RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1571/2021 **ATAS/1184/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 novembre 2021

1ère Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Michel DUC	recourante

contre

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

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Yda ARCE et Andres PEREZ, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1968, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de vente et de gestionnaire de vente. Elle a été engagée à un taux de 100% (soit 41h00 par semaine) en tant que vendeuse polyvalente auprès de la B_____ dès le 1er mars 2013. En 2015, son salaire mensuel s'élevait à CHF 4'137.- par mois, soit CHF 53'781 par an, 13ème salaire inclus.

En date du 26 juillet 2015, l'assurée a été percutée depuis l'arrière par une voiture alors qu'elle se trouvait à l'arrêt sur son scooter à un feu rouge. Aucune lésion traumatique n'ayant été mise en évidence, un diagnostic de contusion cervicale était retenu et l'assurée était attestée en incapacité de travail complète pour une semaine. Elle a repris le travail à 100% le 3 août 2015.

Le 11 août 2015, alors qu'elle circulait à vélo, elle a été victime d'un nouvel accident lors duquel elle a chuté sur les rails du tram, se réceptionnant sur le visage. Elle s'est ainsi à nouveau trouvée en incapacité de travail le 12 août 2015 avant de reprendre le travail le lendemain à 100%.

b. Le 7 décembre 2016, la doctoresse C_____, médecin praticienne et médecin traitante de l'assurée depuis début 2016, a retenu les diagnostics de cervico-brachialgies post-traumatiques et lombo-dorsalgies post-traumatiques. Elle estimait que sa patiente présentait une capacité de travail de 0% du 23 février 2016 au 22 mars, puis de 50% du 23 mars au 22 septembre 2016. Dès le 25 septembre 2016, sa capacité de travail était de 100%, la Dresse C_____ préconisant cependant d'éviter le port de charges dépassant 10 kilos et les positions assise et/ou debout prolongées. Elle précisait que l'assurée souffrait de douleurs cervico-brachialgies gauches intenses chaque fois qu'elle devait utiliser le membre supérieur gauche, associées à des décharges électriques, et une perte de force. La Dresse C_____ concluait son rapport en indiquant que la patiente se portait très bien et souhaitait reprendre une activité adaptée.

Par rapport du 28 mars 2017, le docteur D_____, psychiatre, a retenu un diagnostic de "Trouble Stress Post-Traumatique (309.81(F43.10))" depuis le 21 septembre 2016. Il estimait que la capacité de travail de sa patiente était de 0%, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Le Dr D_____ a adressé un nouveau rapport à l'OAI le 20 janvier 2018, attestant d'une diminution du symptôme (flash-back de l'évènement) de l'état de stress post-traumatique. Une fatigabilité rapide et des douleurs importantes au niveau du dos et spécialement des cervicales persistaient. La capacité de travail demeurait de 0% du fait des douleurs et de la fatigabilité rapide. Une reprise à 20% pouvait être envisagée dès le 1er mars 2018 dans une activité adaptée, soit prenant en compte l'impossibilité de soulever des poids et de porter des marchandises.

c. Du fait de sa longue incapacité de travail, l'assurée a été licenciée de la B_____ le 23 août 2016 pour le 30 novembre 2016. Elle a repris une activité

d'aide-ménagère à 20% courant 2018. Elle s'occupait des courses, des repas et d'une partie du ménage. L'activité a cessé suite au départ de l'employeur à l'étranger. Suite à ce départ, courant 2019, elle s'est inscrite au chômage, indiquant une disponibilité à 100%. Du 1er novembre 2020 à fin janvier 2021, l'assurée a travaillé à plein temps en tant qu'auxiliaire de soins auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG).

En parallèle, entre 2015 et 2018, elle a suivi divers cours d'allemand et d'anglais, ainsi que des formations d'aide-comptable et d'employée de commerce. En 2019, elle a obtenu un certificat d'aptitude administrative.

d. SWICA Assurances SA (ci-après SWICA) est intervenue en tant qu'assureur-accidents. Elle a mis fin aux prestations en date du 20 janvier 2016. Cette décision fait actuellement l'objet d'une demande de révision de l'assurée, au motif qu'elle se fondait sur une expertise de la clinique Corela, clinique dont les graves manquements avaient ultérieurement été mis en lumière par le Tribunal fédéral.

