple se séparera le 1^{er} juin 2018.
2. À fin août 2014, l'assurée a perdu l'emploi qu'elle avait depuis mars 2006 chez C_____ Sàrl comme assistante communication puis responsable administrative.
3. Après une première décompensation hypomaniaque, observée par son médecin traitant, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, l'assurée a été suivie dès juillet 2014 par le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui l'a estimée totalement incapable de travailler à tout le moins depuis le 13 juillet 2015 en raison d'une instabilité de l'humeur liée à un trouble bipolaire, et lui a prescrit un suivi psychologique et la prise de médicaments.
4. En juillet 2017, suite au décès de sa mère (survenu en 2015) et à une compliance médicamenteuse inadéquate, l'assurée a eu une nouvelle décompensation hypomaniaque, en considération de laquelle elle a été hospitalisée à l'hôpital psychiatrique de Belle-Idée le 30 août 2017. La demande de sortie définitive qu'elle a signée le lendemain de son admission a été refusée par le médecin responsable en raison d'une mise en danger d'elle-même. Difficile dans un premier temps, sa prise en charge hospitalière s'est révélée fructueuse, si bien que l'assurée a pu quitter ledit hôpital le 21 septembre 2017 au profit d'un suivi dans un premier temps au CAPPI plus un soutien IMAD pour la prise des médicaments, puis à long terme avec son psychiatre privé.
5. Le 3 octobre 2017, en remplacement d'une demande d'allocation d'impotence remplie le 19 septembre 2017, l'assurée a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en raison de ses troubles bipolaires, en indiquant être totalement incapable de travailler depuis le 23 février 2015.
6. Dans un rapport à l'OAI du 28 novembre 2017, le Dr F_____ a relevé que le trouble bipolaire de l'assurée engendrait des troubles cognitifs, une instabilité de l'humeur et des symptômes psychotiques. L'assurée était totalement incapable de travailler dans toute activité depuis juin 2017.
7. En janvier 2018, l'assurée a débuté une activité professionnelle à 50 % dans un atelier de sertissage.
8. Par communication du 19 février 2018, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation de l'AI n'était alors possible et qu'il statuerait ultérieurement, par une décision séparée, sur sa demande de rente.

9. Dans un rapport médical intermédiaire du 20 mars 2018, le Dr F_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis novembre 2017, mais que le diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail restait un trouble bipolaire. L'assurée avait été engagée à 50 % ; en page 1 de ce rapport, ledit médecin indiquait que l'assurée avait une capacité de travail de 50 %, et, en page 2, après avoir noté une fatigue occasionnelle au titre des limitations fonctionnelles, que sa capacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle comme dans toute autre activité.
10. L'assurée et son mari se sont séparés courant mars 2018.
11. Dans un rapport final du 13 septembre 2018, le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a retenu que, d'après le psychiatre traitant de l'assurée, cette dernière n'avait pas présenté d'incapacité de travail durable (son incapacité de travail n'étant attestée médicalement que de juin 2017 à mars 2018), si bien qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI, mais un trouble affectif bipolaire en rémission.
12. Par un projet de décision du 17 octobre 2018, adressé à l'avocate s'étant constituée dans l'intervalle pour l'assurée, l'OAI a fait part à cette dernière de son intention de rejeter sa demande de prestations. Il retenait une incapacité de travail de 100 % dans toute activité dès juin 2017 (début du délai d'attente d'un an), mais un rétablissement de sa pleine capacité de travail dès mars 2018, si bien que les conditions du droit à la rente n'étaient pas réunies, l'incapacité de travail ayant duré moins d'une année.
13. Dans un certificat médical du 25 novembre 2018 qu'il a remis à l'assurée, dont il cessait d'être le psychiatre traitant (compte tenu d'un conflit d'intérêt tenant au fait qu'il était aussi le psychiatre traitant de son époux), le Dr F_____ a indiqué qu'il transmettait le dossier de l'assurée au programme spécialisé des troubles de l'humeur aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), en relevant que le trouble bipolaire dont souffrait l'assurée était un trouble chronique pour lequel celle-ci devrait être suivie toute sa vie et dont la caractéristique première était une instabilité imprévisible. L'assurée allait mieux depuis quelques mois, au prix cependant d'un traitement devant être régulièrement adapté ; elle présentait une baisse de rendement d'au moins 50 % et avait eu une période d'incapacité totale de travail de février à novembre 2017.
14. Le 27 novembre 2018, l'assurée n'ayant pas formulé d'objection à l'encontre du projet de décision précité, l'OAI lui a adressé une décision ayant les mêmes teneur et conclusion que celui-ci.
15. Par acte du 11 janvier 2019, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), en demandant préalablement à pouvoir compléter et motiver son recours, ce pour quoi un délai au 25 février 2019 lui a été imparti.

