



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1888/2006

ATAS/437/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 24 avril 2007

En la cause

Monsieur F _____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître VOUILLOZ Daniel

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur F _____, né en 1945, chauffeur-livreur de profession, a été victime d'un accident de la circulation le 16 janvier 2002, qui a entraîné une entorse de la cheville droite. Le 29 octobre 2002, dans les suites de cet accident, une rupture du tendon d'Achille droit a été constatée, opérée le 31 octobre 2002 aux (ci-après les "établissement hospitalier") par technique mini-invasive. Le 25 février 2003, l'assuré a subi une nouvelle rupture du tendon d'Achille et une réintervention a eu lieu le 17 mars 2003 par technique V-Y et confection d'un plâtre cruro-pédieux en équin.
2. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la SUVA.
3. En date du 10 juin 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison de la rupture du tendon d'Achille droit.
4. L'assuré a été traité par le Dr A _____, spécialiste FMH en chirurgie, jusqu'en mars 2004. Parallèlement, il était suivi par les Drs B _____ et C _____, médecin-chef de clinique adjoint et médecin adjoint aux "établissement hospitalier", département de chirurgie, service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur.
5. Dans son rapport du 23 juin 2003, le Dr B _____ a diagnostiqué une rupture chronique du talon d'Achille droit. L'état de santé du patient s'améliorait, mais l'incapacité de travail était totale depuis le 31 octobre 2003 (recte 2002). Il précisait que l'activité exercée jusqu'ici restait exigible à 100%.
6. Dans son rapport du 22 août 2003 à l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI), le Dr A _____ a relevé que l'assuré pouvait travailler 8 heures par jour en position assise et 4 heures par jour en position debout. La position à genoux ou accroupie n'était en revanche pas possible, de même qu'un travail en hauteur ou avec des déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Une capacité de travail entière était raisonnablement exigible dans la profession de livreur, depuis octobre 2003. Il fallait s'attendre à une diminution de rendement de 25 %. Des mesures professionnelles étaient indiquées.
7. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation de la SUVA du 13 janvier au 18 février 2004. Les médecins ont estimé que l'état de santé n'était pas encore stabilisé. Une capacité de travail de 50% dans la profession de livreur était possible. La capacité devrait être réévaluée dans les 4 à 6 semaines.
8. Dans un rapport du 14 avril 2004 à la SUVA, le Dr B _____ a indiqué que la réparation du tendon d'Achille avait échoué pour une raison inexplicée. Dans ce

contexte, il était impossible que l'assuré reprenne son travail. Le patient serait reconvoqué ultérieurement pour une nouvelle réparation.

9. Dans son rapport à la SUVA du 26 avril 2004, le Dr A_____ faisait état du nouvel échec de réparation du tendon d'Achille lors de la consultation du 14 avril aux "établissement hospitalier" et indiquait que pour le moment une reprise de travail n'était pas réalisable.
10. En date du 11 mai 2004, l'assuré a subi une excision de la cicatrice tendineuse du tendon d'Achille droit, puis une réparation avec renforcement par long fléchisseur de l'hallux.
11. Dans un rapport du 28 juin 2004, le Dr D_____, chef de clinique du département de chirurgie des "établissement hospitalier", a attesté que l'incapacité de travail était totale depuis le 10 mai 2004.
12. Dans un rapport du 2 février 2005, le Dr C_____ a confirmé que l'assuré présentait toujours une incapacité totale de travail.
13. Selon le rapport du 4 avril 2005 du Dr E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, une lente amélioration était constatée et devait se poursuivre sans toutefois qu'une restitution ad integrum soit probable. Les activités suivantes n'étaient pas possibles : marche de longue durée ou sur terrain inégal, station debout prolongée, montée ou descente d'échelles ou d'escaliers ainsi que des mouvements répétitifs de flexion ou d'extension des chevilles. Par ailleurs, il était relevé qu'un manque de coordination de la contraction musculaire de la jambe droite avait empêché la reprise de la conduite d'un véhicule automobile.
14. La SUVA a, en date du 21 avril 2005, mis fin au paiement des soins médicaux, sous réserve de deux ou trois contrôles par an, et au versement des indemnités journalières à partir du 30 juin 2005, la décision relative à une éventuelle rente devant intervenir ultérieurement.
15. En date du 7 juin 2005, le Dr C_____ a attesté que l'état de santé s'améliorait et que le pronostic était bon. La dernière consultation remontait au 2 février 2005. Le status actuel semblait compatible avec une activité normale, en dehors d'un travail de force. Le patient pouvait ainsi reprendre une activité professionnelle. Un examen médical complémentaire serait toutefois nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.
16. Par décision du 16 septembre 2005, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité basée sur un degré de 17%. Cette décision est entrée en force.
17. Par décision du 8 novembre 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il subsistait une capacité de travail entière dans une activité

