RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2517/2019 **ATAS/918/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 septembre 2021

8ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN	recourant

contre

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

Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente suppléante; Anny FAVRE et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1982, (ci-après l'assuré ou le recourant), sans formation professionnelle, a travaillé en dernier lieu comme manutentionnaire jusqu'au 26 janvier 2016, date à laquelle il a été en incapacité de travail à 100% en raison notamment d'une affection du tunnel carpien et de tendinites.

2. En date du 17 mai 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : l'OAI). Selon le rapport d'évaluation, il souhaitait retrouver un emploi en tant qu'opérateur CNC.

3. Dans un rapport du 20 juin 2016, le Dr B_____ a diagnostiqué un syndrome du tunnel carpien bilatéral. Le patient présentait des paresthésies et un manque de force bilatéral. Il a été opéré en avril 2016 à droite et une opération à gauche était à prévoir dans un mois. Le début de la longue maladie datait de fin 2015, la capacité de travail était nulle et le début de l'aptitude à la réadaptation pouvait être fixée probablement à fin 2016.

4. Le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a établi un rapport le 27 juin 2016. Il diagnostique, avec effet sur la capacité de travail, un syndrome du tunnel carpien bilatéral et, sans effet sur la capacité de travail, une dépression en 2006-2007, un trouble de la personnalité évitante avec phobie sociale, attaques de panique depuis janvier 2016, notamment. L'incapacité de travail est de 100% depuis le 25 février 2016 jusqu'au 18 avril 2016 ; pour la suite, il se réfère au Dr B_____. Il recommandait une consultation psychiatrique. Une reprise du travail était possible trois mois après la chirurgie du tunnel carpien à gauche. Il a joint divers rapports d'examens (IRM) ainsi qu'un rapport daté du 10 février 2016 du Dr D_____, neurologue.

5. Le 9 janvier 2017, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une aide au placement, soit trois séances de conseils et soutien pour la recherche d'un emploi approprié et adapté. Selon le rapport de réadaptation daté du même jour, l'assuré était très inquiet pour ses mains (douleurs, fourmillements), l'état de santé n'était pas stabilisé et ne permettait pas la mise en place de mesures de réadaptation.

6. Dans son rapport intermédiaire du 27 janvier 2017, le Dr B_____ note une amélioration et une reprise de travail à 100 % dès le 1er février 2017.

7. L'assureur perte de gain maladie ayant mis fin aux indemnités journalières le 31 janvier 2017, l'assuré a sollicité de son médecin un certificat de reprise de travail le 1er février 2017 afin de s'inscrire au chômage.

8. Dans un avis médical du 20 juin 2017, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) relève que l'assuré a bénéficié d'une scolarité spéciale dans l'enfance. Outre les atteintes somatiques, un trouble de la personnalité évitante avec phobie sociale est rapporté depuis janvier 2016. Il n'y a pas de suivi psychiatrique en cours, mais le médecin le recommande. Les atteintes ne sont pas décrites et il conviendrait d'en

savoir davantage. Le SMR a interpellé le Dr C_____ par courrier du même jour, courrier qui est resté sans suite.

9. Selon une note téléphonique du 16 octobre 2017, l'assuré a indiqué qu'il n'avait pas de médecin de famille, ni de suivi psychiatrique, et que depuis trois semaines, il travaillait à 100% dans l'entreprise E_____SA.

10. Dans son rapport du 4 juin 2018, le SMR notait que l'assuré avait repris une activité professionnelle le 1er octobre 2017 et retenait une incapacité de travail prolongée du 26 janvier au 30 juin 2016 en raison d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral, opéré, avec une suite défavorable dans un premier temps. Une activité adaptée, sans manutention manuelle, est possible dès le 1er décembre 2016. Quant aux autres affections psychologiques et ostéoarticulaires, le SMR a considéré qu'elles n'étaient pas incapacitantes sur le long terme.

11. Par décision du 3 juin 2019, l'OAI a refusé l'octroi de toutes prestations à l'assuré, motif pris que l'incapacité de travail a duré moins d'un an et que des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires dans sa situation.

12. Par acte du 3 juillet 2019, l'assuré a fait valoir que sa situation n'avait pas changé, qu'il avait des douleurs et qu'on avait diagnostiqué une hernie discale. Un délai au 22 juillet 2019 a été accordé au recourant pour régulariser son recours et produire un rapport médical détaillé de son médecin traitant.

13. Par courrier du 24 juillet 2019, le Dr F_____, médecine générale FMH, médecin traitant, a informé la chambre de céans qu'il y avait des éléments nouveaux dans la situation médicale de son patient et a sollicité un délai pour produire diverses pièces médicales.

14. Dans sa réponse du 25 juillet 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, motif pris que le recourant pouvait reprendre une activité adaptée dès févier 2017 et qu'aucune atteinte psychiatrique n'était objectivée, dès lors qu'il n'avait pas de suivi psychiatrique.