B. **a.** Le 27 juillet 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI).

b. Le 26 janvier 2017, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée. Il considérait en effet que l'état de santé s'était amélioré, dès lors que l'assurée avait pu reprendre son ancienne activité lucrative à mi-temps dès mars 2016 et à plein temps dès septembre 2016. Il rappelait que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la demande.

c. Par courrier du 9 février 2017, l'assurée s'est opposée au projet de décision, reprochant à l'OAI d'avoir agi prématurément, dans la mesure où il n'y avait en réalité pas eu de reprise de l'activité à plein temps en septembre 2016. Elle rappelait que le Dr D_____ faisait état d'une incapacité de travail à 100% depuis le 22 septembre 2016 pour des raisons d'ordre psychiatrique. Elle sollicitait donc la reprise de l'instruction, celle-ci étant incomplète.

d. Le 5 septembre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il estimait une expertise psychiatrique nécessaire, et en confiait le mandat au docteur E_____, psychiatre.

e. Par courrier du 21 septembre 2018, l'assurée a contesté la limitation de l'expertise à l'aspect psychiatrique. Elle considérait en effet que sa symptomatologie s'inscrivant dans le cadre des suites de son accident de scooter. Il était indispensable que l'expertise porte non seulement sur l'aspect psychiatrique, mais également sur les aspects orthopédique, neurologique, neurochirurgical et neuropsychologique.

f. Par décision du 15 novembre 2018, l'OAI a maintenu le principe d'une expertise psychiatrique auprès du Dr E_____, considérant qu'une expertise pluridisciplinaire ne se justifiait pas.

g. Le 19 décembre 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre dite décision, concluant à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, orthopédique, neurologique, neurochirurgicale et neuropsychologique) auprès de médecins spécialistes indépendants.

h. Par arrêt du 25 février 2020 (ATAS/137/2020), la chambre de céans a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI à charge pour lui de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comprenant les volets psychiatrique, orthopédique et neurologique. En date du 27 août 2020, l'OAI a confié le mandat d'expertise pluridisciplinaire à Swiss Medical Expertise SA (ci-après SMEX). L'expertise a été rendue le 11 janvier 2021.

Les experts reconnaissaient à l'assurée une capacité de travail de 100% dans l'activité exercée jusqu'alors avec, comme limitations fonctionnelles, le port de charge excédant 10 kg par le membre supérieur gauche, ainsi que les travaux au-dessus de la ceinture scapulaire avec l'épaule gauche.

Ces limitations découlaient essentiellement du volet orthopédique de l'expertise qui retenait un diagnostic de « douleurs au membre supérieur gauche sans substrat anatomique » avec incidence sur la capacité de travail. Les diagnostics supplémentaires sous l'angle orthopédique, soit status après AVP en 2015, sans séquelle, cervicalgie sans substrat anatomique et rachialgie sans substrat anatomique, n'avaient pour leur part pas d'incidence sur la capacité de travail. La capacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle ou dans toute activité adaptée respectant les limitations de charges au niveau du membre supérieur gauche.

Pour le surplus et du point de vue psychiatrique, aucune pathologie caractérisée ni aucune limitation fonctionnelle n'était retenue. L'expert-psychiatre n'avait pas identifié d'épisode dépressif, d'état de stress post-traumatique ni de syndrome douloureux somatoforme persistant. L'assurée se plaignait principalement de ses douleurs, assumait ses activités du quotidien et avait même commencé un travail d'auxiliaire de soins à 100% auprès des HUG trois semaines auparavant. Concernant le diagnostic de stress post-traumatique posé par le Dr D_____, il ne pouvait être retenu car il était apparu trop de temps après l'accident et n'était pas argumenté.

