



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3105/2018

ATAS/653/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 juillet 2019**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CHÊNE-BOURG, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Christian van GESSEL

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Andres PEREZ, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1962, a été victime d'un accident de la circulation le 1<sup>er</sup> novembre 2000, à la suite duquel il a souffert notamment d'une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite.
2. Par décision du 26 novembre 2007, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) l'a mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, se fondant sur un rapport d'expertise établi par la policlinique médicale universitaire – PMU le 19 septembre 2006 à la demande de AXA WINTERTHUR ASSURANCE (ci-après : l'assureur LAA).
3. Le 18 septembre 2014, la ZURICH compagnie d'assurances SA (ci-après : l'assureur RC), assureur responsabilité civile du véhicule automobile, a communiqué à l'OAI trois rapports de surveillance établis par des détectives privés, qui avaient suivi l'assuré lors de ses déplacements quotidiens depuis son domicile en Haute-Savoie et lors de ses vacances en Italie, à l'île d'Elbe.
4. Par décision du 15 juin 2015, l'assureur LAA a suspendu avec effet immédiat le versement de la rente et confié un mandat d'expertise au docteur B\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste FMH.

L'assuré a contesté ladite décision, concluant à ce que le mandat d'expertise soit plutôt confié à la PMU ou au professeur C\_\_\_\_\_. Par arrêt sur partie du 14 octobre 2015 (ATAS/766/2015), la chambre de céans a confirmé la nomination du Dr B\_\_\_\_\_ en tant qu'expert.

Par arrêt du 29 octobre 2015 (ATAS/854/2015), la chambre de céans a jugé que l'assureur LAA ne pouvait pas suspendre le droit à la rente de l'assuré sur la seule base des rapports de surveillance et du rapport de son médecin-conseil, dès lors que les conditions nécessaires à une révision procédurale ou à la reconnaissance d'une violation de l'obligation de renseigner n'étaient pas réalisées. Aussi a-t-elle admis le recours au sens des considérants et annulé la décision querellée en tant qu'elle suspendait le droit à la rente de l'assuré. Faute de recours, cet arrêt est entré en force.

Le Dr B\_\_\_\_\_ a établi son rapport d'expertise le 27 mai 2016.

5. Par décision du 20 juin 2016, l'assureur LAA a supprimé la rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2016, au motif que, selon les conclusions du Dr B\_\_\_\_\_, l'assuré présentait une capacité de travail de 100% dans son ancienne activité.

L'assuré a formé opposition le 7 juillet 2016.

Par courrier du 9 novembre 2016, l'assuré a communiqué à l'assureur LAA les conclusions du Prof. C\_\_\_\_\_ datées du 7 novembre 2016 venant compléter son expertise réalisée le 2 mai 2016 à sa demande. Il ne faisait aucun doute que l'événement déclenchant ayant mené à l'invalidité et à son incapacité de travail

---

totale était avec certitude le traumatisme initial causé par l'accident du 1<sup>er</sup> novembre 2000.

Par décision du 26 juillet 2017, l'assureur LAA a rejeté l'opposition.

L'assuré a interjeté recours le 14 septembre 2017 contre ladite décision. La cause a été enregistrée sous le n° A/3797/2017.

6. Dans le cadre de la révision du dossier, l'OAI a informé l'assuré le 31 octobre 2017, qu'il avait décidé de le soumettre à une expertise pluridisciplinaire.
7. Le 23 janvier 2018, l'OAI a annoncé quel était le centre médical et le nom des médecins qu'il avait retenus pour l'expertise. Un échange de courriers a suivi, l'assuré ayant sollicité une copie du dossier et des précisions sur les experts, ainsi que des délais supplémentaires pour communiquer les questions qu'il entendait faire poser à ceux-ci.

Le CEMed a fixé le 13 février 2018 les dates de rendez-vous pour l'expertise au 13 et 20 mars 2018.

L'assuré lui en a demandé l'annulation le 21 février 2018.

8. Par courrier du 28 février 2018, intitulé « communication / sommation », l'OAI, après avoir rappelé qu'il « n'y a aucune coordination avec les autres assurances intervenant dans la situation actuelle de l'assuré concernant les décisions remises par notre office, la preuve étant que nous n'avons pas supprimé la rente de l'assuré, contrairement à ce qu'a effectué *ZURICH ASSURANCES* », a informé l'assuré que les rendez-vous pour l'expertise pluridisciplinaire des 13 et 20 mars 2018 étaient maintenus (selon le courrier du CEMed du 13 février 2018), et que ceux des 26 février et 1<sup>er</sup> mars 2018 étaient annulés, étant précisé que ces deux derniers rendez-vous avaient d'ores et déjà été remplacés et prévus les 14 mars et 25 avril 2018.

