RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1749/2022 **ATAS/1019/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 novembre 2022

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, GENÈVE recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, a été employé comme nettoyeur par B_____ et, à ce titre, assuré auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) contre les accidents.

b. Le 6 mars 2018, l'assuré a été victime d'un accident professionnel. Selon la déclaration de sinistre du 12 mars 2018, il a fait une glissade sur la neige et subi une contusion à la jambe gauche. Il a été en arrêt de travail à 100% dès le 7 mars 2018.

c. Par courrier du 16 mars 2018, la SUVA a pris en charge les suites de l'accident et reconnu à l'assuré le droit à une indemnité journalière.

d. L'assuré a repris le travail le 16 avril 2018, puis a été à nouveau en incapacité de travail à 100% dès le 26 avril 2018.

B. **a.** Par écriture du 13 décembre 2018, l'assuré a déposé une demande de prestation auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

b. L'OAI a reçu de nombreuses pièces médicales, notamment un rapport portant sur les premiers soins dispensés le 7 mars 2018 (rapport du 9 mai 2018 du docteur C_____, chirurgien orthopédique), un rapport relatif à une radiographie du bassin et de la hanche gauche et une échographie de la hanche gauche réalisées le 13 mars 2018 (rapport du 13 mars 2018 de la doctoresse D_____, spécialiste FMH en radiologie), des rapports à la suite d'imageries par résonnance magnétique (ci-après : IRM) de la hanche gauche et de la colonne lombaire le 26 mars 2018 (rapports des 27 mars et 4 avril 2018 de la Dresse D_____), un rapport faisant état d'une infiltration lombaire foraminale épidurale (rapport du 4 avril 2018 du docteur E_____, médecin radiologue FMH), un rapport de consultation de neurochirurgie du 3 mai 2018 (rapport du 4 mai 2018 du docteur F_____, neurochirurgien FMH), un rapport suite à une infiltration lombaire le 8 mai 2018 (rapport du 9 mai 2019 du docteur G_____, radiologue FMH), un rapport intermédiaire du médecin traitant (rapport du 15 mai 2018 du docteur H_____, médecin généraliste), un rapport à la suite d'une IRM de la colonne lombaire réalisée le 3 juillet 2018 (rapport du 4 juillet 2018 du Dr G_____), un rapport de consultation du 16 juillet 2018 avec une indication opératoire de la hernie discale L5-S1 (rapport du 18 juillet 2018 du Dr F_____), un rapport opératoire du 5 octobre 2018 (rapport du 5 octobre 2018 du Dr F_____).

c. Le 5 février 2019, le Dr F_____ a informé l'OAI que les restrictions fonctionnelles de l'assuré qui découlaient de son atteinte orthopédique et ayant un impact sur la capacité de travail étaient : la position debout prolongée, le port de charges lourdes de plus de 10 kg et la torsion du dos. Sa capacité de travail dans

une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles deux mois après la chirurgie était de 50%, puis de 100% (reprise selon évolution). Le médecin s'en référait toutefois au médecin traitant sur cette question.

d. Dans un rapport du 7 février 2019, le Dr F_____ a indiqué, suite à une consultation de l'assuré du même jour, qu'il y avait une évolution favorable d'une lombo-sciatalgie gauche à plus de trois mois après la chirurgie de hernie discale L5-S1 gauche.

e. Dans un rapport du 8 avril 2019, le Dr H_____ a indiqué à l'OAI que la capacité de travail exigible était de 0% dans l'activité habituelle de nettoyeur et pourrait être de 50% dans une activité adaptée, à réévaluer. Les facteurs qui faisaient obstacle à une réadaptation étaient le peu de formation et l'âge du recourant. Les limitations fonctionnelles étaient les flexions répétées du tronc et le port de charges de plus de 10 kg. Les longues marches étaient assez limitées.

f. Selon un rapport établi le 8 mai 2019 par le Dr H_____, ce dernier retenait le diagnostic de lombalgies chroniques et une incapacité totale de travail dans son activité habituelle. Un travail à temps partiel ne lui paraissait pas possible. Le pronostic était réservé, l'assuré ayant des douleurs de dos chroniques.

g. Le 25 juillet 2019, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé qu'il ressortait des documents du dossier, en particulier du rapport du Dr F_____ du 7 février 2019, qu'il fallait considérer que la capacité de travail de l'assuré était définitivement nulle dans l'ancienne activité de nettoyeur depuis le 6 mars 2018, de 50% dans une activité adaptée à partir du 5 décembre 2018 et de 100% dès le 7 février 2019.

