

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1231/2009

ATAS/1372/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 11 novembre 2009

En la cause

Monsieur G _____, domicilié à CHATELAINE

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur G _____, né en 1958, d'origine italienne, est en Suisse depuis 1989 où il a travaillé en tant que manœuvre au sein de l'entreprise X _____.
2. En raison de lombalgies, l'assuré a déposé, le 2 mars 1994, une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession.
3. Par décision du 24 mars 1995, l'OCAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} septembre 1994 au 31 décembre 1994 et l'a mis au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle, puis d'une formation pratique en courant fort et faible en entreprise.
4. En raison d'une rechute douloureuse au niveau du lombo-sacré, la formation entreprise a été interrompue le 5 juillet 1995.
5. En date du 18 mai 1998, l'OCAI a mandaté le COMAI aux fins d'expertise. Dans son rapport du 1^{er} mars 1999, le COMAI a posé les diagnostics de troubles psychotiques d'allure schizophrénique, syndrome douloureux somatoforme persistant, personnalité paranoïaque et syndrome douloureux lombaire post-contusionnel avec fréquents lumbagos aigus. En raison d'une comorbidité psychiatrique importante, les experts ont retenu que dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assuré subissait une réduction de 50 %.
6. Par décisions du 31 juillet 2000, l'OCAI a mis l'intéressé au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 1995 au 31 mai 1999, puis d'une demi-rente dès le 1^{er} juin 1999, le degré d'invalidité retenu ayant été fixé, après comparaison des gains, à 62 %. Le recours interjeté par l'assuré auprès de la Commission cantonale de recours ASV-AI, alors compétente, a été rejeté par jugement du 21 mars 2002, sous réserve d'une aide au placement.
7. Suite à une demande de révision du droit à la rente déposée le 3 novembre 2003 par le Dr L _____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin traitant de l'assuré, l'OCAI a soumis le cas au Service médical régional AI (ci-après SMR), qui a estimé nécessaire de procéder à un examen bidisciplinaire. Dans leur rapport du 13 août 2004, les Drs L _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et M _____, spécialiste FMH en psychiatrie auprès du SMR ont posé les diagnostics de lombalgies chroniques, protrusion discale modérée L3-L4 et dans une moindre mesure en L5-S1, de cervicalgies persistantes après entorse cervicale et de psychose hallucinatoire chronique chez une personnalité à traits paranoïaques. Ils ont conclu que l'état psychique de l'assuré n'avait pas présenté d'évolution depuis son examen de 1998 par le COMAI justifiant une limitation à plus de 50 % de sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée. En raison des lombalgies et

des cervicalgies chroniques, l'assuré devait éviter le port de charges supérieures à 15 kg, les travaux en porte-à-faux, et doit pouvoir alterner les positions. Dans l'activité de maçon, la capacité de travail est nulle, mais dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est de 50 %. Le SMR a encore précisé que la capacité de travail était demeurée inchangée.

8. Par décisions des 4 juillet et 11 octobre 2005, l'OCAI a rejeté la demande d'augmentation de la rente, au motif que l'expertise du SMR LEMAN avait infirmé l'aggravation de l'état de santé alléguée par l'assuré et que sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 %. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élève à 57 %, donnant droit à la même rente versée jusqu'ici, soit une demi-rente d'invalidité.
9. Suite au recours interjeté par l'assuré, le Tribunal de céans a, par arrêt du 2 août 2006, entré en force, annulé la décision sur opposition du 11 octobre 2005 en tant qu'elle fixait le degré d'invalidité à 57% et confirmé le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité jusqu'au 31 décembre 2003 et à trois-quart de rente dès le 1^{er} janvier 2004. Le Tribunal a constaté que l'état de santé de l'assuré ne s'était ni aggravé, ni amélioré et que sa capacité de travail était demeurée inchangée, de sorte que le degré d'invalidité était toujours de 62 % (ATAS/698/2006).
10. En août 2008, l'OCAI a ouvert une procédure de révision du droit à la rente de l'assuré.
11. Dans un questionnaire adressé à l'OCAI le 4 septembre 2008, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé dans la mesure où il ne pouvait même plus s'asseoir sans s'appuyer sur les bras et les mains.
12. Par rapport reçu le 12 septembre 2008 par l'OCAI, le Dr L_____ a confirmé que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé progressivement, sans qu'il y ait de changement dans les diagnostics. L'assuré ne pouvait plus s'asseoir sur une chaise sans accoudoirs et devait rester appuyé sur ses bras.
13. A la demande de l'OCAI, le Dr L_____ a, par certificat du 13 octobre 2008, expliqué que le dos du patient était toujours aussi instable, qu'il n'y avait plus aucune médication autre qu'antalgique avec traitements épisodiques des crises aiguës et qu'il n'y avait donc plus lieu de demander d'autres consultations spécialisées. Il n'y avait aucune amélioration à espérer et il ne pensait pas qu'une expertise puisse changer quoi que ce soit.
14. Au vu des renseignements succincts donnés par le Dr L_____, l'OCAI a mis en œuvre un examen rhumatologique auprès du SMR, effectuée par la Dresse Ursula N_____, ancien médecin chef adjoint en physiatrie. Dans son rapport daté du 28 novembre 2008, ce médecin a diagnostiqué un syndrome lombaire non déficitaire dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif avec probable