L'OAI a ajouté que si l'assuré devait manquer l'un de ces rendez-vous, il serait dans l'obligation de lui supprimer son droit à la rente.

9. L'assuré, représenté par Me Christian van GESSEL, a interjeté recours contre ladite « décision » le 12 mars 2018. Il conclut, préalablement, à l'apport de la procédure LAA pendante auprès de la chambre de céans et portant le numéro de cause A/3797/2017, et, principalement, à la suspension de la présente cause jusqu'à ce que le résultat de la procédure LAA soit connu, et à l'annulation de la décision du 28 février 2018.
10. Par arrêt du 3 avril 2018 (ATAS/292/2018) rendu dans la cause A/3797/2017 opposant l'assuré à l'assureur LAA, la chambre de céans a partiellement admis le recours, annulé les décisions des 20 juin 2016 et 26 juillet 2017, et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, considérant qu'il n'y avait au dossier aucun rapport probant qui procédait à une comparaison de la situation médicale

entre le moment de l'octroi initial de la rente d'invalidité et celui de la décision litigieuse.

11. Par arrêt du 5 juin 2018 (ATAS/475/2018), la chambre de céans a déclaré le recours contre la « décision » du 28 février 2018, irrecevable. Elle a en effet considéré que celle-ci n'était ni une décision d'ordonnancement, ni une décision sur opposition, mais une communication au sens de l'art. 51 LPGA, qui ne pouvait donc faire l'objet d'un recours auprès de la chambre de céans.
12. Le 21 juin 2018, l'OAI a à nouveau attiré l'attention de l'assuré sur le fait que s'il ne se présentait pas au rendez-vous fixé par l'expert, sa rente pourrait être supprimée.
13. Le 13 juillet 2018, l'assuré a informé le centre d'expertises qu'il viendrait aux consultations prévues, « accompagné par un journaliste et probablement aussi par un caméraman, lesquels seront présents pendant les examens ».
14. Le 25 juillet 2018, le centre d'expertises a annoncé que les experts refusaient de poursuivre l'expertise et annulé les rendez-vous des 4 et 12 septembre 2018, rappelant qu'il n'admettait pas la présence de tiers lors des entretiens d'expertise, d'une part, et qu'il souhaitait travailler dans de bonnes conditions de collaboration, d'autre part, conditions que l'assuré ne respectait pas en l'obligeant à annuler à plusieurs reprises les consultations prévues.
15. Par décision du 2 août 2018, l'OAI a informé l'assuré que sa rente était supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification.
16. L'assuré, représenté par Me Christian van GESSEL, a interjeté recours le 11 septembre 2018 contre ladite décision. Il conclut, préalablement, à ce que l'effet suspensif soit restitué, et, au fond, à ce que la décision du 2 août 2018 soit annulée et à ce qu'il soit ordonné à l'OAI de se joindre à l'assureur LAA pour faire effectuer l'expertise nécessaire.
17. Par arrêt incident du 5 octobre 2018 (ATAS/888/2018), la chambre de céans a rejeté la demande de l'assuré visant au rétablissement de l'effet suspensif.
18. Dans son préavis au fond du 5 novembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que c'était à juste titre qu'il avait rendu une décision supprimant la rente d'invalidité de l'assuré pour défaut de collaboration au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA.
19. Dans sa réplique du 9 novembre 2018, l'assuré a fait valoir que ce n'était pas lui qui n'avait pas voulu se rendre à la dernière convocation, c'est le CEMed qui avait refusé d'effectuer l'expertise. Il appartenait alors à l'OAI de trouver un autre expert et de le convoquer, en lui interdisant, le cas échéant, d'être accompagné de journalistes. Il persiste dans les conclusions de son recours.

20. Dans sa duplique du 20 novembre 2018, l'OAI a maintenu sa position, rappelant que la condition posée par l'assuré de ne se présenter qu'avec un journaliste et un caméraman équivalait, suite à ses réitérés refus, à un nouveau refus.
21. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

### **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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. Le litige porte sur le droit de l'OAI de supprimer la rente de l'assuré pour défaut de collaboration.
4. Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372; 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 ss).

En outre, lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3 p. 13; 117 V 198 consid. 4b p. 200; arrêts 9C\_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2; 9C\_226/2013 du 4 septembre 2013 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015).