Enfin, sous l'angle neurologique, l'expert évaluait la capacité de travail comme entière dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée et ne retenait aucune limitation fonctionnelle. Il posait comme unique diagnostic des douleurs musculaires touchant l'angulaire de l'omoplate, le muscle sous-scapulaire et le muscle coraco-brachial gauches, sans incidence sur la capacité de travail.

i. Suite à cette expertise, l'OAI a indiqué, par projet de décision du 21 janvier 2021, qu'il comptait refuser toute rente et toute prestation à l'assurée.

L'OAI a retenu comme seule atteinte incapacitante les insertionites musculaires de l'épaule gauche prohibant le port de charge excédant 10 kg par le membre supérieur gauche, ainsi que les travaux au-dessus de la ceinture scapulaire avec l'épaule gauche. Une incapacité de travail à 100% était admise dès le 25 juillet 2015 dans l'activité exercée jusqu'alors. La capacité de travail était en revanche entière dès cette même date dans une activité adaptée à son état de santé, soit prenant en compte les limitations fonctionnelles précitées. Du fait de celles-ci, l'OAI appliquait une réduction de 10% du revenu avec invalidité, ce selon l'approche pluridisciplinaire.

Le taux d'invalidité s'élevant à 9% et la capacité de gain ne pouvant, par ailleurs être sauvegardée ou améliorée, il n'existait pas non plus un droit au reclassement dans une nouvelle profession.

j. Par pli du 25 février 2021, l'assurée a soulevé des objections à l'encontre du projet de décision. En substance, elle reprochait à l'OAI de se fonder sur une expertise incomplète, basée sur des éléments de fait erronés et comportant des conclusions prises en contradiction avec les éléments figurant au dossier. L'assurée sollicitait une expertise neuropsychologique complémentaire, ainsi que la reconnaissance d'une incapacité de travail totale jusqu'au 1er mars 2018, puis partielle au-delà de cette date.

k. L'OAI a adressé à l'assurée, en date du 19 mars 2021, une décision confirmant le refus de toute rente et de toute mesure de reclassement. Dite décision était reçue en son domicile élu le 24 mars 2021.

C. **a.** L'assurée a formé recours à l'encontre de cette décision par mémoire du 6 mai 2021, concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant également un aspect neuropsychologique. Elle a fait grief à l'intimé de fonder sa décision sur une expertise incomplète, basée sur des éléments de fait erronés et comportant des conclusions prises en contradiction avec les éléments figurant au dossier.

Concrètement, la recourante estimait tout d'abord qu'en omettant de faire porter l'expertise sur les aspects neuropsychologiques, l'OAI avait méconnu la jurisprudence du Tribunal fédéral relative au coup du lapin, laquelle exige un tel examen si les symptômes persistent six mois après le traumatisme.

Elle reprochait ensuite à l'OAI d'avoir suivi l'avis de l'expert psychiatre estimant qu'elle ne souffrait d'aucune maladie psychiatrique et réfutant donc le diagnostic de stress post-traumatique posé par le psychiatre traitant.

Sur le plan physique, la recourante s'étonnait de ce que du point de vue neurologique, aucun diagnostic ayant une répercussion sur son état de santé n'avait été retenu, ce en contradiction avec le dossier médical et avec certains éléments de l'expertise elle-même.

b. La recourante produisait encore un rapport du 14 avril 2021 de la Dresse C_____ relatant les douleurs cervico-dorsales et de gênes depuis 2016, lesquelles avaient diminué sans disparaître depuis lors.

D. Dans sa réponse du 1er juin 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre suite à l'arrêt de la chambre de céans (ATAS/137/2020) avait été effectuée dans les règles de l'art.

Concernant en particulier l'absence d'un volet neuropsychiatrique à l'expertise, l'intimé rappelait que l'arrêt du 25 février 2020 ne l'ordonnait pas et que l'expert psychiatre ne l'estimait pas nécessaire en présence de capacités d'apprentissage et en l'absence de troubles cognitifs tels que des troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire.

Le rapport de la Dresse C_____ produit à l'appui du recours n'apportant pour le surplus aucun élément médical objectif nouveau, aucune investigation complémentaire ne s'avérait nécessaire et les termes de la décision du 19 mars 2021 étaient maintenus.

