RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/1424/2020** **ATAS/885/2022**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

# Arrêt du 6 octobre 2022

**3ème Chambre**

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Zoltan SZALAI

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, juges assesseurs**

## EN FAIT

**A.** **a.** Le 12 avril 2011, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), nettoyeuse à plein temps d'origine portugaise, a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une atteinte abdominale. Cette demande a été rejetée par décision du 14 avril 2014, faute d'un degré d'invalidité suffisant pour ouvrir droit à des prestations.

**b.** L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en date du 20 février 2017 en raison d'une polyarthrite rhumatoïde double séropositive érosive diagnostiquée en juin 2014.

**c.** Après avoir recueilli les rapports des docteurs B_____, spécialiste FMH en médecine générale, des 3 avril et 4 novembre 2017, et C_____, rhumatologue traitant, du 11 octobre 2017, le rapport d'expertise établi le 31 août 2017 à l'intention de l'assurance perte de gain par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, ainsi qu'un rapport des Établissements publics pour l'intégration (EPI) du 18 juillet 2017, l'OAI a adressé à l'assurée, en date du 13 septembre 2018, un projet de décision dont il ressortait qu'il entendait rejeter la nouvelle demande de prestations.

**d.** L'assurée s'est opposée à ce projet en produisant, notamment, plusieurs rapports de la doctoresse E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, datés des 10 et 15 octobre et 19 novembre 2018, ainsi que le compte-rendu d'une intervention chirurgicale ayant eu lieu le 1er octobre 2018 (excision d'une tumeur sous-cutanée).

**e.** Compte tenu de ces nouvelles pièces médicales, l'OAI a mandaté, pour expertise, le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne.

Dans son rapport du 8 octobre 2019, celui-ci a retenu les diagnostics de syndrome cervico-brachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec une minime discopathie et une spondylose antérieure C5-C6, de dorsolombalgies récurrentes, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, sur discopathie D10-D11, D11-D12 et L5-S1 (avec répercussions sur la capacité de travail), de syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent fibromyalgiforme, de douleurs polyarticulaires sur possible polyarthrite rhumatoïde séropositive sans signe d'activité synoviale, de lombalgies droites sans signe méniscal, ni ligamentaire, et d'omalgies droites, sans signe de conflit ou de tendinopathie.

D'un point de vue purement rhumatologique, la capacité de travail était de 80% dans l'activité habituelle depuis avril 2019. Depuis janvier 2019, elle était même entière dans une activité adaptée, décrite comme permettant d'éviter le port de charges répétitif en porte-à-faux, les mouvements répétitifs de flexion/extension

de la colonne cervicale, ainsi que les mouvements répétitifs de préhension d'objets de plus de 20 kg.

**f.** Le 21 novembre 2019, le Service médical régional de l'AI (SMR) a émis l'avis que l'expertise ne pouvait emporter la conviction dans la mesure où, d'un point de vue scientifique, l'expert avait remis en question, de manière infondée, le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde doublement séropositive et érosive retenu non seulement par les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), mais aussi par le rhumatologue traitant et, avant lui, par le Dr D_____. Par conséquent, et dans la mesure où un syndrome fibromyalgique avait été évoqué, le SMR préconisait une nouvelle expertise rhumato-psychiatrique.

**g**. L'OAI a alors mandaté pour expertise les docteurs G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui, dans leur rapport du 27 février 2020, ont confirmé l'existence d'une polyarthrite rhumatoïde depuis 2014. Plusieurs traitements avaient été tentés, mais avaient dû être arrêtés en raison d'une intolérance ou d'une inefficacité. La polyarthrite rhumatoïde était, selon les experts, stabilisée, sans aucun signe en faveur d'une inflammation clinique et biologique entraînant une incapacité de travail. L'assurée travaillait à 50% comme femme de ménage tous les jours sans aucune difficulté. Sous Olumiant, il y avait eu quasi disparition des signes inflammatoires locaux et généraux et la capacité de travail pouvait être augmentée à 100% avec une diminution de rendement de 20%, sauf complications, étant précisé que l'état inflammatoire pouvait se réactiver à n'importe quel moment. Au plan psychique, l'état de santé de l'assurée n'était pas préoccupant, avec la présence d'un épisode dépressif léger non incapacitant et l'absence de traitement psychopharmacologique en cours. L'assurée disposait de nombreuses ressources.