5. Selon l'art. 88a al. 1 RAI si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin

de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon l'art. 88bis al. 2 du règlement sur l'assurance invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 - RAI) la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet : a. au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision ; b. rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner.

6. a. Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Aux termes de l'art. 43 al. 1, première phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA). Le cas échéant, l'assureur pourra rejeter la demande présentée par l'intéressé en considérant que les faits dont celui-ci entend tirer un droit ne sont pas démontrés (cf. ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_961/2008 du 30 novembre 2009).

Selon la jurisprudence, l'application de l'art. 43 al. 3 LPGA dans un cas où des prestations sont en cours et où l'assuré qui les perçoit refuse de manière inexcusable de se conformer à son devoir de renseigner ou de collaborer à l'instruction de la procédure de révision, empêchant par là que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité établisse les faits pertinents, suppose que le fardeau de la preuve soit renversé. En principe, il incombe bien à l'administration d'établir une modification notable des circonstances influençant le degré d'invalidité de l'assuré, si elle entend réduire ou supprimer la rente. Toutefois, lorsque l'assuré refuse de façon inexcusable de la renseigner, il lui est impossible de démontrer les faits conduisant à une modification du taux d'invalidité. Dans un tel cas, lorsque l'assuré empêche fautivement que l'office AI administre les preuves nécessaires, il convient

d'admettre un renversement du fardeau de la preuve (cf. consid. 2.2 non publié de l'ATF 129 III 181). Il appartient alors à l'assuré d'établir que son état de santé, ou d'autres circonstances déterminantes, n'ont pas subi de modifications susceptibles de changer le taux d'invalidité qu'il présente (arrêt 9C\_961/2008 du 30 novembre 2009 consid. 6.3.3, in SVR 2010 IV n° 30 p. 94 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_372/2015 du 19 février 2016).

b. Selon l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée, sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon le cas, à l'organe compétent, toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation.

c. L'art. 7b al. 1 LAI prévoit que

« Les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 de la présente loi ou à l'art. 43 al. 2 LPGA ».

L'office AI peut suspendre les prestations en cas de violation de l'obligation de collaborer. Une telle sanction suppose toutefois que les informations demandées en vain soient nécessaires pour clarifier la situation ou pour fixer les prestations, qu'elles ne soient pas accessibles autrement sans frais disproportionnés et que les renseignements refusés en violation fautive de l'obligation de collaborer soient pertinents pour fixer le taux d'invalidité de l'assuré (9C\_345/2007 ; circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance invalidité, valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015 (CIIAI), ch. 7014). Si l'office AI cesse de verser des prestations parce que l'assuré manque à son obligation de collaborer à une procédure de révision, la procédure est reprise par la suite en tant que procédure de révision si l'assuré accepte de nouveau de remplir cette obligation (8C\_724/2015 ; CIIAI ch. 7015).

7. La décision de suspension d'une rente constitue une mesure provisionnelle (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1016 du 3 mars 2010 consid. 1). Le but d'une telle mesure est de sauvegarder un intérêt protégé par la loi et qui paraît menacé. Si l'autorité ne fait que décider une mesure dont les effets sont transitoirement les mêmes que ceux qui découlent d'une mesure que la loi lui permet de prendre à titre définitif, une base légale expresse n'est pas nécessaire (Pierre MOOR/Etienne POLTIER, Droit administratif, vol. II: Les actes administratifs et leur contrôle, 3<sup>ème</sup> éd., Berne 2011, p. 309, n° 2.2.6.8). Lorsqu'il s'agit d'examiner une mesure provisionnelle ou un retrait de l'effet suspensif, il y a lieu de procéder à une pesée des intérêts en présence, qui s'effectue selon les mêmes critères (Ueli KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 190 ss n. 406).
8. En l'espèce, l'OAI reproche à l'assuré un défaut de collaboration inexcusable.
9. La chambre de céans constate tout d'abord que la convocation de l'assuré à une expertise était exigible de celui-ci, conformément à l'art. 43 al. 2 LPGA ; en effet, l'OAI a à juste titre estimé nécessaire, au vu des rapports de surveillance établis en

2014, de procéder à une révision du dossier et de faire évaluer à nouveau, par le biais d'une expertise médicale, la capacité de travail de l'assuré.