h. Une nouvelle IRM de la colonne lombaire du 24 septembre 2019, motivée par l'apparition de cruralgies gauches, a permis de conclure à un status post cure chirurgicale satisfaisante de la hernie discale L5-S1 gauche sans signe de complication objectivable, à une discopathie L3-L4 protrusive à focalisation postéro-latérale gauche sténosant le récessus latéral gauche, en très discrète régression par rapport au dernier bilan, susceptible d'être à l'origine d'une symptomatologie radiculaire L4 gauche. Étaient notées également les absences d'évolution des signes de spondylodiscarthrose pluri-étagée s'étendant de L2-L3 à L4-L5, de rétrécissement canalaire significatif et de sténose foraminale serrée (rapport du 29 septembre 2019 de la doctoresse I_____, radiologue).

i. Par décision du 10 octobre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. À l'issue de l'instruction médicale, elle lui reconnaissait une incapacité totale de travailler dans son activité habituelle dès le 6 mars 2018 (début du délai d'attente d'un an) et considérait que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était de 50% dès le 5 décembre 2018, puis de 100% dès le 7 février 2019. À l'issue du délai d'une année, soit au 6 mars 2019, son taux d'invalidité se calculait sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF 54'154.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 67'430.-, ce qui donnait un

taux d'invalidité nul, qui n'ouvrait pas à l'assuré le droit à une rente. D'autres mesures professionnelles n'étaient au demeurant pas nécessaires dans sa situation.

j. Dans un rapport d'entretien d'information du 9 janvier 2020, le Dr F_____ a proposé, en raison des cruralgies gauches déficitaires sur hernie discale L3-L4 gauche, une nouvelle intervention chirurgicale pour décompression du récessus L3-L4 gauche et hernie discale avec décompression de la racine L4 gauche (cf. rapport du 9 janvier 2020).

k. Le 2 juillet 2020, l'assuré a subi cette opération.

l. Saisie d'un recours de l'assuré contre la décision du 10 octobre 2019, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) l'a rejeté par arrêt du 24 mars 2021 (ATAS/255/2021). Elle a notamment relevé que l'éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré, en lien avec son opération du 2 juillet 2020, n'était intervenue qu'après la décision querellée et qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir compte.

C. **a.** Le 15 avril 2021, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Il a fait valoir une détérioration de son état de santé à la suite de la décision du 10 octobre 2019.

b. Le 19 avril 2021, l'OAI a reçu un certificat médical établi le 19 février 2021 par le Dr BORGES, selon lequel l'assuré était toujours en incapacité totale de travail à la suite de son accident du 6 mars 2018.

c. Le 20 avril 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui appartenait de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la première décision. À défaut, une décision de non entrée en matière serait rendue.

d. Le 12 mai 2021, l'OAI a réceptionné les documents suivants :

- Un rapport du 5 mai 2021 de Madame J_____, physiothérapeute, selon lequel elle suivait l'assuré depuis 2019, dont les douleurs avaient empiré, son seul soulagement ayant été des paresthésies vers le membre inférieur gauche correspondant au nerf sciatique. Ces douleurs l'empêchaient d'accomplir plusieurs tâches de la vie courante et d'exercer sa profession. Il serait très compliqué de trouver un poste adapté car il ne pouvait pas porter d'objets lourds, ni se pencher ou tourner son tronc facilement sans avoir de douleurs incapacitantes et la position assise plus de trente minutes était difficile. Il devait donc changer régulièrement de position et éviter de porter des poids.
- Des rapports des 5 et 7 mai 2021 du docteur K_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, lequel indiquait que l'assuré était connu pour avoir subi trois chirurgies lombaires à des segments différents et se plaignait d'une hypoesthésie crurale gauche, ainsi que de lâchages au niveau du genou gauche, avec une douleur lombaire axiale sans irradiation qui ne se manifestait pas la nuit mais le jour sans horaire, particulièrement lors des changements de position, avec une difficulté à se redresser, soulagée momentanément par de la

physiothérapie. À l'examen clinique, ce médecin avait constaté une hypoesthésie devant la cuisse gauche et un lâchage à l'appui monopodal, mais sans parésie franche, avec douleur palpatoire au niveau des sacro-iliaques et des points de Valleix à gauche, ainsi qu'une dégradation en extension, rotations et inflexions latérales. La nouvelle IRM lombaire réalisée le 5 mai 2021 mettait en évidence une discarthrose étagée, une amélioration du signal inflammatoire aigu en L4-L5 et L5-S1 mais par contre l'apparition d'un signal inflammatoire aigu en L2-L3, avec protrusion médiane sans conflit, les foramina étaient libres, il y avait une protrusion Th11 récessale gauche sans conflit, un status après fenestration L3-L4 à gauche sans récidive d'éléments conflictuels, et comme auparavant un status après fenestration L4-L5 et L5-S1 à gauche sans récidive de hernie, à noter une protrusion médiane L5-S1. Le Dr K_____ expliquait à l'assuré qu'il n'y avait pas de nouvelle indication chirurgicale, le traitement restant conservateur avec une médication à la demande et surtout en poursuivant des exercices rachidiens réguliers.