16. Le 15 février 2019, la docteure G_____, médecin cheffe de clinique auprès du département de psychiatrie des HUG, a attesté que l'état de santé de l'assurée était compatible avec une capacité de travail de 50 %.
17. À teneur du mémoire complémentaire qu'elle a adressé à la CJCAS le 25 février 2019, l'OAI n'avait pas instruit suffisamment la demande de prestations de l'assurée, compte tenu des rapports médicaux du Dr F_____ du 25 novembre 2018 et de la Dre G_____ du 15 février 2019. La capacité de gain de l'assurée avait été partiellement réduite en raison d'un trouble bipolaire de type II depuis juillet 2014, avec une période d'incapacité de travail complète constatée entre février et novembre 2017 ; son invalidité était actuellement d'au moins 50 %, quelle que soit l'activité envisagée.
18. Par mémoire du 25 mars 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il se référait à un avis médical du SMR du 20 mars 2019, selon lequel le Dr F_____ n'avait pas justifié pourquoi il avait attesté d'une baisse de rendement de 50 % le 25 novembre 2018 alors qu'il avait fait mention, le 20 mars 2018, d'une pleine capacité de travail dans toute activité, la Dre G_____ n'ayant quant à elle pas apporté d'éléments objectifs à l'appui de son appréciation d'une capacité de travail de 50 %.
19. Dans des observations du 16 mai 2019, l'assurée a demandé l'audition du Dr F_____ afin que la contradiction relevée par le SMR soit élucidée, et elle a produit un rapport médical du 13 mai 2019 des docteurs H_____ et I_____, chefs de clinique auprès du département de psychiatrie des HUG, dont elle demandait aussi l'audition par la CJCAS, en plus d'une comparution personnelle des parties.

Selon ce rapport, l'assurée avait fait un premier épisode dépressif en 2001, puis un deuxième en 2013, puis une dépression franche en 2014 dans un contexte d'épuisement avec plusieurs facteurs de crise ; en 2015, après avoir, sous traitement antidépresseur qui a alors dû être interrompu, présenté un changement de comportement (diminution du sommeil, regain de confiance et d'activité, développement d'un sentiment de toute puissance, éléments délirants) et une stabilisation de la situation, l'assurée avait connu un épisode dépressif sévère ayant persisté plusieurs mois ; elle avait été euthymique durant l'année 2016 ; en 2017, elle avait connu une décompensation hypomane, avait consulté aux urgences psychiatriques à deux reprises sans qu'une indication à une hospitalisation ne soit retenue, et s'était montrée peu compliant au traitement médicamenteux prescrit ; elle avait eu un nouvel épisode dépressif en avril 2017, puis une décompensation maniaque en août 2017, en considération de laquelle elle avait été hospitalisée, ce qui avait permis l'instauration d'un traitement médicamenteux ayant eu une bonne efficacité clinique et permis une prise de conscience majeure de l'importance du traitement pharmacologique ; elle avait ensuite bénéficié d'une prise en charge au CAPPI, puis par son psychiatre traitant, puis encore par l'unité des troubles de l'humeur du service des spécialités psychiatriques des HUG dès octobre 2018. Elle s'était fait licencier de son dernier emploi en raison d'erreurs à répétition qu'elle

faisait et du mal qu'elle avait à se concentrer. Le problème était qu'elle devait prendre ses médicaments pour garantir une stabilité de l'humeur, mais qu'ils provoquaient une sédation et une somnolence diurne. L'assurée présentait une grande vulnérabilité au stress, étroitement liée à sa maladie psychiatrique ; elle aurait probablement besoin d'un traitement psychotrope à vie ; l'effet sédatif dudit traitement stabilisant son humeur était invalidant, sans possibilité en l'état de le diminuer du fait du risque de décompensation maniaque ; ledit traitement avait en outre pour effets de lui causer des problèmes de concentration et de mémoire à court terme, affectant sa capacité de travail ; ses troubles cognitifs n'étaient pas dus qu'au traitement psychotrope qu'elle devait prendre, mais aussi à son trouble bipolaire lui-même. L'assurée n'était pas en mesure de travailler à 100 %, et elle aurait besoin d'un important étayage pour toute éventuelle reprise d'une activité professionnelle.