En conclusion, les experts estimaient à 80% la capacité de l'assurée à exercer son activité habituelle ou une activité adaptée (décrite comme permettant d'éviter le port de charges de plus de 5kg, le travail au-dessus de l'horizontale, les stations debout prolongées, les mouvements répétitifs des mains et tout travail de dextérité). Un taux de 100% était impossible au vu du risque de réactivation de la polyarthrite.

**B.** Par décision du 21 mars 2020, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation, que ce soit sous la forme d'une rente ou de mesures d'ordre professionnel. En effet, l'assurée pouvait exercer une activité adaptée depuis le 11 octobre 2017. La comparaison des revenus conduisait à un degré d'invalidité nul. Le droit à une orientation professionnelle était nié au vu du large éventail d'activités non qualifiées supposément accessibles à l'intéressée dans les secteurs de la production et des services sans intervention de l'OAI, celui à un reclassement, en raison du degré d'invalidité insuffisant, et celui à une aide au placement, du fait que l'intéressée n'était pas limitée par l'atteinte à sa santé dans la recherche d'un emploi.

**C.** **a.** Par écriture du 19 mai 2020, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, préalablement, à la mise sur pied d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et, cela fait, à la reconnaissance d'un taux d'invalidité « de façon permanente et définitive » de 100%, subsidiairement, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

La recourante conteste les conclusions de l'expertise, insuffisamment motivées, contradictoires et peu crédibles. Elle fait remarquer que même l'OAI a admis son incapacité totale à exercer son activité habituelle.

**b.** Invité à se déterminer, l'intimé a conclu, en date du 5 juin 2020, au rejet du recours.

**c.** Dans sa réplique du 20 août 2020, la recourante a fait remarquer qu'elle ne se contentait pas d'invoquer l'opinion contradictoire d'un ou plusieurs de ses médecins traitants, mais également l'expertise circonstanciée effectuée en août 2017 par le Dr D_____, ainsi que l'avis du SMR, qui a lui aussi reconnu son incapacité à exercer son activité habituelle.

**d.** L'intimé a persisté dans ses conclusions par écriture du 9 septembre 2020.

**e.** Le 22 décembre 2020, la recourante a encore produit des pièces supplémentaires concernant des limitations touchant ses épaules.

**f.** Le 14 janvier 2021, l'intimé a émis l'avis que ces documents étayaient une aggravation postérieure à la décision litigieuse, puisque remontant au 15 décembre 2020.

**g.** Par écriture du 4 février 2021, la recourante a relevé que ses problèmes d'épaules étaient clairement mentionnés dans son recours et que la Dresse E_____ en avait déjà fait état dans son rapport du 15 octobre 2018, en évoquant une tendinite chronique de la coiffe des rotateurs, tout comme dans celui du 28 novembre 2019. Le SMR avait admis que l'atteinte à l'épaule et les limitations fonctionnelles en découlant étaient déjà connues, de sorte que cette atteinte faisait bel et bien partie de l'état de fait de la décision litigieuse puisqu'elle était handicapante bien avant que celle-ci ne soit rendue.

**h.** Le 10 mars 2022 a eu lieu une audience d'enquêtes, au cours de laquelle la Dresse E_____ et le Dr G_____ ont été entendus et confrontés.

