RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1145/2023 **ATAS/666/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 septembre 2023

Chambre 5

En la cause

A_____ recourante

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en _____ 1974, femme de ménage et garde d'enfants, a déposé une demande de prestations invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), qui l'a reçue en date du 23 juin 2021.

b. Selon un rapport médical daté du 8 juillet 2021 signé par le Docteur B_____, médecin adjoint et responsable de l'unité de phoniatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assurée souffrait d'une lésion oro-pharyngée, avec présence d'un carcinome. Les symptômes étaient des douleurs, une dysplasie et de la fatigue, et le traitement envisagé était une radiothérapie. La capacité de travail, estimée à 0%, était susceptible de changement selon l'évolution de la santé de l'assurée.

c. C_____ SA, l'un des employeurs de l'assurée comme femme de ménage, a annoncé le cas de maladie à son assurance maladie perte de gain, La Bâloise, en date du 10 juillet 2021.

d. Dans un rapport de consultation ambulatoire de suivi, daté du 9 février 2022 et destiné au médecin traitant de l'assurée, la docteure D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, le professeur E_____, médecin adjoint agrégé au HUG, a indiqué que l'assurée l'avait consulté pour une fistule artérioveineuse durale de la fosse postérieure de grade Cogniard I, affection pour laquelle elle était déjà suivie. Le médecin a mentionné que « subjectivement la patiente a toujours les mêmes plaintes d'acouphènes. Elle poursuit une vie tout à fait normale ». À l'examen physique, il a mentionné un « status tout à fait normal » et pour la synthèse médicale et les propositions de prise en charge, il a indiqué qu'au vu du status clinique et radiologique parfaitement stable, il proposait de poursuivre le suivi, avec une nouvelle IRM en janvier 2024, suivie d'une consultation.

e. En date du 1er février 2022, l'assurée a repris son travail et aucune rechute n'est survenue, selon e-mail de la fiduciaire de C_____ SA à La Bâloise, daté du 13 juillet 2022. Selon le décompte d'indemnités journalières de La Bâloise, des indemnités journalières ont été versées pour la période allant du 3 juin 2021 jusqu'au 31 janvier 2022. Son employeur C_____ SA a confirmé à l'OAI, par courrier du 20 janvier 2023, que l'assurée avait subi un arrêt de travail à 100% du 3 juin 2021 jusqu'au 31 janvier 2022, après quoi elle avait repris son travail normalement, à sa demande. Il ne s'agissait pas d'un travail contraignant ni d'un travail de force.

B. **a.** Par projet de décision du 30 janvier 2023, l'OAI a refusé toute prestation invalidité en raison du fait que l'assurée avait subi une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle entre le 2 juin 2021 et le 31 janvier 2022, mais comme elle avait repris, dès le 1er février 2022, une activité à son taux habituel,

son incapacité de travail avait duré moins d'une année et les conditions du droit à la rente n'étaient pas réunies. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, elles n'étaient pas nécessaires dès lors que l'assurée avait repris son activité habituelle.

b. Par décision du 7 mars 2023, l'OAI a confirmé le projet de décision du 30 janvier 2023.

C. **a.** Par courrier posté le 31 mars 2023, le médecin traitant de l'assurée, la Dre D_____, a informé la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) que sa patiente « s'opposait » à la décision du 7 mars 2023 au motif que l'assurée avait repris son travail à contrecœur, par crainte de perdre son emploi et ne travaillait qu'à 50% en raison de ses troubles de la santé. Par procuration datée du 24 avril 2023, l'assurée a confirmé que son médecin traitant pouvait la représenter dans le cadre de la procédure.

b. Par réponse du 24 mai 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours dès lors que l'incapacité de travail avait duré moins d'une année. L'OAI se fondait également sur l'appréciation de son service médical régional (ci-après : le SMR), qui était jointe en annexe et qui résumait les troubles de la santé de l'assurée. Il était notamment fait mention d'un diagnostic de récidive régionale du carcinome pharyngé qui devait être suivie d'une opération le 18 avril 2023. Selon le SMR, l'aggravation de l'état de santé était postérieure à la décision querellée. L'OAI considérait que l'aggravation étant postérieure à la décision querellée, seule une demande de révision pouvait être envisagée.

c. Par courrier du 19 juin 2023, reçu le 6 juillet 2023 et communiqué à la chambre de céans par l'OAI, la Dre D_____ a pris bonne note du fait que l'aggravation de l'état de santé de sa patiente était postérieure à la décision et a demandé une révision du dossier. Elle a notamment exposé que l'opération chirurgicale qui s'était déroulée le 18 avril 2023 s'était accompagnée d'un sacrifice du nerf spinal et de la partie crâniale du muscle sterno cleido mastoidien. Selon le médecin traitant, l'état de santé de l'assurée n'était pas compatible avec son activité professionnelle habituelle et justifiait une réévaluation du dossier par l'OAI.

d. Dans sa réponse du 15 août 2023, l'OAI a maintenu ses conclusions telles qu'elles figuraient dans son écriture du 24 mai 2023. Était joint en annexe un avis médical du SMR daté du 3 août 2023 dans lequel ce dernier considérait, comme le médecin traitant, que l'état de santé de l'assurée n'était pas compatible avec une activité professionnelle et ce depuis le 24 mars 2023 au plus tôt, date de l'aggravation de l'état de santé, suite à la consultation au service ORL des HUG.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

f. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 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.

1.1 À 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.

1.2 Le 1er janvier 2022 sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (*cf.* ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, la recourante a déposé sa demande de prestations invalidité en juin 2021, en raison d'une incapacité de travail qui a débuté en 2021, de sorte que le droit à une éventuelle rente d'invalidité naitrait antérieurement au 1er janvier 2022, commandant l'application des dispositions légales dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, par la représentante de l'assurée, le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier une rente d'invalidité et/ou des mesures professionnelles.

