

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3443/2010

ATAS/587/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 mai 2011

2ème Chambre

En la cause

Monsieur G _____, domicilié à Versoix

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur G_____ (ci après l'assuré) né en 1949, a suivi un apprentissage d'électricien de 1966 à 1969, sans obtenir de CFC, puis après une hospitalisation de 1969 à 1971, il a travaillé comme électricien, magasinier, câbleur auprès de divers employeurs de 1971 à 1989. En dernier lieu, il a alterné des périodes de chômage et d'emplois temporaires jusqu'en juillet 1989.
2. L'assuré a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité le 17 août 1989, en raison de lombo-sciatalgies secondaires à une hernie discale L4-L5 gauche opérée le 25 novembre 1988.
3. Selon le rapport de son médecin traitant du 28 août 1989, le Dr L_____, l'assuré est atteint dans sa santé depuis environ 1987. Les diagnostics sont lombo-sciatalgies, status post-discectomie L4-L5, status post-opération pour ulcère gastrique. Le patient présente une coxarthrose gauche et d'importants troubles statiques de la colonne vertébrale. La poursuite du travail dans la profession d'électricien paraît impossible et une reconversion professionnelle est nécessaire car il est impératif que l'assuré puisse retravailler.
4. Sur décision de la Commission cantonale genevoise de l'assurance-invalidité, l'assuré est mis au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle de trois mois, dès le 3 avril 1990, prolongé au 30 août 1990. Selon le rapport du Centre de réadaptation professionnelle et d'occupation pour personnes handicapées physiques du 30 août 1990, l'assuré a suivi des stages dans les ateliers d'électronique, de dessin et en extérieur. Malgré un comportement dépendant, de faibles aptitudes intellectuelles et quelques problèmes de comportement, éventuellement liés à des troubles psychologiques, l'assuré cherche réellement à trouver une solution professionnelle et il est capable de travailler et d'être formé. Il a entrepris diverses démarches pour trouver des postes de formation et a commencé un apprentissage en qualité de dessinateur-électricien le 27 août 1990, au bénéfice d'indemnités journalières octroyées jusqu'au 15 juillet 1993, par décision du 7 septembre 1990.
5. Compte tenu des difficultés d'apprentissage, l'assuré a été mis au bénéfice de cours d'appui. Il change assez rapidement de maître d'apprentissage, mais, selon l'évaluation de ce dernier, la formation est trop difficile pour l'assuré, dont les résultats sont très faibles, et le contrat d'apprentissage est résilié. L'Office régional AI propose une formation de magasinier à l'assuré, qui refuse, souhaitant exercer une activité de bureau. Il commence ainsi une formation d'employé de bureau, dans une école, prévue du 1^{er} juillet 1991 au 31 juillet 1992. Les résultats scolaires de l'assuré dans les matières enseignées (orthographe, correspondance, dactylographie, comptabilité, etc.) oscillent entre 0,75 et 4.0, l'école attestant que l'assuré se donne beaucoup de peine, mais rencontre de grandes difficultés.