Le Dr G_____ a notamment précisé avoir évalué la capacité de travail de la recourante au jour de l'expertise, ajoutant qu'il lui était impossible de se prononcer sur le futur, même à court terme. Pour le reste, il convenait selon lui de se référer à l'évaluation de la Dresse E_____, qui en tant que médecin traitant, était mieux à même de suivre l'évolution de la capacité de travail de sa patiente dans le temps et d'émettre un pronostic à cet égard.

La rhumatologue traitante, pour sa part, a émis l'avis que la capacité de travail de sa patiente ne pourrait jamais dépasser 30% dans une activité adaptée, opinion que le Dr G_____ a qualifiée de raisonnable.

**i.** À la demande de la Cour de céans, la Dresse E_____ a résumé, dans un document daté du 18 mars 2022, l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail de sa patiente depuis le 16 octobre 2017.

**j.** Ce courrier a été soumis au Dr G_____, lequel a considéré, en date du 23 mai 2022, que la capacité de travail de la recourante dépendait de l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde et que la rhumatologue traitante était la plus à même de définir la capacité de travail de sa patiente.

**k.** Le 10 juin 2022, la recourante a tiré la conclusion que sa capacité de travail était nulle.

**l.** De son côté, l'intimé s'est référé à l'avis de son SMR, lequel a relevé la mention d'un syndrome somatoforme douloureux et suggéré, en conséquence, une nouvelle expertise bidisciplinaire.

## 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) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

**2.** 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.

**3.** Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA).

**4.** 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).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la

date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

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

Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 89C LPA). En outre, selon l'art. 1 de l'ordonnance sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le Coronavirus [COVID-19] du 20 mars 2020 (ci-après : l'ordonnance sur la suspension), entrée en vigueur le 21 mars 2020 (à 00h00), lorsque, en vertu du droit fédéral ou cantonal de procédure applicable, les délais légaux ou les délais fixés par les autorités ou par les tribunaux ne courent pas pendant les jours qui précèdent et qui suivent Pâques, leur suspension commence dès l'entrée en vigueur de la présente ordonnance et dure jusqu'au 19 avril 2020 inclus (al. 1).

Interjeté le 28 avril 2020, dans la forme et le délai prévus par la loi – compte tenu de la suspension des délais du 22 mars au 19 avril 2020 –, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B LPA ; art. 1 et 2 de l'ordonnance sur la suspension).

**6.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail et la valeur probante des conclusions des Drs G_____ et H_____.

**7.**

**7.1.** 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

**7.2.** En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

**7.3.** 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).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

**7.5.** Selon l'art. 17 al. 1 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

**7.5.1**. Selon l'art.88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux

prestations qu'à partir du moment où 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.

**7.5.2.** L'art. 88a al. 2 RAI prévoit les effets dans le temps d'une modification du droit aux prestations, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'est dégradée. Ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, ce délai s'applique, à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPGA), dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée ou lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d).

S'agissant de l'art. 29bis RAI réservé à l'art. 88a al. 2 RAI, il prévoit que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI cité, celle qui a précédé le premier octroi. L'application par analogie de cet article dans le cadre de l'art. 88a al. 2 RAI implique que lorsqu'il y a aggravation de la même atteinte à la santé, celle-ci peut conduire à une rente supérieure avant l'échéance du délai de trois mois (cf. VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance- - invalidité (AI), 2018, n° 37 ad Art. 31 ; MEYER/ REICHMUTH, op. cit., n°26 ad art. 29). Il faut alors que le délai d'une année de l'actuel art. 28 al. 1 let. b LAI pour la rente plus élevée soit déjà écoulé auparavant (arrêt du Tribunal fédéral I 11/00 cité consid. 3, surtout 3d).

**8.**

**8.1.** 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).

**8.2.** 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.

**8.2.1.** 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

**8.2.2.** En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient (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). Ces constats ne libèrent ainsi pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

**8.2.3.** 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).

**9.**

**9.1.** 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).

**9.2.** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

**9.3.** 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). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1).

**10.** En l'espèce, il convient d'examiner si c'est à juste titre que l'OAI a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Se pose dès lors la question de la valeur probante du rapport d'expertise des Drs G_____ et H_____ du 27 février 2020.