D'après un courriel de la Dre I_____ du 15 mai 2019, une expertise AI serait nécessaire pour tout autre renseignement concernant la capacité de travail résiduelle de l'assurée, expertise que l'assurée demandait à la CJCAS d'ordonner.

20. Le 11 juin 2019, en réponse à une demande de la CJCAS relative à son rapport précité du 20 mars 2018, le Dr F_____ a précisé que les premières décompensations de l'humeur de l'assurée étaient apparues dès 2014, que sa première décompensation hypomaniaque observée par le Dr D_____ datait du 23 février 2015, et que lui-même, le 24 janvier 2017, avait demandé l'hospitalisation de l'assurée à la Clinique de la Métairie, qui n'avait pu intervenir en raison d'une insuffisance de couverture d'assurance ; la situation avait alors tenu sans hospitalisation, mais il avait fallu hospitaliser l'assurée à Belle-Idée à fin août 2017 pour presque un mois. L'assurée présentait un trouble affectif bipolaire depuis 2014, dont les prémices (sic) s'étaient présentées par des phases dépressives dès 2014 ; des facteurs de stress comme un accouchement (en 2014), un licenciement (en juillet 2014) pour raisons économiques et un deuil (en 2015) avaient pu déclencher le processus. Le Dr F_____ rectifiait une erreur s'étant glissée dans son rapport du 20 mars 2018 : l'assurée avait une capacité de travail de 50 %, taux qui était bien valable au 20 mars 2018, alors qu'elle était engagée à 50 %, et qu'elle avait pu garder jusqu'au 29 mars 2019, date à laquelle elle avait été licenciée.
21. Le 1^{er} juillet 2019, se référant à un avis médical du SMR du 24 juin 2019, l'OAI a estimé que, vu les nouvelles pièces produites, il fallait retenir que l'assurée avait eu une capacité de travail nulle de juin 2017 à mars 2018 puis de 50 % dans toute activité dès le 20 mars 2018. Il a indiqué que le statut de l'assurée devait encore être clarifié, raison pour laquelle il concluait désormais au renvoi du dossier pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
22. Le 15 juillet 2019, l'assurée s'est opposée au renvoi du dossier à l'OAI. Une audience de comparution personnelle permettrait d'instruire son statut. Elle s'était séparée de son époux courant mars 2018 et avait conclu dès juin 2018 un bail à loyer portant sur un quatre pièces à Aire-la-Ville ; depuis août 2018, elle exerçait de

fait une garde alternée avec son époux sur leurs deux filles, par ailleurs prises en charge par le parascolaire et avec l'aide du grand-père paternel et au besoin d'autres mamans. Elle travaillerait assurément à 100 % si elle n'avait pas d'incapacité de travail pour cause de maladie.

23. Par écriture du 22 juillet 2019, l'OAI a persisté à conclure à ce que la cause lui soit renvoyée pour instruction du statut de l'assurée, devant dépendre de nombreux éléments (personnels, familiaux, sociaux et professionnels) justifiant une analyse approfondie par l'OAI.
24. Le 8 août 2019, l'assurée a maintenu qu'il n'y avait pas lieu de renvoyer la cause à l'OAI. La question de son statut ne posait pas de question dès lors que l'assurée avait travaillé sans discontinuer à 50 % depuis janvier 2018, taux auquel elle avait pu reprendre une activité professionnelle en se sachant malade et auquel elle continuait à travailler, et qu'il était admis qu'elle avait une capacité de travail de 50 % dans toute activité.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la CJCAS connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI.

Le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension du délai de recours du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Ayant été partie à la procédure ayant abouti à la décision attaquée, étant touchée par cette dernière et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

Le recours est donc recevable.

2. a. Le droit aux prestations de l'AI est régi par les dispositions du chap. III intitulé « Les prestations » de la première partie de la LAI, soit les art. 4 à 51 LAI (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 2 ad art. 6). Il se fonde sur la notion d'invalidité figurant à l'art. 8 al. 1 LPGA (auquel renvoie l'art. 4 al. 1 LAI), soit sur une incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, soit une 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 sa santé physique,

mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA), étant précisé que pour les personnes sans activité rémunérée aussi couvertes par la LAI, la loi substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

Pour l'octroi d'une rente d'invalidité, l'art. 28 LAI exige, pour qu'il y ait invalidité, que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins, la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demi-rente, un trois-quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (Michel VALTERIO, op. cit., n. 39 ad art. 6, n. 2 ss ad art. 28).

b. Selon la décision litigieuse, la recourante n'avait pas présenté d'incapacité de travail d'au moins une année, mais uniquement de juin 2017 à mars 2018, si bien qu'elle ne remplissait pas les conditions précitées du droit à une rente d'invalidité.