15. Le 13 août 2019, le Dr F_____ a établi un complément d'informations médicales concernant son patient, rappelant que ce dernier sollicitait une aide pour un reclassement professionnel. Il a diagnostiqué une cyphose dorsale haute induisant une dyskinésie scapulaire droite, un conflit sous-acromial gauche et une dyskinésie scapulaire gauche. La capacité de travail est de 0% dans l'activité habituelle, dans une activité adaptée elle est probablement complète après une rééducation posturale de plusieurs mois. Le médecin a produit plusieurs rapports médicaux datés du 17 mai au 10 juillet 2019.

16. Dans ses observations du 19 septembre 2019, l'intimé se réfère à l'avis du SMR du 17 septembre 2019 selon lequel la symptomatologie de cervico-brachialgies bilatérales, potentiellement incapacitante, est postérieure à la décision et conclut au rejet du recours.

17. Le 19 novembre 2019, Me Monique STOLLER FÜLLEMANN s'est constituée pour la défense des intérêts du recourant. Par écriture du 16 décembre 2019, elle relève que le SMR, dans son avis du 20 juin 2017, avait relevé que l'assuré avait bénéficié d'une scolarité spécialisée durant l'enfance et avait demandé des informations quant au trouble de la personnalité évitante. Le recourant fait valoir qu'il a souffert dans son enfance de troubles graves de la personnalité rendant impossible le début des apprentissages scolaires, de sorte que le trouble de la personnalité évitante est de toute évidence antérieur à janvier 2016. Le recourant expose qu'après la suppression des indemnités journalières de l'assureur perte de gain maladie, il s'est inscrit au chômage et a été placé par OSEO auprès de l'entreprise E_____SA qui l'a engagé dès le 7 janvier 2019 par contrat à durée indéterminée. Or, depuis le 30 avril 2019, il a été à nouveau en incapacité de travail totale, selon attestations des Drs F_____ et G_____ produites en annexe. L'assureur perte de gain maladie l'a convoqué pour une expertise. Le recourant conteste la décision litigieuse, relevant que les incapacités de travail dès le 30 avril 2019, antérieures à la décision, n'ont pas été prises en considération par l'intimé et fait valoir que les troubles de la personnalité et leur conséquence sur la capacité de travail doivent être investigués. Il conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour reprise de l'instruction.

18. Le 14 janvier 2020, l'intimé persiste dans ses conclusions, considérant que les conditions permettant l'extension de l'objet du litige ne sont pas réunies et que tout diagnostic psychiatrique doit être posé par un psychiatre, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

19. Par courrier du 3 février 2020, le recourant conteste la position de l'OAI et indique qu'il a déposé une nouvelle demande de prestations le 13 janvier 2020, afin de préserver ses droits.

20. Le 23 mars 2020, l'intimé a communiqué à la chambre de céans copies de l'expertise réalisée le 10 février 2020 par le Centre d'Expertises Médicales (ci-après le CEMeD) à la demande du GROUPE MUTUEL et de la décision de MUTUELLE ASSURANCES du 18 mars 2020. Dans leurs conclusions, les experts du CEMed n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant sur le plan de la médecine physique ; en revanche, sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions ne permet pas en l'état de reprendre le travail dans l'activité habituelle, les autres diagnostics psychiatriques retenus pouvant être également source de difficultés professionnelles. Par décision du 18 mars 2020, MUTUELLE ASSURANCES a mis fin aux prestations au 30 juin 2020, au motif que l'assuré présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée et qu'il ne subissait pas de perte de gain.

21. Par avis du 14 avril 2020, le SMR persiste dans ses conclusions, relevant que le trouble de l'adaptation, présent depuis juillet 2019 suite au licenciement de l'assuré,

est incapacitant pour une durée limitée dans le temps, avec une prise en charge psychiatrique adéquate.

22. Par écriture du 16 juin 2020, le recourant conteste l'avis du SMR. Il produit un rapport circonstancié établi le 9 juin 2020 par son psychiatre traitant, le Dr H_____, dans lequel le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité sévère sans symptômes psychotiques est retenu, avec une incapacité de travail totale. Le médecin marque son désaccord avec les conclusions de l'expertise du CEMed et relève que les différents éléments cliniques à disposition l'amènent à penser que le patient pourrait souffrir d'importantes comorbidités psychiatriques présentes depuis le début de l'âge adulte. Des examens complémentaires devraient être faits. Le recourant a produit encore les rapports des Dr I_____ et J_____, datés du 7 mai 2020, diagnostiquant une rachialgie chronique, et du Dr F_____, s'exprimant sur le volet somatique de l'expertise. Le recourant expose avoir contesté la décision de MUTUELLE ASSURANCES et conclut à l'annulation de la décision, au renvoi de la cause pour reprise de l'instruction et à l'octroi d'une rente.