E. **a.** Par réplique du 24 juin 2021, la recourante a pour l'essentiel persisté dans les termes et conclusions de son recours.

b. L'intimé a pour sa part également maintenu sa position dans sa duplique du 6 juillet 2021.

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.

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 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]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante de l'expertise et la nécessité d'un complément relatif au volet neuropsychologique.

5. 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).

6. 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.

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. 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.

8. 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).

9. 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.

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 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

10. 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).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

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 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). 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).

12. En l'espèce, du point de vue formel, la valeur probante de l'expertise ne semble pas critiquable. Elle émane de spécialistes en médecine interne, psychiatrie, neurologie et orthopédie. Elle a été rendue à l'issue d'investigations approfondies, comprenant un examen de la recourante de l'entier du dossier médical et d'entretiens approfondis avec l'intéressée. Les experts ont présenté des anamnèses détaillées, consigné les déclarations de la recourante et leurs propres observations, et discuté chacun des diagnostics retenus au préalable. Le rapport remplit donc de prime abord les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une valeur probante.

13. La recourante soulève cependant divers griefs relativement au fond de l'expertise, à savoir qu'elle est incomplète, basée sur des éléments de fait erronés et que les conclusions qui y figurent sont en contradiction avec les éléments médicaux figurant au dossier.

13.1 Sur le plan psychique, elle soutient que c'est à tort que l'expert-psychiatre ne retient aucun diagnostic ni aucune limitation à sa capacité de travail. En particulier elle considère que l'expertise est contradictoire avec les éléments médicaux au dossier, principalement les deux rapports du Dr D_____ des 29 mars 2017 et 20 janvier 2018 posant un diagnostic de stress post-traumatique justifiant une incapacité totale de travailler dans toute activité. Ces rapports font état de souvenirs répétitifs et de flash-back de l'accident de scooter, de graves perturbations du sommeil, de problèmes d'agitations, de concentration et de mémoire, de fatigue chronique, de perte d'appétit, de tristesse, de pleurs récurrents d'anxiété et de maux de tête récurrents. Ils mentionnent également que qu'elle était prise en charge, à l'époque de leur rédaction, en psychothérapie (de type TCC) à raison de deux séances hebdomadaires, spécifiquement en lien avec les symptômes du stress post-traumatique. L'expertise médicale relève du reste plusieurs symptômes typiques du stress post-traumatique, tels que la tristesse permanente, des crises de larmes, une grande fatigue, une difficulté à dormir et de l'agressivité. Concernant ces symptômes, l'intéressée rappelle qu'ils s'étaient particulièrement matérialisés lors de sa reprise d'activité à 100% durant trois mois. Cette expérience s'étant avérée très éprouvante et non concluante. Elle était en effet très fatiguée et sa concentration était diminuée, ce quand bien même elle se couchait à 18h00 pour se lever à 5h30. Elle s'administrait des antidouleurs lorsqu'elle travaillait. Ces éléments n'ont pas été retenus alors qu'ils sont de nature à établir un diagnostic de stress post-traumatique occasionnant une incapacité de travail.

13.1.1 La chambre de céans considère cependant que l'argumentation de l'expert-psychiatre est claire et bien motivée et que les conclusions auxquelles il aboutit sont convaincantes. Concernant en particulier le diagnostic de trouble de stress post-traumatique, l'expert-psychiatre l'écarte au triple motif suivant :

a) il a été posé plus d'un an et demi après l'accident;

b) la définition dudit trouble est rattachée à un évènement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus (guerre, accident grave, terrorisme, etc. Or, « l'évènement rapporté est une collision à l'arrêt. Après une semaine d'incapacité de travail, elle a repris le travail à 100% pendant 4 mois, ensuite à 50% pendant 2 mois et l'arrêt de son activité professionnelle a été lié à un licenciement » (Expertise, p. 40);

c) l'expertisée « ne rapporte aucun symptôme de reviviscence ou flashback. Elle ne rapporte pas de cauchemar envahissant. Il n'est pas retrouvé d'anesthésie psychique ou d'émoussement émotionnel ou de détachement ni d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme, d'autant qu'elle continue à faire du vélo, à se déplacer en voiture, à marcher, à se rendre en ville le plus normalement, à faire ses courses et ne signale aucune attaque de panique ni dans le passé, ni maintenant, qu'elle soit de survenue spontanée ou en réaction à des situations contextuelles. Il n'y a pas d'hyperactivité neurovégétative ni d'hypervigilance » (ibidem).