6. L'assuré est soumis à une expertise psychiatrique diligentée par le Dr M_____, psychiatre. Selon le rapport du 13 août 1993 de ce dernier, les diagnostics d'ordre psychique sont un trouble du développement mental et des réactions dépressives. L'expert précise que l'assuré est suivi par un psychiatre, le Dr N_____, depuis 1990. L'assuré a des troubles de mémoire, il est imprécis, a d'importantes limitations intellectuelles. L'assuré est partiellement conscient de ses limites et il suggère qu'on lui trouve un emploi de contractuel à la ville ou dans une commune. Le médecin retient que les troubles du développement mental datent de l'adolescence et qu'en raison des atteintes et de l'état actuel du marché du travail, on doit admettre que sa capacité de travail restera nulle dans le long terme. Au vu de l'échec des mesures de recyclage tentées, il faut aider l'assuré à trouver un petit travail à temps partiel.
7. Par décision du 7 septembre 1993, l'Office de l'assurance-invalidité a mis l'assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité à 100 % depuis le 1^{er} juillet 1993.
8. Lors de la révision d'office entreprise le 23 septembre 1994, la rente entière accordée est reconduite sans modification. Le médecin traitant confirme la rectocolite ulcéro-hémorragique et la spondylarthrose ankylosante. Le Dr M_____ rappelle que l'assuré présente un trouble du développement mental, mais qu'il s'ennuie et traverse des phases de type dépressif, se sent inutile et voudrait faire quelque chose. Il lui est toutefois difficile de trouver une occupation en raison de ses handicaps, soit les troubles statiques, des poussées digestives et les troubles psychiques. Ses tentatives pour trouver une occupation même bénévole se sont soldées par des échecs.
9. L'assuré a eu un enfant, né en 1996.
10. Par pli du 19 avril 1996, la société fiduciaire X_____ a interpellé l'Office d'assurance-invalidité sur les conséquences sur la rente AI de l'assuré de son intention de commencer une activité de transport professionnel de personnes, à raison d'une moyenne de quinze heures par semaine, pour un revenu allant de 200 fr. à 450 fr. Par pli du 9 avril 1997, la fiduciaire a indiqué que l'assuré avait renoncé à débiter cette activité. Par pli du 6 novembre 1998, l'assuré a sollicité les informations de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) sur les conditions à remplir pour pouvoir travailler partiellement ou à plein temps afin de pouvoir reprendre une activité normale, précisant ne pas être certain de pouvoir travailler dans de bonnes conditions physiques, mais souhaitant tenter l'expérience, avec le consentement de l'OAI. L'OAI a alors envisagé l'octroi de mesures de reclassement, mais aucune réponse n'a été apportée au courrier précité.
11. Le 12 janvier 2009, l'OAI a entrepris une nouvelle révision d'office de la rente. L'assuré a rempli le 16 janvier 2009 le formulaire transmis, et notamment indiqué qu'il était sans activité lucrative depuis la dernière révision, et sans revenus.

12. Il ressort de l'extrait de compte individuel de l'assuré que ce dernier a réalisé des revenus de l'ordre de 2'500 fr. en 1999 (Y_____) 15'000 fr. en 2000 (Z_____ et Y_____), 1'000 fr. en 2001 (Y_____), 13'000 fr. en 2002 (XA_____ et XB_____), 17'000 fr. en 2003 (XA_____) et près de 18'000 fr. en 2008 (Société XA_____).
13. Selon le rapport médical du Dr O_____ du 10 mars 2009, l'état de santé de l'assuré est stationnaire, il n'y a pas de changement dans les diagnostics, les limitations fonctionnelles sont lombaires. Le médecin a précisé, le 25 juin 2009, qu'il ne suivait ce patient que depuis le 20 novembre 2008.
14. Selon l'entretien de l'OAI avec l'assuré du 9 juillet 2009, ce dernier a indiqué avoir repris une activité lucrative en 2002 et 2003 comme conducteur de petit train. Il avait par contre rapidement cessé l'activité entreprise auprès de XB_____ en 2002 car il ne parvenait pas à porter les cercueils. Il a déclaré n'avoir exercé aucune activité de 2003 à 2007, et avoir repris son activité de conducteur de train en 2008 et en 2009. Cette activité saisonnière débute en avril et finit en octobre. Son revenu en 2008 a été de 17'677 fr. En l'état du dossier, le gestionnaire AI indique ignorer si l'activité est raisonnablement exigible tout au long de l'année.
15. Par pli du 18 juillet 2009, l'assuré a mis un terme à son contrat de travail avec effet à fin août 2009.
16. Selon le rapport médical du Dr P_____ du 31 juillet 2009, il ne suit le patient que pour des problèmes digestifs. Selon le rapport médical du Dr Q_____ du 30 août 2009, il n'a pas revu ce patient depuis 2007.
17. L'assuré a été soumis à une expertise médicale effectuée par le Dr R_____, rhumatologue, le 5 février 2010. Le rapport est fondé sur un examen clinique et le dossier présenté. S'agissant de l'anamnèse, l'expert indique que l'assuré travaille comme conducteur de petits trains touristiques, estimant son temps de travail à une trentaine d'heures par semaine, à raison de dix heures par jour durant trois jours, entre avril et fin octobre en 2002 et 2003, ainsi qu'en 2008 et 2009. La durée du trajet lui permet de se reposer et de se dégourdir les jambes. L'assuré estime avoir travaillé au-dessus de ses forces, les symptômes douloureux étant exacerbés lors de cette activité. S'agissant des indications subjectives, l'assuré se plaint de douleurs lombaires, récemment exacerbées et s'aggravant à l'effort, lors de mouvements tronculaires, mais aussi au repos après une heure de position assise. S'agissant des constatations objectives, l'expert mentionne, du point de vue psychiatrique, que l'assuré ne montre pas de troubles de fonctions cognitives basiques (orientation, vigilance, attention et mémoire), ni signes de psychose. L'examen ostéo-articulaire est détaillé, en particulier les douleurs dorsolombaires. Des radiographies de la colonne cervicale, lombaire et du bassin sont effectuées le 3 février 2010. L'expert pose comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail : maladie de