Force est de constater que ce rapport répond à la plupart des réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il contient en effet le résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions des médecins, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires.

Sur le fond, les experts ont retenu les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séropositive stabilisée, évoluant depuis juin 2014. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : des chirurgies multiples (hernie de la ligne blanche para-ombilicale, cholécystectomie en 2011, kyste de gencive en 2014, traitement chirurgical d'une parotidite bilatérale, kyste ovarien opéré) et un épisode dépressif léger.

Lors de l'examen, le Dr G_____ n'a pas décelé de poussée inflammatoire. Avec la vitesse de sédimentation (VS) du 24 janvier 2020, il y avait un score d'activité de la polyarthrite rhumatoïde (DAS28) à 2,67 et une activité très faible. Il y avait certes une articulation douloureuse, mais cela était lié à la tendinite de l'épaule et de la hanche droites. Il n'y avait pas d'articulation gonflée. Pour l'expert rhumatologue, l'assurée pouvait travailler six heures par jour, ce qui correspondait à une capacité de travail de 100% avec une diminution de rendement de 20%. La recourante devait toutefois éviter le port de charges de plus de 5kg, le travail bras au-dessus de l'horizontale, les stations debout prolongées, les mouvements répétitifs des mains et tout travail de dextérité. Avec une atteinte telle que la polyarthrite rhumatoïde, il n'était pas possible de se prononcer sur l'évolution des incapacités et le pronostic futur était défavorable.

Selon la jurisprudence, lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie qui évolue par poussées, il convient d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte notamment de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'est pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation; celle-ci doit bien au contraire tracer de manière précise l'évolution - passée et future - de la capacité de travail. L'expert doit se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail du recourant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_153/2015 du 3 novembre 2015).

Or, force est de constater que le Dr G_____ n'a pas procédé à cet examen de l'évolution dans le temps de la polyarthrite rhumatoïde, que ce soit pour le passé

ou le futur, mais qu'il a effectué une appréciation ponctuelle de la capacité de travail de la recourante, comme il l'a admis lors de son audition le 10 mars 2022. Cela étant, à cette occasion, il a également renvoyé à la Dresse E_____, la rhumatologue traitante de la recourante, pour suivre l'évolution de la capacité de travail, raison pour laquelle la Cour de céans a demandé à la rhumatologue d'établir un récapitulatif de la situation, lequel a été soumis au Dr G_____ qui s'y est rallié, répétant une fois encore que la rhumatologue traitante était la mieux à même d'apprécier la capacité de travail de sa patiente et son évolution dans le temps. Le récapitulatif a également été soumis au SMR, qui, le 28 juin 2022, a estimé nécessaire de réaliser une nouvelle expertise bidisciplinaire au vu de l'absence de synovites les mois précédents et compte tenu du diagnostic de trouble douloureux chronique.

À cet égard, la Cour de céans rappelle que la légalité de la décision attaquée s'examine au regard des faits existant en mars 2020. Or, à cette date, la question d'un trouble somatoforme douloureux ne se posait pas encore. En effet, ce n'est que le 30 septembre 2021 que la Dresse E_____ a évoqué un syndrome douloureux chronique. Par conséquent, par appréciation anticipée des preuves, la Cour de céans renonce à la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire portant sur ledit trouble, celui-ci étant postérieur à la décision litigieuse et devant fait l'objet d'une nouvelle décision (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_206/2007 du 29 octobre 2007 consid. 5.2 non publié aux ATF 133 III 675).