Ces éléments sont concluants. En particulier, la tardiveté du diagnostic est en effet surprenante si l'on considère que la recourante a été suivie par deux médecins traitants après l'accident, ce sans qu'aucun diagnostic de ce type (ou tout autre diagnostic psychique) ne soit abordé et encore moins posé durant plus d'un an et demi.

13.1.2 L'argumentaire de l'expert-psychiatre est également pertinent en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail au vu de l'état psychique global. Il n'est pas anodin de constater que, suite à ses deux accidents, l'intéressée a travaillé à 100% durant plus de six mois avant d'être déclarée en incapacité de travail par son nouveau médecin traitant, ce pour des motifs somatiques (soit des cervico-brachialgies post-traumatiques et lombo-dorsalgies post-traumatiques). Par la suite, lorsque le diagnostic de stress post-traumatique a été posé pour la première fois par le Dr D_____, soit près d'un an et demi après les faits, la recourante était encore à même de mener à bien toutes les activités nécessaires à son ménage et était en mesure de continuer ses cours et ses formations. L'expert-psychiatre relève que « l'attention et la concentration sont cliniquement de bonne qualité. La personne assurée a eu durant ces dernières années des activités d'apprentissage à l'université populaire de Genève, a pu réussir des formations et vient de commencer un emploi à 100% aux hôpitaux de Genève comme auxiliaire de soins. Donc il n'a pas été jugé nécessaire de faire un bilan neuropsychologique » (expertise SMEX, p. 39). Pour ce qui est des activités d'apprentissage, il ressort encore de l'expertise que, malgré les difficultés de concentration exprimés par la recourante, « elle a fait plusieurs cours à l'université du soir à Genève. Elle a étudié l'allemand et l'anglais en 2015-2016-2017. En 2019, elle a préparé un certificat d'aptitude administrative en étant présente aux cours tous les jours pendant 3-4 heures et ce pendant 3 mois. Elle a réussi obtenir son examen après une session de rattrapage. Elle explique aussi avoir pu travailler à 20%. Elle a également essayé de préparer un diplôme d'aide-comptable en 2018 à l'Ifage mais n'a pas réussi parce que, selon elle, elle faisait tout juste mais n'a pas réussi son bilan. Elle a également essayé de se former en tant qu'employée de commerce mais n'a pas réussi à cause du français. Elle explique qu'elle a échoué à la dictée où il ne fallait pas faire plus de 3 fautes et elle en avait fait 5. Elle a arrêté

les cours à l'Université populaire car elle n'a plus d'argent mais aimerait les reprendre » (ibid. p. 35). Enfin, la recourante a été en mesure d'exercer un emploi d'aide-soignante auprès des HUG pour une durée limitée de trois mois à 100%. Certes, elle déclare que l'expérience s'est avérée éprouvante, qu'elle était épuisée après huit heures de travail (expertise SMEX, p. 15), qu'elle devait prendre des antidouleurs lorsqu'elle travaillait (ibid. p. 11) et se coucher à 18h00 pour pouvoir se lever à 5h30. Cela étant, ces plaintes ne sont ni substantifiées, ni documentées médicalement. Elles ne suffisent de toute manière pas à remettre en cause l'appréciation de l'expert-psychiatre à teneur de laquelle, du point de vue psychique, il n'existe aucune limitation fonctionnelle et la capacité de travail de la recourante est entière, dans toute activité. On peut encore rappeler que la recourante n'allègue pas être suivie par un psychiatre ou un psychologue, la Dresse C_____ indiquant dans son rapport du 14 avril 2021 qu'elle n'a aucune information à cet égard.

Au vu de ces éléments, l'expertise est convaincante lorsqu'elle évalue que du point de vue psychiatrique, la capacité de travail de la recourante lui permet d'exercer son activité habituelle ou toute autre activité à plein temps.