Bechterew, rectocolite ulcéro-hémorragique, cure de hernie discale L4-L5 le 25 novembre 1988. S'agissant de l'appréciation du cas, l'expert indique que l'assuré rapporte des lombo-sacralgies en poussée bisannuelle, saisonnière (printemps-hiver), les douleurs réagissant à la prise d'anti-inflammatoires et surtout de cortisone sur une quinzaine de jours. S'agissant de la RCUH, les poussées sont contrôlées par la prise de SALOFALC et de PREDNISON, poussées quasi annuelles cédant après un mois de traitement. L'examen clinique est marqué par une altération douloureuse de la mobilité du squelette au niveau de la nuque et du bas du dos, s'accompagnant de douleurs et de troubles statiques. Les examens radiologiques confirment une spondylarthrite ankylosante, une maladie de Bechterew d'évolution sévère marquée par une fusion pluri-étagée des vertèbres, une atteinte des sacro-iliaques et une coxarthrose gauche sévère. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré est de 70 % sur une pleine capacité de travail de 100 %, mais dans une activité adaptée. Celle-ci doit être légère, exclure les ports de charges au-delà de quinze kilos, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, éviter la marche prolongée et la position assise au-delà d'une heure d'affilée. Du point de vue thérapeutique, l'expert confirme le traitement déjà en cours et propose une médication d'entité NF ALPHA, qui pourrait également avoir une influence sur la RCUH. L'activité de conducteur de trains pour les visites guidées de la ville de Genève, telle qu'elle est décrite, respecte les limitations fonctionnelles décrites. Une activité de bureau est également imaginable. S'agissant du caractère envisageable des mesures professionnelles, l'expert précise que l'assuré en a déjà bénéficié au début des années 1990, mais qui n'ont pas abouti à un projet concret, renvoyant l'OAI aux diverses conclusions et remarques faites par l'OAI à l'époque, l'assuré est maintenant âgé de 60 ans, sans qualifications professionnelles, rendant dès lors des nouvelles mesures illusoire. En conclusion, l'activité adaptée peut être exercée à 70 %, la diminution de rendement étant incluse dans ce taux.