23. Par écritures subséquentes, chacune des parties a maintenu ses conclusions.

24. Le 1er avril 2021, le recourant a informé la chambre de céans que selon un rapport de l'Office régional de placement (ORP), il n'est plus en mesure de réintégrer le marché de l'emploi et a sollicité un délai pour produire des pièces complémentaires. Le 20 avril 2021, il a communiqué à la chambre de céans copie du rapport d'évaluation PASS PRO de l'assurance-chômage, relevant notamment qu'il a été déclaré inapte au placement dès le 1er juillet 2020, au regard de sa longue incapacité de travail du 30 avril 2019 au 14 septembre 2020. Le 4 mai 2021, le recourant a produit des pièces complémentaires, notamment un rapport complémentaire de son psychiatre, le Dr H_____, qui conclut à ce que son patient n'est plus en mesure de réintégrer le marché primaire de l'emploi depuis le 19 avril 2019. Le recourant persiste dans ses conclusions.

25. Par écriture du 3 juin 2021, l'intimé se réfère à l'avis du SMR du 17 mai 2021, selon lequel le bilan neuropsychologique réalisé en novembre 2020 met en évidence des difficultés cognitives avec un retard mental léger ainsi que des troubles des apprentissages scolaires. Il conclut au renvoi de la cause pour reprise de l'instruction et nouvelle décision.

26. Le 23 juin 2021, le recourant considère qu'un renvoi n'est pas nécessaire et qu'au vu des pièces produites les faits sont clairement établis. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée par la chambre de céans.

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 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. 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, le recours est recevable.

5. a. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1).

   La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

6. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, plus particulièrement à l'octroi d'une rente.

7. 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).

   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).

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne

considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

9. En l'espèce, la chambre de céans constate que le recourant a été en incapacité de travail totale dès le 26 janvier 2016 pour un syndrome bilatéral du tunnel carpien, opéré à droite en avril 2016, et apparemment un mois plus tard à gauche (cf. rapport Dr B_____). Pour le Dr B_____, le début de la maladie datait de fin 2015 déjà et le début de l'aptitude à la réadaptation pouvait être fixé à fin 2016 probablement. Le Dr C_____ a attesté une incapacité de travail totale dès le 26 janvier 2016 sur le plan somatique et se référait à l'avis du Dr B_____ pour le surplus. Il signalait toutefois une dépression en 2006-2007, un trouble de la personnalité évitante avec phobie sociale et des attaques de panique depuis janvier 2016. Il recommandait une consultation psychiatrique. Or, quand bien même le SMR demandait d'investiguer sur le plan psychiatrique, l'intimé n'a rien entrepris sur ce plan, se contentant d'interpeller le médecin traitant, qui n'a pas répondu.

   En janvier 2017, le service de réadaptation relève que l'état de santé n'était pas stabilisé, l'assuré se plaignant de douleurs et fourmillements dans les mains, et ne permettait pas la mise en place de mesures de réadaptation. Nonobstant ce qui précède, le SMR a considéré qu'une activité adaptée, sans manutention manuelle, était possible dès le 1er décembre 2016, les autres affections psychologiques et ostéoarticulaires n'étant pas incapacitantes sur le long terme.

   Le Dr B_____ fixait cependant une reprise de travail dès le 1er février 2017. Au cours d'un entretien téléphonique avec l'intimé, le recourant a déclaré qu'il avait repris une activité dans une entreprise en octobre 2017. Le dossier de l'intimé ne contient pas d'autre rapport médical jusqu'au moment de la décision litigieuse.

   Force est de constater que l'instruction menée par l'intimé est pour le moins lacunaire, particulièrement sur le plan psychiatrique. En effet, il apparait à la lecture du dossier AI que le recourant a effectué une scolarité spéciale jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire et qu'il n'a pas pu accomplir une formation professionnelle certifiée CFC. En outre, il a souffert de problèmes psychiatriques depuis plusieurs années, ainsi qu'en attestent les documents produits dans le cadre de la procédure (cf. rapport du Dr H_____, note de suivi de 2006 du Département de psychiatrie

des HUG, lettre de sortie du CTB du 25 avril 2014), problèmes qui se sont apparemment aggravés depuis janvier 2016 (cf. rapports des Drs F_____, H_____, rapport neuropsychologique de Mme K_____, expertise CEMed).

Enfin, il résulte encore des nombreux documents produits dans le cadre de la procédure, que le recourant a été à nouveau en incapacité de travail totale dès le 30 avril 2019, en raison de diverses atteintes à la santé (cf. rapports des Drs I_____, J_____, F_____). A cela s'ajoute encore une décision d'inaptitude au placement prononcée par l'assurance-chômage.

10. Au vu ce qui précède, compte tenu du défaut d'instruction sur le plan psychiatrique notamment, des incapacités de travail attestées depuis le 30 avril 2019 et des nombreux documents produits en cours de procédure, la chambre de céans considère qu'il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il reprenne l'instruction complète du dossier et rende une nouvelle décision dans les plus brefs délais.

    Le recours sera par conséquent admis et la décision querellée annulée.

11. Le recourant obtenant gain de cause, l'intimé sera condamné à lui payer la somme de CHF 4'000.- à titre de participation à ses frais et dépens (cf. 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]).

12. Au vu du sort du litige, un émolument de CHF 500.- est mis à la charge de l'intimé (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 3 juin 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de CHF 4'000.- à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. 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 suppléante
Adriana MALANGA	Juliana BALDÉ

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