L'assuré a été dûment informé des dates fixées pour les rendez-vous nécessaires à la réalisation de l'expertise prévue. Ces dates ont dû être modifiées à répétition reprises à sa demande. Il a sollicité, plusieurs fois, des prolongations de délai pour divers motifs. Une sommation lui a été adressée le 28 février 2018 et un rappel le 21 juin 2018. L'OAI a dûment attiré l'attention de l'assuré sur les conséquences qu'auraient ses refus répétés de se rendre aux rendez-vous au CEMed. Enfin, le 13 juillet 2018, l'assuré a informé le centre d'expertises qu'il viendrait aux consultations prévues, « accompagné par un journaliste et probablement aussi par un caméraman, lesquels seront présents pendant les examens ».

Force est de constater, dans ces conditions, que l'OAI était en droit de considérer que l'assuré refusait de se conformer à son obligation de collaborer à l'instruction de la procédure de révision, ce de manière inexcusable.

Il s'agit à ce stade de déterminer si l'OAI était alors fondé à lui supprimer sa rente.

10. L'art. 43 al. 2 LPGA impose à l'OAI, en présence d'un défaut de collaboration de l'assuré, de statuer en l'état du dossier, étant rappelé que l'assuré peut alors fournir la preuve que son taux d'invalidité ne s'est pas modifié. L'OAI ne peut se contenter d'examiner la situation sous l'angle du seul refus de collaborer, mais doit procéder à une évaluation du point de vue matériel à la lumière des pièces au dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_961/2008).

L'application de l'art. 43 al. 3 LPGA, dans un cas où des prestations sont en cours et où l'assuré qui les perçoit refuse de manière inexcusable de se conformer à son devoir de renseigner ou de collaborer à l'instruction de la procédure de révision, empêchant par là que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité établisse les faits pertinents, suppose que le fardeau de la preuve soit renversé. En principe, il incombe bien à l'administration d'établir une modification notable des circonstances influençant le degré d'invalidité de l'assuré, si elle entend réduire ou supprimer la rente. Toutefois, lorsque l'assuré refuse de façon inexcusable de la renseigner, il lui est impossible de démontrer les faits conduisant à une modification du taux d'invalidité. Dans un tel cas, lorsque l'assuré empêche fautivement que l'office AI administre les preuves nécessaires, il convient d'admettre un renversement du fardeau de la preuve (cf. consid. 2.2 non publié de l'ATF 129 III 181; HANS PETER WALTER, Beweis und Beweislast im Haftpflichtprozessrecht, in Haftpflichtprozess 2009, p. 47 ss, p. 58). Il appartient alors à l'assuré d'établir que son état de santé, ou d'autres circonstances déterminantes, n'ont pas subi de modifications susceptibles de changer le taux d'invalidité qu'il présente.

Dans un arrêt rendu le 6 juillet 2017 (ATAS/617/2017), la chambre de céans a ainsi considéré que l'intimé ne pouvait supprimer la rente, mais la suspendre, ce qui « aurait permis, d'une part, à la recourante de réagir en expliquant les raisons de son absence au rendez-vous et en tentant d'amener la preuve du fait que son état de

santé ne s'était pas amélioré, d'autre part, à l'intimé d'instruire le dossier en questionnant la recourante sur la raison de son absence au rendez-vous précité mais aussi sur son suivi psychiatrique et d'obtenir un rapport médical du Dr. D. ; enfin, un nouveau rendez-vous pour une expertise médicale aurait pu être fixé à la recourante, en parallèle de la mesure de suspension de sa rente d'invalidité ». La chambre de céans a en conséquence annulé dans ce cas la décision de suppression de la rente, jugée disproportionnée, pour la remplacer par une décision de suspension, et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

11. En l'espèce, l'assuré, qui a manqué de manière inexcusable à son devoir de collaboration, n'a apporté aucun élément de preuve au cours de la procédure administrative pour rendre vraisemblable que son état de santé ne s'était pas amélioré.

L'OAI ne pouvait toutefois pas statuer en l'état du dossier comme l'exige l'art. 43 al. 3 LPGA, la réalisation d'une expertise apparaissant à ce stade essentielle pour trancher le litige au fond.

12. Partant, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que la suppression de la rente d'invalidité de l'assuré est remplacée par la suspension de celle-ci et la cause renvoyée à l'OAI pour expertise et nouvelle décision.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement, en ce sens que la suppression de la rente d'invalidité de l'assuré est remplacée par la suspension de celle-ci.
3. Renvoie la cause à l'OAI dans le sens des considérants.
4. Condamne l'OAI à verser à l'assuré une indemnité de CHF 800.- à titre de participation à ses frais.
5. Dit qu'il n'y a pas d'émolument.
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

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