18. Selon l'avis médical du Service médical régional (SMR) du 15 mars 2010, l'assuré présente une capacité de travail de 70 % depuis de nombreuses années dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, selon l'expertise du Dr R_____. L'Office AI a procédé au calcul du taux d'invalidité de l'assuré le 11 mai 2010. L'OAI a pris en compte, au titre du revenu avec invalidité, celui ressortant de l'enquête suisse sur la structure 2008 des salaires (TA1, niveau 4, pour 41,6 heures par semaine, réévalué à 2009, soit 61'240 fr.). Compte tenu du rendement exigible à 70 % et d'une réduction supplémentaire admise de 25 %, en raison des limitations fonctionnelles, de l'âge de l'assuré (60 ans en 2009), du nombre d'années pendant lesquelles il a perçu une rente entière, soit vingt ans, de sorte que le revenu raisonnablement exigible est de 32'151 fr. Quant au revenu sans invalidité, l'OAI a tenu compte du dernier emploi de l'assuré, soit monteur-électricien, et fixé le revenu selon l'ESS (TA7, secteur 12, niveau 4, réactualisé à 2009), soit de 65'403 fr. Il en résulte un taux d'invalidité de 50,8 %.

19. Par projet de décision du 7 juin 2010, l'OAI fixe le taux d'invalidité à 51 % et envisage de diminuer la rente avec rétroactif au 1^{er} janvier 2008.
20. Par décision du 8 septembre 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision, selon l'art. 17 LPGA. La révision est justifiée par la reprise de l'activité professionnelle et l'évaluation médicale qui retient une capacité de travail de 70%, la rente est réduite dès le 1^{er} janvier 2008 en raison de la violation de l'obligation de renseigner de l'assuré.
21. Par acte du 8 octobre 2010, l'assuré a formé recours contre la décision. Il fait valoir qu'en 2008, le revenu familial étant très restreint, en raison de la suppression d'une aide complémentaire pour son épouse, il a saisi l'opportunité qui se présentait de conduire durant l'été le petit train et décidé d'accepter la proposition faite, malgré le fait que ce travail était physiquement difficile. Il s'agit d'une activité saisonnière qui commence en mars et se termine en octobre. Elle a pris fin en juillet, s'agissant de l'année 2009. Compte tenu de son âge (61 ans) et de sa condition physique, il lui est très difficile de retrouver un emploi.
22. Par pli du 15 novembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, le recourant ayant démontré, en exerçant sur une longue période une activité de conducteur de petit trains, qu'il existait une modification notable et durable de sa capacité de gain, de sorte que l'OAI était légitimé à opérer une révision du droit à la rente. Il ne s'agissait pas d'une situation de reconsidération, la décision de rente initiale n'étant manifestement pas erronée.
23. Lors de l'audience de comparution personnelle du 30 novembre 2010, l'assuré a précisé qu'il a obtenu un permis de conduire professionnel et a demandé à l'OCPA, à la fin des années 90, de l'aider à chercher un emploi auprès de XC_____, mais sans succès, qu'il connaissait quelqu'un qui travaillait pour Y_____ et que c'est ainsi qu'il a été engagé. La société emploie entre huit et dix chauffeurs. Il a travaillé quatre mois et demi en 2008 et a interrompu son travail fin août 2008, puis quatre mois et demi en 2009. Il a été capable d'effectuer ce travail de chauffeur de petits trains touristiques avec difficulté, et uniquement durant l'été, car dès le début de l'automne, les douleurs augmentent, étant précisé qu'il a dû travailler avec une ceinture dorsale. Lorsque l'OAI l'a interpellé au sujet de son travail, il a démissionné, mais il ne pense pas que son patron le réengagerait, car ils ont eu quelques conflits, l'employeur ne lui ayant toujours pas versé la totalité du salaire convenu. L'assuré a précisé être au bénéfice de prestations complémentaires depuis qu'il est à l'assurance invalidité et le montant versé n'a pas été modifié malgré la réduction de la rente AI. Sur conseil d'un avocat, il ne s'est pas inscrit au chômage et n'a pas cherché un autre travail, estimant qu'il serait considéré comme incapable de travailler par le chômage, comme cela avait été le cas en 1998-1999.