Dans la mesure où le SMR ne conteste pas l'appréciation de la capacité de travail retenue par le médecin traitant pour la période antérieure à la décision querellée et que l'expert s'y est rallié, il n'y a pas lieu de s'en écarter. La Cour de céans retient donc que la recourante est incapable d'exercer son activité habituelle. Sa capacité à exercer une activité adaptée a quant à elle été évaluée à 20% entre octobre et décembre 2017, à 0% en mars, avril et juillet et septembre 2018, à 50% en octobre 2018, à 40% en février 2019, à 30% en septembre et novembre 2019 et à 30% en janvier 2020.

Dans cette mesure, il y a lieu d'annuler la décision querellée et de reconnaître les capacités de travail partielles dans une activité adaptée évoquées ci-dessus, qui oscillent entre 0% et 50%.

**11.** Reste à examiner le degré d'invalidité au jour de la décision querellée.

**11.1.** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant

l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

**11.2.** Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

**11.3.** Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2).

**11.3.1** Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle

générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient de se référer à la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3).

Les tableaux TA1, T1 et T17 de l'ESS 2020 ont été publiés le 23 août 2022; l'ESS 2018 a été publiée le 21 avril 2020; l'ESS 2016, le 26 octobre 2018 (étant précisé que le tableau T1_tirage_skill_level a été corrigé le 8 novembre 2018) et l'ESS 2014, le 15 avril 2016.

**11.3.2.** La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.1ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

Cette évaluation revient en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant,

le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

**11.4.** Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

**12.**

**12.1.** En l'espèce, la recourante a saisi l'intimé d'une nouvelle demande en date du 20 février 2017. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, soit le 20 août 2017. Conformément à l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le 1er août 2017.

**12.2.** Le revenu sans invalidité n'est pas contesté, de sorte que c'est un revenu de CHF 48'000.- qui sera pris en considération à ce titre.

Le recours au tableau de l'ESS TA1_skill_level retenu pour déterminer le revenu avec invalidité n'est pas non plus contesté. En revanche, au jour de la décision querellée, les salaires statistiques pour 2016 avaient déjà été publiés, de sorte que c'est un salaire de CHF 4'363.-, soit CHF 52'356.- par année, qui doit être pris en considération (ligne total, pour une femme, avec un niveau de compétence 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures par semaine, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2016 (41,7 heures par semaine ; Office fédéral de la statistique - statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 54'581.- (CHF 52'356.- x 41.7 / 40) puis à CHF 54'799.- (indexation pour 2017 selon l'évolution des salaires nominaux (+ 0.4% en 2017). Pour le surplus, la recourante n'étant en mesure d'exercer une activité adaptée qu'à temps partiel, il convient de réduire le salaire annuel afin de l'adapter à sa capacité de travail résiduelle, ce qui revient à CHF 10'960.- en octobre et décembre 2017 ainsi que juin et juillet 2018 (20%), CHF 27'400.- en octobre 2018 (50%), CHF 21'920.- en février 2019 (40%) et CHF 16'440.- entre septembre 2019 et juin 2020 (30%). Par ailleurs, s'agissant de l'abattement, on peut admettre que la recourante présente une limitation en lien avec sa polyarthrite rhumatoïde et ses conséquences au niveau des membres supérieurs et son dos, dans la mesure où elle doit éviter de porter des charges de plus de 5kg, travailler au-dessus de l'horizontale, la position debout prolongée, les mouvements répétitifs des mains et tout travail de dextérité. Cela étant, ces limitations quant au spectre des professions demeurant envisageables ne sauraient justifier un abattement excédant 10%, conformément à la jurisprudence rendue par le

Tribunal fédéral dans des causes similaires (cf. David IONTA, Fixation du revenu d'invalide selon l'ESS, in Jusletter du 22 octobre 2018, p. 31 et 32).

Pour le reste, la recourante ne démontre pas que d'autres circonstances seraient susceptibles de diminuer concrètement ses perspectives salariales sur un marché du travail équilibré. En effet, selon la jurisprudence récente, le manque d'expérience d'un assuré dans une nouvelle profession ne constitue pas un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, lorsque les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. De surcroît, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.1-5.2).