4.

4.1 Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Conformément à 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).

Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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. 28a al. 1 LAI).

Par ailleurs, 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.2 En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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.

L'art. 28 al. 2 LAI, dans sa version, applicable en l'occurrence, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, prévoit que 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.

Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

Selon la jurisprudence constante, seule l'incapacité de travail a de l'importance pour le délai d'attente. Il faut entendre par là - en tout cas dans le cadre de l'art. 29 al. 1 LAI - la perte de capacité fonctionnelle dans la profession ou le domaine de tâches exercé jusqu'alors, due à l'atteinte à la santé, tandis que les conséquences financières d'une telle perte sont en principe sans importance pour son évaluation pendant le délai d'attente (ATF 105 V 156 consid. 2.a ; 97 V 231

consid. 2 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 9 *ad* art. 28 LAI).

L'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI correspond donc, chez les personnes qui exercent une activité lucrative, aux empêchements médicalement constatés dans la profession ou l'activité qu'elles exerçaient jusqu'alors (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; voir aussi l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_174/2013, 8C_178/2013 du 21 octobre 2013 consid. 3.1) et chez celles qui n'exercent pas, à la diminution – attestée médicalement – du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97 consid. 3.3). Cela étant, la jurisprudence a précisé que la diminution sensible du rendement ne doit pas nécessairement coïncider avec la cessation ou la réduction de l'activité. Il se peut en effet que l'assuré puisse, malgré une contre-indication médicale, continuer à travailler grâce à des aménagements du poste de travail (arrêt du Tribunal fédéral I 238/05 du 2 novembre 2005 consid. 2.2). Le délai d'attente pourra en revanche commencer lorsque l'assuré continue de travailler au-delà de ce qui est raisonnablement exigible, c'est-à-dire au risque d'aggraver son état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_724/2011 du 24 juillet 2012 consid. 4.3 ; VALTERIO, *op. cit*., n. 9 *ad* art. 28 LAI).

En outre, s'il y a incapacité de travail, le délai d'attente peut également commencer à courir lorsque l'assuré se trouve notamment au bénéfice d'un salaire social (arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2008 du 26 novembre 2008 consid. 2.2.1). Il peut en aller de même lorsque l'employeur continue à verser le salaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2014 du 2 septembre 2014 consid. 4.3 ; VALTERIO, *op. cit*., n. 11 *ad art*. 28 LAI).

Selon l'art. 29ter RAI, il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. Par contre, le délai ne sera pas interrompu lorsque l'activité exercée met manifestement à trop lourde contribution les forces de l'assuré (Recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral des assurances 1963 p. 260 consid. 3 p. 293 ; VALTERIO, *op. cit*., n. 15 *ad art*. 28 LAI).

Dans l'assurance-invalidité, l'invalidité est survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. S'agissant de la détermination du droit à une rente d'invalidité, il faut ainsi examiner si les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI sont remplies. Contrairement à l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents est, quant à elle, chargée du traitement de l'atteinte à la santé (*cf*. art. 10 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 [LAA - RS 832.20]) et le droit à une rente de cette assurance ne dépend pas de la durée de l'incapacité de travail, mais du moment à partir duquel il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et du terme d'éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. Les offices AI n'ont, quant à eux, pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques, ni la stabilisation du cas, mais sont tenus d'évaluer la

capacité de gain des assurés bien avant (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2).

4.3 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. 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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.

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 ; ATF 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).

5. 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).

6. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

7. En l'espèce, l'intimé considère que l'incapacité de travail de la recourante n'a duré qu'entre les mois de juin 2021 et janvier 2022, soit moins d'une année, de sorte que les conditions permettant l'octroi d'une rente ne seraient pas remplies. Par ailleurs, il considère que, s'il y a eu une potentielle aggravation, celle-ci est intervenue postérieurement à la décision litigieuse et qu'en conséquence, la demande de prestations de la recourante est prématurée.

Cette position se fonde, notamment, sur les rapports médicaux du SMR.

Le médecin traitant de la recourante s'est rallié à l'avis du SMR et a ainsi demandé, dans sa dernière écriture, une révision de la décision querellée en raison de l'aggravation de l'état de santé apparue postérieurement à ladite décision.

La chambre de céans considère qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que lorsque l'assurée a repris son activité habituelle, en date du 1er février 2022, les troubles de la santé qui avaient motivé son incapacité de travail depuis le mois de juin 2021 n'étaient plus présents, ce qui ressort notamment, du rapport de consultation du 9 février 2022 établi par le Prof. E_____.

À teneur des pièces médicales, l'aggravation de l'état de santé, suite à la récidive du cancer pharyngé, peut objectivement être fixée à la date de la consultation ORL du 24 mars 2023.

Aucun élément ne permet de retenir que l'assurée n'était plus en mesure d'honorer tout son cahier des charges auprès de ses employeurs, en raison de ses atteintes à la santé, lorsqu'elle a repris son travail le 1er février 2022, et aucun indice ne permet d'estimer qu'elle était alors incapable de travailler au sens de l'art. 4 LAI, sauf à risquer d'aggraver son état de santé.

8. Partant, la chambre de céans n'a d'autre choix que de confirmer la décision querellée.

Il appartiendra à l'intimé d'instruire la demande de révision et reconsidération selon l'art. 53 LPGA, déposée par la représentante de la recourante, dans le cadre de la présente procédure, en tenant compte, notamment, des suites de l'intervention chirurgicale du 18 avril 2023.

9. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de la recourante (art. 69 al. 1 bis 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 — Le président

Véronique SERAIN — Philippe KNUPFER

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