e. Dans un avis du 28 janvier 2022, le SMR a retenu qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr K_____ et que sur le plan médico-assécurologique, la situation était inchangée depuis la dernière décision de l'OAI.

f. Par projet de décision du 28 février 2022, confirmé par décision du 2 mai 2022, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré du 15 avril 2021, à défaut pour lui d'avoir rendu plausible que sa situation s'était notablement modifiée

D. **a.** Le 2 juin 2022, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre de céans contre cette décision, concluant, en substance, à ce que l'intimé évalue son état de santé et faisant valoir que son médecin traitant lui avait dit qu'il était handicapé et qu'il n'y avait rien à faire.

b. Par réponse du 5 juillet 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours, se fondant sur l'avis du 28 janvier 2022 du SMR et estimant que les éléments apportés ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.

c. Le recourant n'a pas répliqué dans le délai accordé.

d. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances

sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

1.2 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.

1.3 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 est datée du 2 mai 2022 et a donc été rendue postérieurement à l'entrée en vigueur de la modification de la LAI du 19 juin 2020. Toutefois le moment le plus précoce possible de la naissance potentielle du droit aux prestations de l'assurance-invalidité se situe avant le 1er janvier 2022, raison pour laquelle les dispositions de la LAI et de son règlement s'appliquent dans leur version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Les dispositions applicables seront donc citées dans leur ancienne teneur.

1.4 Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 15 avril 2021.

3.

3.1 Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; ATF 125 V 410 consid. 2b). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à

l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3).

3.2 Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 125 V 410 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références). À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b). Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

3.3 Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101] ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure

administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).

3.4 L'exigence relative au caractère plausible ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS, 2003, p. 396 ch. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

4.

4.1 En l'espèce, il est rappelé que par ATAS/255/2021 du 24 mars 2021, entré en force, la chambre de céans a confirmé la position de l'intimé dans sa décision du 10 octobre 2019, à savoir que le recourant avait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle mais une capacité de travail résiduelle entière dès le 7 février 2019 dans une activité adaptée. Elle a estimé que le calcul du taux d'invalidité par l'intimé ne prêtait pas le flanc à la critique, sous réserve d'un abattement qu'il se justifiait de prendre en compte à un taux de 10% en raison des limitations fonctionnelle du recourant, mais que malgré cela, le taux d'invalidité (de 11%) était insuffisant à lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Elle a également considéré que l'éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré en lien avec son opération du 2 juillet 2020, n'était intervenue qu'après la décision querellée et qu'il n'y avait alors pas lieu d'en tenir compte dans son examen.

4.2 Le recourant a déposé une nouvelle demande de prestation le 15 avril 2021, en raison d'une aggravation de son état de santé. Il convient par conséquent d'examiner s'il a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis le 10 octobre 2019.

4.3 Force est tout d'abord de constater que le 9 janvier 2020, le Dr F_____ a posé un diagnostic de cruralgies gauches déficitaires sur hernie discale L3-L4 gauche, motivant une nouvelle intervention chirurgicale lombaire. Cette intervention a d'ailleurs été réalisée le 2 juillet 2020. À l'époque, la chambre de céans n'avait pas examiné ce point dans l'ATAS/255/2021, puisqu'il excédait la période litigieuse.

Dans le cadre de la nouvelle demande du recourant, le SMR ne s'est pas du tout prononcé sur ces éléments, pourtant postérieurs à la décision du 10 octobre 2019. Or, ceux-ci rendent, à eux seuls, une aggravation de l'état de santé plausible.

4.4 Par ailleurs, le recourant a produit les rapports des 5 et 7 mai 2021 du Dr K_____. Ce médecin se veut plutôt rassurant, expliquant qu'aucune nouvelle

intervention chirurgicale n'est nécessaire. Cela étant, il constate, sur la nouvelle IRM du 5 mai 2021, l'apparition d'un signal inflammatoire aigu en L2-L3 et note également une protrusion médiane L5-S1. Or, le SMR ne s'est pas non plus prononcé sur ces deux nouvelles indications, se contentant de dire qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'appréciation du Dr K_____ et estimant que la situation est inchangée depuis la décision du 10 octobre 2019.

4.5 En outre, la physiothérapeute du recourant a indiqué qu'elle le suivait depuis 2019 et que ses douleurs avaient empiré.

4.6 Dans ces circonstances, il faut retenir qu'il existe suffisamment d'indices d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision du 10 octobre 2019 et il se justifie que l'intimé procède à un nouvel examen de son cas.

5. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 2 mai 2022 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande du recourant.

6.

6.1 Le recourant, qui obtient gain de cause, n'est pas représenté par un mandataire et n'a pas allégué des frais particulièrement importants pour défendre ses droits dans le cadre de la présente procédure, de sorte qu'aucune indemnité ne lui sera accordée à titre de participation à des 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]).

6.2 Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé 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 le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 2 mai 2022.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande du recourant.
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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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