13.2 Sur le plan neurologique, la recourante reproche à l'expert de n'avoir retenu aucun diagnostic ni aucune limitation fonctionnelle ayant une incidence sur sa capacité de travail alors qu'il constate des douleurs à l'épaule gauche liées à des insertionites musculaires ainsi qu'une instabilité bilatérale au nerf cubital du coude (expertise SMEX p. 6).

13.2.1 La recourante semble toutefois omettre que, s'agissant d'une expertise pluridisciplinaire, chaque médecin se prononce sur les limitations relatives à sa spécialité. Ainsi, l'expert en neurologie considère que « les douleurs décrites par la personne assurée semblent exclusivement liées à des insertionites musculaires à gauche touchant l'angulaire de l'omoplate et des muscles de maintien de la position de l'omoplate » (expertise SMEX p. 6). Il ne remet donc pas en question ces douleurs mais estime qu'elles n'engagent aucun diagnostic ni aucune limitation d'un point de vue neurologique. Cette appréciation semble d'autant moins critiquable que les douleurs dont il est question ont été prises en compte par le spécialiste en orthopédie (expertise SMEX p. 72 et 76) et justifient les limitations fonctionnelles dont il fait état dans son volet de l'expertise. Enfin, plus globalement, les experts semblent avoir examiné, évalué et retranscrit les plaintes de la recourante manière détaillée et claire, ce contrairement à la médecin traitante qui ne précise guère ses allégations sur ce point.

13.2.2 L'expert constate encore l'instabilité du nerf cubital du coude (des deux côtés) tout en indiquant qu'il n'y a ni plainte, ni déficit dans ce domaine. La recourante soutient qu'il y a bien eu des plaintes à cet égard. Elle fait cependant référence uniquement à l'expertise de la clinique Corela du 13 janvier 2016 dont elle a elle-même explicitement requis à plusieurs reprises et avec succès qu'elle soit écartée tant de la procédure AI que de la procédure LAA, vu l'impossibilité de

lui accorder pleine confiance. Aucun autre élément du dossier (ni même une déclaration de la recourante) ne faisant état de plaintes relativement au nerf cubital du coude, ce grief est également écarté et l'expertise neurologique peut être considérée comme probante.

13.3 La recourante considère ensuite l'expertise comme incomplète dans la mesure où elle ne comporte pas de volet neuropsychologique. Un tel volet serait pourtant imposé par le Tribunal fédéral en matière de coup du lapin lorsque les douleurs subsistent six mois après le traumatisme (ATF 134 V 109).

13.3.1 Il sied de relever que l'ATF 134 V 109 auquel la recourante fait référence n'impose pas la mise en œuvre d'un examen neuropsychologique dans tous les cas de traumatismes type coup du lapin dont les conséquences persisteraient six mois au moins après le choc. Le Tribunal fédéral considère que, dans ce type de cas, l'examen doit porter sur les aspects orthopédique, psychiatrique, neurologique et, cas échéant (″gegebenenfalls″) neuropsychologique (consid. 9.5). Il ressort de cette formulation que l'examen neuropsychologique n'est pas systématique. Or, non seulement la chambre de céans ne l'a pas considéré nécessaire dans son arrêt du 25 février 2020, mais cet avis est également partagé par les experts en psychiatrie et neurologie, ce sur la base de leurs propres constatations médicales. La recourante n'explicitant par ailleurs absolument pas en quoi un tel examen serait pertinent, ce grief doit également être écarté.

13.3.2 Par surabondance de motif, la chambre de céans rappelle que le champ de l'expertise a fait l'objet de la procédure A/4481/2018. Dans le cadre de celle-ci, la recourante sollicitait, sur la base des mêmes éléments de fait (notamment le diagnostic de coup du lapin), que l'expertise soit pluridisciplinaire et porte non seulement sur l'aspect psychiatrique, mais également sur les aspects orthopédique, neurologique, neurochirurgical et neuropsychologique. Au terme de l'instruction de la cause, la chambre de céans a rendu l'ATAS/137/2020 du 25 février 2020, estimant qu'il se justifiait d'ordonner une expertise pluridisciplinaire comprenant les volets psychiatrique, orthopédique et neurologique et renvoyant le dossier à l'intimé pour l'exécution de dite expertise. L'ATAS/137/2020 du 25 février 2020 n'ayant fait l'objet d'aucun recours, il a acquis la force de chose jugée. Dès lors, concernant cet aspect, seule serait ouverte la voie de la révision. Or, selon l'article 61 let. i LPGA, les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