adaptée. La comparaison du revenu sans invalidité de chauffeur-livreur, soit 52'650 fr., avec un revenu annuel en tant qu'ouvrier dans l'industrie légère, soit de 46'196 fr., en tenant compte d'une réduction de salaire de 20%, conduisait à un degré d'invalidité de 12% n'ouvrant pas droit à des prestations.

18. En date du 25 novembre 2005, l'assuré a formé opposition oralement auprès de l'OCAI. Il a fait valoir que la décision de l'assurance-invalidité ne tenait compte que de l'atteinte à la cheville alors qu'il souffrait depuis longtemps du genou gauche. Selon lui, la reprise d'une activité professionnelle à plein temps n'était pas envisageable en raison des multiples douleurs.
19. En date du 29 décembre 2005, il a complété par écrit son opposition du 25 novembre 2005, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a précisé que son état de santé s'était plusieurs fois amélioré, puis péjoré; il avait ainsi présenté de nombreuses rechutes entraînant des incapacités totales de travail, attestées par des médecins. L'opinion de l'OCAI selon laquelle il subsistait une capacité de travail entière dans une activité adaptée n'était étayée par aucun élément concret. La motivation était insuffisante d'autant plus que le dossier contenait nombre de zones obscures voire des contradictions évidentes. Il a relevé par ailleurs que le fait qu'il n'ait pas contesté la décision de la SUVA en temps utile n'impliquait pas qu'il en admît le principe. Il a relevé le manque de clarté et de cohérence du rapport du 22 août 2003 du Dr A_____, que l'avis exprimé par le Dr B_____ le 17 mars 2003 était relativisé par son opinion exprimée le 14 avril 2004 selon laquelle il était impossible que son patient reprenne son travail et qu'il était handicapé dans ses activités quotidiennes. L'assuré s'est étonné du fait que seul le Dr C_____ a émis des doutes quant à sa compliance. Or, il était surprenant que le Dr C_____, dans son avis du 7 juin 2005, croie pouvoir déclarer qu'il pourrait reprendre une activité professionnelle pour se contredire aussitôt en affirmant qu'un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il était en outre nouvellement suivi par le Dr F_____, interniste, qui estimait qu'il présentait une incapacité totale de travail. Dès lors, c'était arbitrairement que l'OCAI avait retenu une capacité entière de travail dans une activité adaptée. En conclusion, il considérait que l'opinion de Dr C_____ était contredite par l'avis des Drs A_____ et F_____ et ne saurait suffire à fonder la décision querellée.
20. En date du 24 avril 2006, l'OCAI a rappelé les différents avis médicaux sur lesquels il s'était fondé pour prendre sa décision et indiqué qu'il avait sollicité l'apport du dossier de la SUVA pour compléter l'instruction du dossier. Selon celle-ci, l'assuré présentait une capacité totale dans une activité légère dans différents secteurs de l'industrie à condition qu'il puisse travailler en position essentiellement assise. Il était par ailleurs relevé que l'assuré n'avait produit aucun élément nouveau ou dont l'OCAI n'avait pas eu connaissance au moment de rendre la décision de refus et se

fondait sur un certificat de travail de son médecin traitant attestant d'une capacité de travail totale. L'opposition a été rejetée.