La représentante de l'OAI a indiqué ne pas savoir la suite qui avait été faite à la demande l'assuré de 1998 visant la reprise d'une activité à temps partiel et que le SMR avait estimé qu'il n'était pas nécessaire d'instruire les questions médicales non somatiques (cognitives et de développement), dès lors que l'expert rhumatologue n'avait pas attiré l'attention du SMR sur des troubles méritant d'être investigués et que ceux-ci n'interféraient pas avec la dernière activité déployée. L'assuré pourrait travailler dans le gardiennage, le transport léger (livraison de repas à domicile), ce type d'activité ne requérant pas de formation particulière. De plus, l'assuré n'a pas consulté son médecin pendant longtemps, ce qui montre qu'il n'y a pas de demande de soins malgré les allégués de douleurs qui l'empêcheraient de travailler dès l'automne.

24. Par pli du 7 décembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales, soit la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice depuis le 1^{er} janvier 2011, a interrogé les divers médecins traitants de l'assuré, comme suit :

- 1) Depuis quand suivez-vous l'assuré ?
- 2) Quels sont les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail ?
- 3) Quelles sont les limitations fonctionnelles liées aux diagnostics posés ?
- 4) Quelle est la capacité de travail de l'assuré, dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles ?
- 5) Selon le Dr R_____, expert en rhumatologie, ayant procédé pour le compte de l'Office AI, l'assuré souffre d'une maladie de Bechterew, de RCHU, d'une cure de hernie discale L4-L5. La capacité de travail est de 70 % dans une activité adaptée, légère, qui exclut le port de charges au-delà de quinze kilos, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, qui évite la marche prolongée et la position assise au-delà d'une heure d'affilée, de sorte que l'activité de conducteur de train pour les visites guidées de la ville de Genève, telle qu'effectuée, respecte les limitations fonctionnelles décrites.

Si vous vous écarter de ces conclusions, merci d'indiquer pourquoi.

- 6) Y a-t-il, à votre connaissance, des limitations liées à des troubles du développement mental, des problèmes liés à la mémoire, à la concentration, des difficultés cognitives ? Ont-elles une conséquence sur la capacité de travail ?

25. Par pli du 14 décembre 2010, le Dr P_____, spécialiste en médecine interne et en gastro-entérologie a répondu ainsi aux questions :

1. Le médecin suit l'assuré depuis le 29 décembre 1994, uniquement sur le plan digestif.

2. Diagnostic : maladie de Bechterew, à noter que le diagnostic posé en 1994 de rectocolite ulcéro-hémorragique vient d'être remis en question par la mise en évidence d'une inflammation de l'ileon terminal évoquant plutôt une maladie de Crohn, l'évolution de la maladie et son éventuelle implication sur la capacité de travail future ne peuvent être précisées actuellement.
 - 3./4./5. Le médecin ne peut pas répondre à ces questions.
 6. Pas à sa connaissance.
26. Par pli du 17 décembre 2010, le Dr S_____, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales, a répondu ainsi aux questions :
1. le médecin a suivi l'assuré en remplacement du Dr Q_____, rhumatologue traitant, entre le 14 avril et le 30 avril 2009.
 2. Diagnostic : maladie de Bechterew entraînant des épisodes de sacro iliite droite.
 3. Limitations: station assise prolongée, marche et escaliers, port de charges. Après l'infiltration du 14 avril, le patient se sentait beaucoup mieux, mais souffrait de ses lombalgies habituelles en station assise attribuées à la discopathie L4-L5. Sans pouvoir répondre précisément à la question, en raison de la consultation en urgence, le médecin estime que l'assuré présente des limitations fonctionnelles intéressant le port de charges au-delà de 15 kg, la flexion antérieure du tronc de manière répétitive, la marche prolongée, la position assise de plus d'une heure.
 4. La capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles est de 70 %.
 5. Le médecin partage l'avis du Dr R_____ en tous points.
 6. Non.
27. Par pli du 4 février 2011, le Dr T_____, généraliste, a répondu ainsi aux questions posées :
1. Suivi depuis le 17 juillet 2006.
 2. Diagnostics : spondylarthrite ankylosante.
 3. Limitations fonctionnelles : lombalgie.
 4. Capacité de travail à 70 %.
28. Par pli du 22 février 2011, le Dr O_____, spécialiste en maladie des poumons, a indiqué ne plus suivre l'assuré depuis un certain temps, proposant à la Cour de s'adresser au Dr T_____.