La recourante ne faisant état d'aucun fait nouveau, ni d'aucun moyen de preuve nouveau significatif, cette demande n'est pas admissible. Elle l'est d'autant moins que l'intéressée n'a pas mentionné ce point lorsque le mandat d'expertise lui a été transmis avec invitation à transmettre ses questions complémentaires. C'est uniquement après que le rapport d'expertise a été rendu, soit dans le cadre de ses objections à l'encontre du projet de décision de l'intimé du 21 janvier 2021 qu'elle l'a soulevé pour la première fois, ce qui est manifestement tardif.

13.4 La recourante reproche enfin aux experts de retenir l'existence d'une limitation de port de charges à 10 kg de manière non itérative, ce tout en soutenant qu'elle disposerait d'une capacité de travail à 100% dans son activité habituelle de vendeuse en magasin. Cette limitation fonctionnelle serait pourtant manifestement incompatible avec le métier dont il est question.

À teneur de l'expertise, il appert en effet que le spécialiste en orthopédie qui retient la limitation de port de charge méconnaît l'incompatibilité de celle-ci avec l'activité habituelle de la recourante. Cette incohérence est cependant sans conséquence, le SMR (dans son rapport du 18 janvier 2021) et l'intimé (dans la décision entreprise) considérant que la capacité de travail dans l'activité de vendeuse est bien nulle depuis le 25 juillet 2015 et que seule est envisageable à 100% une activité adaptée, prenant donc en compte la limitation fonctionnelle précitée, soit: « pas de port de charge du membre supérieur gauche de plus de 10 kg, pas de travail avec les bras au-dessus de la ceinture scapulaire » (rapport SMR du 18 janvier 2021).

13.5 Au vu de ce qui précède, l'expertise du SMEX doit être considérée comme probante en tant qu'elle retient une capacité de travail de la recourante à 100% dès le 25 juillet 2015 dans une activité adaptée évitant le port de charge de plus de 10 kg par le membre supérieur gauche, ainsi que le travail avec les bras au-dessus de la ceinture scapulaire.

14. La recourante concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité en sa faveur, reste à examiner si l'intimé a correctement déterminé son degré d'invalidité.

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).

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).

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). 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 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, 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 124 V 321 consid. 3b/bb). 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).

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 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).

15. En l'espèce, l'intimé a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 9% en comparant un revenu avec invalidité de CHF 49'123.- et un revenu sans invalidité de CHF 53'781.-. Afin de déterminer le degré d'invalidité, il a fixé le revenu d'invalide en se référant aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2016 ; tableau TA1, tous les secteurs confondus [total], femmes, activités simples et répétitives, niveau 1), soit un montant de CHF 54'581.- (CHF 4'363.- / 40 heures x 41,7 heures x 12 mois), puis réduit à CHF 49'123.- compte tenu de la diminution de rendement de 10% en lien avec les limitations fonctionnelles retenues par l'expertise. Pour le revenu sans invalidité, il s'est basé sur le dernier salaire versé par l'employeur de l'époque, soit un montant de CHF 53'781.- (CHF 4'137.- x 13 mois). La comparaison entre le revenu exigible (CHF 49'123.-) et celui présumable sans invalidité pour un travail à 100% (CHF 53'781.-) laisse apparaitre une perte de 8,66%.

La recourante ne se prévaut d'aucun argument à l'encontre de ce calcul, lequel n'apparaît pas critiquable. Les revenus pris en considération par l'intimé ne peuvent en conséquence qu'être confirmés et le droit à une rente nié.

16. Les considérants qui précèdent conduisent au rejet du recours.

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare recevable le recours.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Nathalie LOCHER	Doris GALEAZZI

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