21. Par courrier du 24 mai 2006, l'assuré recourt contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité complète et préalablement à ce qu'une expertise soit ordonnée. Il fait valoir que sa capacité de travail dans une activité adaptée avait été fixée en fonction des lésions à sa cheville droite sans toutefois qu'il ait été tenu compte des problèmes au genou gauche et du déséquilibre de sa colonne vertébrale. Il rappelle que les avis médicaux analysés ont mis en évidence de nombreuses contradictions et divergences. Enfin, il relève que le fait d'avoir renoncé à recourir contre la décision de la SUVA en temps utile n'impliquait nullement qu'il admettait le principe du versement d'une rente partielle.
22. En date du 13 juin 2006, le recourant transmet au Tribunal de céans, un certificat de son médecin traitant du 28 novembre 2005 attestant de son incapacité de travail totale dès le 10 mai 2004.
23. Dans sa réponse au recours du 21 juin 2006, l'intimé s'est référé à la décision attaquée, faisant valoir que le dossier du recourant était complet et que les avis médicaux figurant au dossier concordaient à reconnaître ce dernier totalement capable de travailler. En particulier, les atteintes du genou et du dos ressortent du rapport du 22 août 2003 du Dr A_____ et du rapport d'examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA du 1^{er} décembre 2003 ; il en a donc été tenu compte mais elles ont été jugées sans influence sur la capacité de travail. Il considère que son évaluation procède d'une pleine connaissance des problèmes de santé du recourant et s'oppose à une expertise.
24. Invité à se déterminer sur ces écritures, le recourant n'a donné aucune suite, de sorte que l'affaire a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).
2. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

b) Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire même équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 50/04).

c) Aux termes de l'article 28 alinéa 1 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis aLAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004, il a droit à un quart de rente pour un taux d'invalidité de 40% au moins, à une

demi-rente pour un taux de 50% au moins, à trois-quarts de rente pour un taux de 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

4. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 261, consid. 4, et la jurisprudence citée).
5. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).
6. L'intimé s'est fondé principalement sur le rapport du 23 juin 2003 du Dr B_____, sur celui du Dr A_____ du 22 août 2003, sur l'avis du Dr C_____ du 7 juin 2005 et sur le dossier de la SUVA pour considérer que le recourant conservait une pleine capacité de travail dans une activité légère. Il considérait en outre que le rapport précité du Dr A_____ et le rapport d'examen du médecin d'arrondissement de la SUVA du 1^{er} décembre 2003 faisaient état des atteintes du genou et du dos tout en excluant qu'elles aient une incidence sur la capacité de travail.

Préalablement il sied de relever que, s'agissant des atteintes au genou et au dos, les deux rapports auxquels l'intimé fait référence ne font que mentionner deux accidents antérieurs à la suite desquels le recourant a subi des interventions chirurgicales sans toutefois se déterminer sur l'incidence de ces atteintes sur la capacité de travail.

Concernant l'évaluation de la capacité de travail relativement au problème du talon d'Achille, force est de constater que les rapports des Drs B _____ et A _____ qui concluaient que l'activité exercée jusqu'alors était encore exigible à 100%, avec une diminution de rendement de 25% pour le dernier, ont été remis en cause puisque il a été constaté par la suite que l'opération pratiquée le 17 mars 2003 avait échoué et qu'une nouvelle intervention avait dû être entreprise le 11 mai 2004. A cet égard, le Dr B _____ relevait dans son courrier du 14 avril 2004 à la SUVA qu'il était impossible que son patient reprenne son travail. Dans un courrier à la SUVA du 28 juin 2004, le Dr D _____, chef de clinique du service de chirurgie orthopédique et traumatologie, confirmait que le recourant était en incapacité de travail depuis le 10 mai 2004. Le 2 février 2005, le Dr C _____ précisait que celui-ci était toujours en arrêt de travail. Par ailleurs, il ressortait du rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA du 4 avril 2005 qu'une amélioration pouvait encore être espérée dans les mois qui suivent mais qu'une restitution ad integrum était peu probable. Ce médecin précisait qu'un dommage permanent était prévisible. Enfin, dans son courrier du 7 juin 2005 à l'OCAI, le Dr C _____ répondait que l'état de santé du recourant ne s'était pas modifié de façon notable, mais qu'il continuait à s'améliorer chaque mois. A la question de savoir si l'état de santé était stationnaire, le Dr C _____ a répondu par la négative. Aux questions relatives aux limitations fonctionnelles, ce médecin a répondu "je ne sais pas exactement quel poste de travail ce patient occupe mais il me semble que son status actuel soit compatible avec une activité normale, évidemment en dehors d'un travail de force pour lequel il faudrait alors déterminer sa capacité précise". Il ajoutait "le patient pourrait tout à fait reprendre une activité professionnelle". Toutefois, à la question de savoir si un examen médical complémentaire serait nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail, le Dr C _____ a répondu par l'affirmative.