29. L'assuré a informé la Cour le 18 janvier 2011 qu'il entendait consulter un nouveau médecin et la Dresse U_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a transmis à la Cour, le 14 février 2011, un certificat médical, dont il ressort que l'assuré présente depuis plusieurs années une spondylarthrite séronégative (HLA-B27 positif), survenant dans le cadre d'un psoriasis cutané et d'une rectocolite ulcéro-hémorragique. Sur le plan ostéoarticulaire, il présente de façon récurrente des épisodes de lombo-pygialgies droites, inflammatoires, soulagées par la prise de corticostéroïdes. Un bilan a été effectué récemment, révélant d'une part la présence d'un syndrome inflammatoire biologique et d'autre part l'existence en IRM du rachis lombaire de lésions inflammatoires, témoignant d'une activité de sa maladie. Ainsi, l'assuré présente un rhumatisme inflammatoire, mal contrôlé, entravant sa qualité de vie et ses capacités physiques, de sorte que la reprise d'une activité professionnelle, quelle qu'elle soit ne semble pas envisageable. Est joint à ce courrier un rapport adressé le 1^{er} décembre 2010 par le Dr V_____, gastroentérologue, au Dr P_____, qui indique que l'examen endoscopique est rassurant et ne montre aucune lésion tumorale. L'iléite terminale est compatible avec une maladie inflammatoire associée à la spondylarthrite ankylosante, sans que le médecin sache si le patient est positif pour le HLA-B27. Il suggère la prise d'entités NF ALPHA, en lieu et place des AINS, pour cibler les deux systèmes en même temps (la spondylarthrite et l'iléite terminale).
30. Ces rapports ont été soumis à l'OAI qui s'est déterminé le 17 février 2011, en se référant à l'avis médical du SMR du 17 février 2011, de la Dresse W_____, selon laquelle tant le Dr T_____ que le Dr S_____ confirment les conclusions du Dr R_____, dans son expertise du 5 février 2010. Quant au rapport du Dr P_____, il n'apporte rien de nouveau. Que ce soit une maladie de Crohn ou une RCUH, ce sont les mêmes limitations fonctionnelles, et uniquement lors des phases actives ou aiguës, de sorte que les conclusions de l'avis du SMR du 20 avril 2010 sont maintenues.
31. Un délai avait également été imparti à l'assuré pour se déterminer, ce qu'il a renoncé à faire, de sorte que la cause a été gardée à juger le 10 mars 2011.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références).

La décision litigieuse datant du 8 septembre 2010 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et, le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), et les faits remontent au 1^{er} janvier 2008. Partant, du point de vue matériel, la modification du droit à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

En ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur la réduction de la rente, et en particulier sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

5. a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa).

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGa, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGa).

L'al. 2 de cette disposition précise que 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.

c) En vertu de l'art. 28a al. 1^{er} LAI, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, 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.

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5).

L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

d) Selon l'art. 17 al. 1^{er} LPGa, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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.

Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

e) Selon l'art. 77 RAI, l'ayant-droit doit communiquer immédiatement à l'OAI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré.

En vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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 (al. 1^{er}). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie (al. 2).

Aux termes de l'art. 88^{bis} al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; 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 selon l'art. 77 RAI (let. b).

f) Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

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. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses

conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publiés des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

6. En vertu de l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1^{er}). L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2).

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1).

Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (ATFA non publié du 27 mars 2006, I 302/04, consid. 4.5).

Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les arrêts cités ; voir aussi ATF 112 V 371 consid. 2c). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (ATFA non publié du 17 août 2005, I 545/02, consid. 1.2).

Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions

pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée, ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits.

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« *zweifelloos unrichtig* »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas réalisées (ATF non publiés du 14 mars 2008, 9C_71/2008, consid. 2 et du 18 octobre 2007, 9C_575/2007, consid. 2.2). Pour qu'une décision soit qualifiée de manifestement erronée, il ne suffit donc pas que l'administration ou le juge, en réexaminant l'une ou l'autre des conditions du droit aux prestations d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuves de faits essentiels (ATF non publié du 2 juillet 2008, 9C_693/2007, consid. 5.3).

En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références citées). Conformément à ce qui vient d'être dit, cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (ATF non publié du 2 juillet 2007, 9C_215/2007, consid. 3.2).

S'il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque, une modification de pratique ne saurait faire apparaître l'ancienne comme sans nul doute erronée (ATF 125 V précité). De même, un changement de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c, 115 V 308 consid. 4a/cc).

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).
8. En l'espèce, après avoir pris connaissance de l'activité lucrative exercée par l'assuré depuis avril 2008, l'intimé a considéré que le recourant était capable de travailler à 70% dans une activité adaptée depuis plusieurs années. Pour conclure de la sorte, l'intimé s'est basé sur l'expertise du Dr R_____, rhumatologue, lequel présente pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, quoi qu'en dise le recourant. En effet, ce rapport a été établi sur la base d'un examen clinique, du dossier médical de l'assuré et des radios effectuées et il tient compte des plaintes du patient. Pour le surplus, la Cour de céans ne met en exergue aucune circonstance particulière permettant de douter de l'indépendance de l'examineur, de sorte que son rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence ce d'autant plus que le recourant n'apporte aucun élément médical susceptible de le remettre en cause et que, par ailleurs, les conclusions de l'examineur ont largement été confirmées par l'exercice d'une activité professionnelle de l'assuré en qualité de conducteur de petits trains pour touristes. A cet égard, l'allégation du recourant selon laquelle il serait contraint de cesser toute activité dès l'automne, en raison de l'augmentation des douleurs ne repose sur aucun avis médical. Il s'avère simplement que cette activité est limitée du mois d'avril au mois d'octobre. L'expert a aussi écarté tout diagnostic psychiatrique et/ou trouble cognitif.

S'agissant des médecins qui se sont prononcés sur l'état du recourant, il convient de constater que leurs rapports et déclarations ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions du Dr R_____, au contraire. Ils excluent toute l'existence d'un quelconque trouble cognitif ayant une influence sur la capacité de travail de l'assuré.

Tant le Dr S_____, spécialiste en maladies rhumatismales que le Dr T_____, médecin traitant de l'assuré retiennent que celui-ci a une capacité de travail de 70%, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Le Dr P_____, gastro-entérologue, ne se prononce pas sur la capacité de travail, mais estime que la RCUH diagnostiquée est peut-être plutôt une maladie de Crohn, précisant que l'évolution de la maladie et son éventuelle implication sur la capacité future de travail ne peuvent pas être précisées actuellement. En cela, il réserve seulement une éventuelle aggravation sans influence sur la présente cause. Seule la Dr U_____, rhumatologue, affirme que la reprise d'une activité professionnelle ne semble pas envisageable, sans justifier sa position, en particulier sans expliquer pourquoi l'assuré aurait alors été capable de travailler, entre 30 et 40 heures par semaine, d'avril à fin août en 2008 et 2009. Au demeurant, le traitement proposé par le nouveau médecin traitant de l'assuré rejoint celui suggéré par l'expert, lequel peut soulager l'assuré sur les deux plans.

Ainsi, le Dr R_____ a bien motivé sa position, il a tenu compte des poussées inflammatoires bisannuelles dans l'appréciation du cas.

Dans ces conditions, il convient de se ranger à l'avis de l'expert en question, sans qu'il soit nécessaire de mettre sur pied une nouvelle expertise, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise. Il suit de ce qui précède que la Cour retiendra, conformément aux conclusions du rapport d'expertise, que le recourant dispose depuis plusieurs années d'une capacité de travail à 70% dans une activité adaptée.