Partant, les salaires avec invalidité sont les suivants, après abattement de 10% : CHF 9'864.- entre octobre et décembre 2017 ainsi qu'en juin et juillet 2018 (20%), CHF 24'660.- en octobre 2018 (50%), CHF 19'728.- en février 2019 (40%) et CHF 14'796.- entre septembre 2019 et juin 2020 (30%).

Après comparaison des revenus, le degré d'invalidité de la recourante est par conséquent le suivant :

- entre octobre et décembre 2017 : invalidité de 79% (CHF 48'000.- - CHF 9'864.- / CHF 48'000.-), pour une capacité de travail de 20% dans une activité adaptée, ce qui correspond à une rente entière.
- en mars et avril 2018 : invalidité de 100%, pour une capacité de travail nulle dans une activité adaptée, ce qui correspond à une rente entière.
- en juin et juillet 2018 : invalidité de 79% (CHF 48'000.- - CHF 9'864.- / CHF 48'000.-), pour une capacité de travail de 20% dans une activité adaptée, ce qui correspond à une rente entière.
- en septembre 2018 : invalidité de 100%, pour une capacité de travail nulle dans une activité adaptée, ce qui correspond à une rente entière.
- en octobre 2018 : invalidité de 49% (CHF 48'000.- - CHF 24'660.- / CHF 48'000.-), pour une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, ce qui correspond à un quart de rente.
- en février 2019 : invalidité de 59 % (CHF 48'000.- - CHF 19'728.- / CHF 48'000.-), pour une capacité de travail de 40% dans une activité adaptée, ce qui correspond à une demi-rente.
- entre septembre 2019 et juin 2020 : invalidité de 69 % (CHF 48'000.- - CHF 14'796.- / CHF 48'000.-) pour une capacité de travail de 30% dans une activité adaptée, ce qui correspond à un trois-quarts de rente.

Au vu de ce qui précède, la recourante a droit à une rente entière dès le 1er août 2017. L'amélioration de la capacité de travail constatée en octobre 2018 ayant

duré plus de trois mois, le droit à la rente est réduit à un quart de rente dès le 1er février 2019 (cf. consid. 7.5.2 supra). Cependant, le 28 février 2019 déjà, une diminution de la capacité de travail est attestée, de sorte que dès le 1er mars 2019, la recourante a droit à une demi-rente puis, dès le 1er septembre 2019, à un trois-quarts de rente, étant donné qu'il s'agit de la même atteinte qui s'est péjorée (cf. consid. 7.5.2 supra).

La période postérieure au 21 mars 2020 sort du cadre du présent litige. Cela étant, l'intimé dispose de tous les éléments pour adapter la rente à la capacité de travail de la recourante, laquelle a oscillé entre 0% et 20%. Par ailleurs, s'il estime que l'aggravation de l'état de santé de la recourante n'est pas due à la polyarthrite rhumatoïde, mais à un trouble somatoforme douloureux, il appartient à l'intimé de mettre sur pied une nouvelle expertise.

**13.** Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 21 mars 2021 annulée.

La recourante est mise au bénéfice d'une rente entière du 1er août 2017 au 31 janvier 2019, d'un quart de rente du 1er au 28 février 2019, d'une demi-rente du 1er mars au 31 août 2019 et d'un trois-quarts de rente dès le 1er septembre 2019.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a par ailleurs lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 21 mars 2020.
3. Met la recourante au bénéfice d'une rente entière du 1er août 2017 au 31 janvier 2019, d'un quart de rente du 1er au 28 février 2019, d'une demi-rente du 1er mars au 31 août 2019 et de trois-quarts de rente dès le 1er septembre 2019.
4. Condamne l'intimé à verser CHF 3'000.- à la recourante, à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
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 |
|---|---|
| Marie-Catherine SECHAUD | Karine STECK |

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