instabilité segmentaire, ayant une répercussion sur la capacité de travail. L'assuré présentait également des cervico-dorsalgies intermittentes dans le cadre d'un trouble statique et discrètement dégénératif au niveau dorsal, un status post probable distorsion cervicale en 2003, un status post-néphrolithiase droite en 2007 ainsi qu'une cholestérolémie traitée, n'entraînant pas de répercussion sur sa capacité de travail.

Cette spécialiste a notamment indiqué que le dossier radiologique permettait de suivre l'évolution au niveau du rachis lombaire. Les derniers examens, qui dataient de 2005, montraient un léger trouble de statique, un minime rétrolisthésis L5 sans aucun signe d'instabilité. L'IRM montrait des discopathies L3-L4 jusqu'à L5-S1 sans image de conflit disco-radicaire.

En résumé, l'assuré présentait un syndrome lombaire dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif étagé avec remaniement inflammatoire L4-L5 ; une instabilité n'était pas démontrée mais pas exclue au niveau L4-L5. Cette situation était tout à fait compatible avec les douleurs et les blocages décrits par l'assuré mais elle n'expliquait pas tous les handicaps fonctionnels allégués. Par rapport à l'examen SMR de 2004, la Dresse N_____ a noté que l'examen clinique ostéo-articulaire était quasi-inchangé (la distance doigt-sol s'étant améliorée). La situation cervico-dorsale était restée identique et il n'y avait donc aucun changement fonctionnel depuis 2004. Ce médecin a relevé en outre que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter les positions statiques prolongées assis, debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux. L'assuré ne peut pas travailler à la chaîne ni sur machines vibrantes, le port de charges est limité à 10kg occasionnellement et le déplacement n'est pas limité significativement.

En conclusion, la Dresse N_____ a considéré que la capacité de travail de l'assuré est nulle en tant que maçon, mais qu'une capacité de travail de 50% au moins est exigible dans une activité adaptée aux limitations biomécaniques depuis 2004. La plupart des handicaps que l'assuré décrits était due à sa peur d'avoir mal.

15. Par avis du 6 janvier 2009, le Dr O_____, spécialiste FMH en médecine interne auprès du SMR, s'est rallié aux conclusions de la Dresse N_____.
16. Par communication du 12 janvier 2009, l'OCAI a informé l'assuré du maintien de sa rente d'invalidité, au vu de sa situation inchangée.
17. Par courrier du 26 janvier 2009, l'assuré a requis de l'OCAI un projet de décision.
18. Par projet de décision du 29 janvier 2009, l'OCAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré, au motif que de l'avis du SMR, son état de santé était resté stationnaire et que sa capacité de travail résiduelle était toujours de 50% dans une activité adaptée.

19. Par décision du 5 mars 2009, l'OCAI a confirmé les termes de son projet.
20. Par courrier daté du 19 novembre 2008, reçu le 27 mars 2009 par l'OCAI, le Dr L_____ a expliqué que suite à l'aggravation brusque de la symptomatologie présentée par l'assuré, il avait adressé ce dernier au Dr P_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, lequel était également d'avis que l'assuré devait recevoir une rente entière. A cet égard, le Dr L_____ joignait un courrier établi par le Dr P_____ en date du 6 février 2009, lequel se réfère à une IRM révélant une nette détérioration de la discopathie L4-L5. A son sens, la situation était complètement dépassée eu égard au marché du travail et il ne voyait pas quelle activité l'assuré pourrait bien réaliser avec une discopathie majeure en L4-L5 et une marquée en L3-L4. Selon le Dr P_____, l'octroi d'une rente entière ne lui paraissait pas déraisonnable.
21. Par pli du 2 avril 2009, l'OCAI a transmis au Tribunal de céans le courrier du Dr L_____ précité ainsi que son annexe, comme objet de sa compétence.
22. Par courrier du 28 mai 2009, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués par le SMR dans son avis du 6 janvier 2009. L'intimé relève par ailleurs que les certificats produits à l'appui du recours et rédigés par les médecins traitants mentionnent simplement le fait que ces derniers estiment que le recourant devrait bénéficier d'une rente entière, sans expliquer nullement en quoi la situation cervico-dorsale serait différente aujourd'hui.
23. Après avoir adressé une copie de ce courrier au recourant, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit

éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 5 mars 2009, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et à celle du 1^{er} janvier 2008 relative aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème} et 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'augmenter la rente d'invalidité du recourant.
5. En vertu de l'art. 17 LPGA, 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. 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). A

cet égard, un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 129 V 200, consid 1.2).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

6. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de

la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Enfin, en vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

7. En l'occurrence, le recourant, qui souffre de troubles physiques et psychiques, allègue que son état de santé s'est péjoré sur le plan somatique. L'intimé est d'avis, en se fondant sur l'appréciation de la Dresse N_____, que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé et que sa capacité de travail ne s'est pas modifiée depuis 2004.

Le 12 novembre 2008, la Dresse N_____, spécialiste en psychiatrie auprès du SMR, a procédé à un examen rhumatologique du recourant afin de déterminer s'il y a eu péjoration de son état de santé. Par rapport du 28 novembre 2008, ce médecin a diagnostiqué un syndrome lombaire non déficitaire dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif avec probable instabilité segmentaire. La Dresse N_____ a précisé que par rapport à l'examen effectué par le SMR en 2004, la situation cervico-dorsale était restée identique. Il n'y avait donc aucun changement fonctionnel et la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée perdurait depuis 2004.

En se fondant sur le rapport de la Dresse N_____, l'intimé considère que l'état de santé du recourant ne s'est pas péjoré.

Le Tribunal de céans est cependant d'avis, au vu de l'ensemble des pièces versées au dossier, qu'il n'est en l'état pas possible de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que la situation médicale du recourant ne s'est pas modifiée.

Il y a lieu en effet de relever que la Dresse N_____ - chargée d'apprécier l'évolution de l'état de santé du recourant depuis août 2004 (date du précédent examen SMR) jusqu'au 12 novembre 2008 (date de l'examen clinique pratiqué par la Dresse N_____), s'est fondée sur un dossier radiologique manquant de

toute évidence d'actualité puisque les derniers examens pris en compte remontent à novembre 2005. Or, au vu des atteintes dont souffre le recourant, à savoir notamment des discopathies, le Tribunal de céans ne peut que déplorer que ce dernier n'ait pas été soumis à de nouveaux examens radiologiques, lesquels auraient pourtant permis à la Dresse N_____ d'apprécier la situation médicale du recourant en toute connaissance de cause.

Par ailleurs, on peine à comprendre pour quelle raison l'intimé a soumis le recourant à un examen rhumatologique, alors que les affections dont souffre ce dernier relèvent surtout du domaine de l'orthopédie. On fera remarquer à cet égard que dans le cadre de la précédente procédure de révision, un spécialiste FMH en chirurgie orthopédique - le Dr M. L_____ - avait d'ailleurs été mandaté pour se prononcer sur l'état de santé du recourant.

Enfin, il résulte des pièces versées à l'appui du recours que la symptomatologie du recourant se serait aggravée brusquement (courrier du 19 novembre 2008 du Dr DE L_____) et que, de surcroît, une IRM aurait révélé une nette détérioration de la discopathie L4-L5 (courrier du 6 février 2009 du Dr P_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique). Or, dans la mesure où ces pièces font clairement état de faits survenus avant la notification de la décision litigieuse du 5 mars 2009, il y a lieu d'en tenir compte et d'investiguer lesdits faits.

Compte tenu de ce qui précède, le Tribunal de céans considère que les pièces figurant au dossier ne lui permettent pas de se déterminer en toute connaissance de cause, que le dossier n'est ainsi pas en l'état d'être jugé sur la question de l'évolution de l'état de santé du recourant.

8. Le recours sera par conséquent partiellement admis et la décision du 5 mars 2009 annulée. Le dossier est renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire auprès des médecins consultés par le recourant et, le cas échéant, mise en œuvre d'une expertise orthopédique, confiée à un spécialiste externe, qui sera chargé de se déterminer sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis août 2004, sur sa capacité de travail, ainsi que sur la mesure dans laquelle une activité est exigible de sa part, dans quelles conditions et à quel taux. L'intimé, qui succombe, sera condamné à un émolument de 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'OCAI du 5 mars 2009.
4. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction médicale complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI.
6. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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