S'agissant du calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI, il ne prête pas flanc à la critique, dès lors que le revenu ressortant des ESS a été retenu à raison de 70%, avec l'abattement supplémentaire maximum de 25%, en raison des limitations fonctionnelles, de l'âge de l'assuré et des nombreuses années durant lesquelles il a perçu une rente entière d'invalidité. Le revenu sans invalidité est également correctement fixé sur la base du revenu de monteur-électricien selon l'ESS-TA7, de sorte qu'il en résulte un taux d'invalidité de 50,8%, ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité. A cet égard, il ne faut pas perdre de vue que l'assuré a travaillé, en 2008 et 2009, du mois d'avril au mois d'août, respectivement au mois de juillet, à raison de 30 à 40 heures par semaine, selon les fiches de salaire produites, réalisant un salaire mensuel brut allant de 3'400 fr. à 4'700 fr. selon les mois. En 2009, l'assuré était déjà âgé de 60 ans, de sorte que son âge n'a pas, en tant que tel, été un obstacle pour l'obtention de ce type d'emploi. Du point de vue médical, outre les périodes de poussées inflammatoires limitées dans le temps, rien n'indique que l'assuré ne pourrait pas, en sus de cet emploi de conducteur de petits trains, obtenir un autre emploi, durant quelques mois également, le cas échéant pour un revenu moindre, de sorte que sur une période de travail de 9 mois par année, il est en mesure de réaliser le salaire retenu au titre de revenu avec invalidité. Reporté à six mois de travail, le revenu réalisé de mai à août 2008 (16'776 fr.) représente un

salaires de 25'164 fr. Un autre emploi, rémunéré par hypothèse à 2'500 fr. seulement par mois, durant trois mois permet un salaire de 7'500 fr., soit annuellement un revenu de 32'664 fr.

9. Ainsi, les diagnostics n'étant ni contestés, ni contestables, lesquels permettent de retenir une capacité de travail de 70%, cela suffit à établir qu'il y a une modification notable de la capacité de travail de l'assuré qui justifie une révision sur la base de l'art 17 LPGA. Au demeurant, la reprise d'une activité lucrative par l'assuré sur une relativement longue période démontre la modification notable et durable de sa capacité de gain, depuis 2002 en tout cas, au vu des revenus réalisés sur quelques mois en 2002 et 2003, ainsi qu'en 2008 et 2009.

S'agissant de la prise d'effet de la diminution de la rente, elle rétroagit à la date où elle a cessé de correspondre au droit de l'assuré, conformément à l'art. 88 bis al. 2 let b RAI, lorsque l'assuré a manqué à son obligation de renseigner, selon l'art. 77 RAI. En l'espèce, s'il est exact que l'assuré a interpellé l'OAI en 1998 pour connaître les conditions à remplir pour pouvoir travailler partiellement et qu'il est demeuré sans réponse de cette administration, il n'en demeure pas moins qu'il devait informer l'OAI des revenus réalisés en 2000, 2002 et 2003. Compte tenu de ce qui précède, en fixant la date de la diminution de la rente au 1^{er} janvier 2008, la décision de l'OAI n'est pas critiquable.

En dernier lieu, dans la mesure où la décision de rente initiale n'était pas manifestement erronée, étant rappelé qu'une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque mais qui était, en soi, soutenable, notamment du fait du diagnostic psychiatrique retenu, ne permet pas de procéder à une reconsidération, c'est donc bien sous l'angle de la révision fondé sur l'art. 17 LPGA que la réduction de la rente se justifie.

10. Ainsi, le recours est rejeté. La procédure n'est pas gratuite en matière de contestation des prestations de l'assurance-invalidité, aux termes de l'art. 69 al. 1bis LAI. Partant, le recourant sera condamné à un émolument de justice de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

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