Force est ainsi de constater que les rapports médicaux sur lesquels se fonde l'intimé, comportent de nombreuses imprécisions, voire des contradictions et ne permettent donc pas de répondre de manière convaincante à la question de savoir quelles sont les limitations fonctionnelles en relation avec l'exercice d'une activité lucrative et quels sont concrètement les travaux que l'on peut exiger du recourant. En particulier, le Dr C _____, dans son avis du 7 juin 2005, déclare certes que celui-ci pourrait reprendre une activité professionnelle, mais ne se détermine ni sur le taux, ni sur le type d'activité encore exigible. Il considère qu'un examen médical complémentaire est nécessaire pour déterminer les conséquences de l'atteinte sur la capacité de travail. Ainsi, contrairement à ce qu'en conclut l'intimé, il ne résulte

nullement de cet avis que le recourant a retrouvé une capacité totale de travail dans une activité légère.

Par ailleurs, aucun des rapports ou avis médicaux figurant au dossier ne remplit les conditions fixées par la jurisprudence pour leur reconnaître une pleine valeur probante et ne suffit pour permettre au Tribunal de céans de se prononcer. En effet, aucun ne contient de véritable anamnèse, tous sont relativement sommaires et leurs conclusions quant à l'incidence des atteintes physiques sur la capacité de travail ne sont pas suffisamment motivées.

Enfin, il convient de relever que la décision de la SUVA fixant le degré d'invalidité est fondée sur le rapport du Dr E _____ du 4 avril 2005 auquel il ne peut être accordé pleine valeur probante. En effet, il est incomplet s'agissant de l'anamnèse, les plaintes de l'assuré ne sont pas réellement prises en compte, la corrélation entre les atteintes constatées et les limitations fonctionnelles retenues ne sont pas motivées. En outre, le médecin relève que l'amélioration est lente mais qu'elle peut encore être espérée dans les mois qui suivent et qu'une restitution ad integrum est peu probable. Il indique encore qu'un dommage permanent est prévisible sans donner de plus amples explications. Dans son rapport intermédiaire du 2 mai 2005 à la SUVA, le Dr C _____ indiquait que le patient était toujours en incapacité de travail, qu'il convenait de s'adresser à l'employeur pour qu'il lui procure un travail approprié et qu'un dommage permanent était à craindre. Ces éléments auraient dû conduire l'assureur-accidents à investiguer davantage pour déterminer avec exactitude les limitations fonctionnelles auxquelles le recourant était soumis. En conséquence, le Tribunal de céans considère que l'intimé ne saurait être tenu par le degré d'invalidité retenu par l'assureur-accident sur la base d'éléments médicaux aussi sommaires et qui laissaient supposer que l'état de santé n'était pas encore stabilisé.

7. Aussi convient-il de renvoyer la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Les médecins appelés à se prononcer devront poser des diagnostics sur la nature des troubles, plus particulièrement sur d'éventuelles atteintes au genou gauche et à la colonne vertébrale, dont souffre le recourant et déterminer sa capacité de travail et les activités exigibles.
8. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision sur opposition annulée et le dossier renvoyé à l'OCAI pour instruction complémentaire quant à la réelle capacité de travail du recourant et quant aux travaux que l'on peut exiger de lui.
9. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, aura droit à des dépens s'élevant à 1'000.fr.

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule les décisions des 8 novembre 2005 et 24 avril 2006.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser une indemnité de 1'000 fr. au recourant à titre de dépens.
5. 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); 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-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La greffière-juriste : Catherine VERNIER

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