Le rapport médical intermédiaire du Dr F_____ du 20 mars 2018 comportait à cet égard l'information contradictoire, en page 1, que la recourante, alors engagée à 50 %, avait une capacité de travail de 50 % et, en page 2, que sa capacité de travail était de 100 % dans toute activité. Il est regrettable que l'intimé ait alors choisi de retenir celle de ces deux informations qui l'amenait à nier le droit de la recourante à une rente plutôt que de demander audit médecin de clarifier sa position à cet égard, ainsi que le lui imposait son devoir d'instruire la demande de prestations présentée par la recourante, tel qu'il est énoncé à l'art. 43 al. 1 LPGA et explicité à l'art. 69 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201).

Le 11 juin 2019, le Dr F_____ a rectifié l'erreur ou levé l'ambiguïté contenue dans son rapport précité, en indiquant que la recourante avait eu en réalité une incapacité de travail de 50 % le 20 mars 2018 et ce, semble-t-il, au moins jusqu'au 29 mars 2019 (voire au-delà de cette date), ainsi que tendent à le faire admettre aussi le rapport médical du Dr F_____ du 25 novembre 2018 (qui évoque une baisse de rendement d'au moins 50 %, depuis une date à vrai dire imprécise), le certificat médical (des plus succincts) de la Dre G_____ du 15 février 2019 et le rapport médical des Drs H_____ et I_____ du 13 mai 2019 (qui est circonstancié, quoique imprécis sur les taux de capacité de travail que la recourante a eus aux différents stades auxquels son trouble affectif bipolaire l'a affectée dans sa capacité de travail).

c. Quoi qu'il en soit sur ce sujet, il n'est plus contesté par l'intimé lui-même que la recourante a présenté, voire présente encore, une incapacité de travail d'au moins

50 % durant plus d'une année dans toute activité, si bien que son droit à une rente doit lui être reconnu, *a priori* le droit à une demi-rente (ainsi qu'elle le demande).

Aussi y a-t-il lieu d'admettre au moins partiellement le recours.

3. a. Comme le relève l'intimé, l'évaluation de l'invalidité doit être faite selon des méthodes différentes, susceptibles d'aboutir à des résultats différents, selon le statut de l'assuré, à savoir selon que celui-ci exerce – ou exercerait à défaut d'atteinte à sa santé – une activité lucrative à plein temps, ou se consacre, sans exercer d'activité lucrative, à ses travaux « habituels » (soit essentiellement les travaux ménagers), ou encore à un statut mixte (art. 28a LAI).

Il s'agit d'appliquer respectivement, selon le statut de l'assuré, la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA) ou, selon les circonstances, ses sous-variantes que sont la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4), la méthode spécifique (art. 28a LAI) ou la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI]. Commentaire thématique, 2011, n. 2041).

b. Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; 117 V 194 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2 ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La volonté hypothétique de l'assuré doit être prise en considération ; son établissement soulève toutefois la difficulté qu'elle constitue un fait interne, qui ne saurait être considéré comme établi par la seule déclaration de l'assuré qu'à défaut d'atteinte à la santé il aurait exercé une activité lucrative à tel ou tel taux ; il faut qu'il puisse se déduire d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1 ; ATAS/1125/2017 du 11 décembre 2017 consid. 8).

La question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des

assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

c. Compte tenu de la décision qu'elle avait rendue, l'intimé n'avait pas eu à statuer sur le statut de la recourante. Cela doit maintenant être fait, mais il n'appartient pas à la chambre de céans de le faire à la place de l'intimé. Elle ne doit statuer le cas échéant que sur recours contre une décision administrative portant (notamment) sur cette question.

4. Le recours doit donc être partiellement admis, la décision attaquée être annulée, et la cause être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

5. a. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (art. 69 al. 1bis LAI), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, il y a lieu au vu du sort du recours, de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce au montant minimal de CHF 200.- vu les nouvelles conclusions prises par l'intimé.

b. La recourante obtenant partiellement gain de cause, et étant représentée par une mandataire professionnellement qualifiée, il doit lui être alloué une indemnité de procédure, qui sera arrêtée à CHF 700.- (art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03) et mise à la charge de l'intimé.

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 27 novembre 2018.
4. Renvoie la cause audit office pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge dudit office.
6. Alloue à Madame A_____ une indemnité de procédure de CHF 700.-, à la charge dudit office.
7. 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

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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