

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4038/2018

ATAS/159/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 février 2019

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ATHENAZ (AVUSY)

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Anny SANDMEIER et Maria Esther
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1961, marié, père de deux enfants actuellement majeurs, séparé de son épouse, domicilié dans le canton de Genève, dessinateur d'intérieur, a travaillé au taux de 100 % dans son propre atelier d'encadrement depuis août 2005.
2. Lors d'une consultation du 20 octobre 2010, le docteur B_____, spécialiste FMH en neurologie, a posé le diagnostic d'algie vasculaire de la face ou « cluster headache », devenu depuis lors chronique, pour lequel il a été suivi par son médecin traitant, le docteur C_____, médecin généraliste.
3. Le 1^{er} avril 2016, l'assuré a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en raison de migraines de type cluster l'affectant depuis 1995.
4. Les deux médecins précités ont adressé un rapport médical à l'OAI, comportant notamment les éléments suivants :
 - Le 11 avril 2016, le Dr B_____ a fait mention, au titre de l'anamnèse, d'une algie vasculaire de la face, et d'un pronostic favorable sous médication ; tout en renvoyant à s'adresser au Dr C_____ sur la question d'une incapacité de travail, le Dr B_____ a indiqué que l'assuré ne présentait pas de restriction physique pour exercer son activité, qui, d'un point de vue médical, était exigible à 100 %, sans baisse de rendement ; il n'y avait pas de limitation neurologique à l'exercice d'une activité (en particulier de l'activité habituelle) ;
 - Le 29 avril 2016, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré souffrait, avec effet sur sa capacité de travail, de migraines (de type cluster headache), ainsi que, sans effet sur sa capacité de travail d'une hypothyroïdie, d'une hypovitaminose en vitamine D et d'une haute tension artérielle ; l'assuré était incapable de travailler lors de ses crises (survenant dès 3h00 du matin et durant alors toute la journée) ; son activité habituelle d'encadreur était encore exigible à 80 %, de même qu'une activité adaptée, son incapacité de travail était de 20 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, compte tenu d'une totale incapacité de travail lors de ses crises.
5. Le 23 mai 2016, se fondant sur un rapport de sa cellule de tri aux termes duquel l'assuré n'avait « pas d'atteinte à la santé au sens de la LAI » mais des algies vasculaires de la face sans incidence sur la capacité de travail, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui faisant part de son intention de lui refuser toute prestation.
6. Par courrier du 10 juin 2016, l'assuré a émis des objections à l'encontre de ce projet de décision. Décrivant son quotidien, il a indiqué que depuis le cluster ne l'avait plus quitté depuis 2010 et était devenu chronique ; quotidiennement, la douleur et un flux nerveux envahissant son corps le réveillaient entre 2h00 et 3h00 du matin, au point que si cet état ne diminuait pas au lever du jour, il continuait à vomir et à

souffrir jusqu'au coucher du jour, et ce environ une fois par semaine ; autrement, il passait ses journées soit à rester dans peu de lumière, soit à essayer de travailler dans son atelier, avec des douleurs à la tête, au ventre, des problèmes de vision latérale, de synchronisation des mouvements, au point de devoir fréquemment fermer son atelier en attendant une amélioration de son état. L'OAI ne l'avait pas même examiné.

7. Par décision du 30 juin 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, dans les termes du projet précité de décision et avec la mention supplémentaire que les arguments qu'il avait soulevés dans le cadre de la procédure d'audition n'apportaient rien de nouveau susceptible de modifier l'appréciation de l'OAI.
8. Le 1^{er} juillet 2016, AXA Assurances SA a fait parvenir à l'OAI, pour information, quelques pièces de son dossier concernant l'assuré. D'après un formulaire rempli le 3 juin 2016 par le Dr C_____, l'assuré faisait une rechute d'un cluster headache ; il présentait une incapacité de travail de 80 % depuis le 1^{er} janvier 2015. À teneur d'un même formulaire, rempli le 13 juin 2016 par le Dr B_____, l'assuré faisait une rechute d'une algie vasculaire de la face ; ledit médecin ne faisait pas mention d'une incapacité de travail.
9. Dans un courrier du 22 juillet 2016 au Dr C_____ (envoyé en copie à l'OAI), le Dr B_____ a indiqué avoir revu l'assuré, qui présentait des crises quotidiennes diurnes extrêmement intenses, ne répondant pas à la médication habituelle. Les crises entraînaient des périodes de vomissement quotidiennes, qui avaient provoqué une perte pondérale. L'assuré était dans l'impossibilité d'assumer son travail d'encadreur. La chronicisation de la douleur avait entraîné une asthénie, une perte de la concentration et une perte de son schéma corporel. L'aggravation du tableau clinique-neurologique était probablement compatible avec un cluster chronique, ce qui se voyait dans 10 à 15 % des clusters décrits dans la littérature neurologique ; elle l'empêchait absolument pour l'instant de reprendre toute activité professionnelle.
10. Le 28 juillet 2016, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) contre la décision précitée de l'OAI. Se référant au rapport précité du Dr B_____ du 22 juillet 2016, l'assuré se disait dans l'impossibilité de subvenir à ses besoins suite aux handicaps quotidiens que générait la forme chronique qu'avait prise son cluster. Il a repris la description de son quotidien qu'il avait faite dans son courrier précité du 10 juin 2016. Il lui était impossible de travailler dans cet état ; il n'avait pas d'autre solution que de solliciter l'AI.
11. D'après un avis médical du 16 août 2016 du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), le Dr B_____ avait émis deux rapports contradictoires ; il était nécessaire de lui demander des explications quant au suivi qu'il avait effectué et à l'évolution du tableau clinique de l'assuré.

-
12. Par mémoire du 9 septembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, tout en réservant ses conclusions pour le cas où le rapport du Dr B_____ du 22 juillet 2016, donc postérieur à la décision attaquée, était pris en considération.
 13. En réponse aux questions que la CJCAS leur a posées, les Drs B_____ et C_____ ont indiqué notamment ce qui suit, respectivement les 17 novembre et 23 décembre 2016 :
 - D'après le Dr B_____, l'assuré avait développé un cluster devenu chronique depuis 2010 ; la persistance de cette douleur avait entraîné un état dépressif secondaire, qui avait motivé la prise en charge par un psychiatre, le docteur D_____. Les constatations neurologiques figurant dans son rapport médical du 22 juillet 2016 correspondaient à l'état de santé de l'assuré déjà à la fin juin 2016. Le diagnostic était celui d'une algie vasculaire de la face ou cluster headache chronique avec un état dépressif secondaire ; le suivi médical avait été assuré par le Dr C_____, et il l'était désormais par le docteur E_____, généraliste. Le cluster headache chronique et l'état dépressif avaient entraîné une incapacité de travail de 100 % ; les certificats de travail avaient été signés par le Dr C_____. Une légère phase d'apaisement du cluster headache rendait envisageable une reprise future d'activité à 20 %.
 - Le Dr C_____ s'est référé à son rapport médical précité du 29 avril 2016. Le dossier avait été transféré au Dr E_____ le 27 septembre 2016.
 14. Dans des observations du 23 janvier 2017, l'OAI a persisté à conclure au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.
 15. Le 25 janvier 2017, l'assuré s'est insurgé contre le rapport du Dr C_____, qui – a-t-il indiqué – lui avait caché la teneur de son rapport du 29 avril 2016 à l'OAI.
 16. Par arrêt du 6 juin 2017 (ATAS/452/2017), la CJCAS a admis partiellement le recours de l'assuré, annulé la décision de l'OAI du 30 juin 2016 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire puis nouvelle décision.

La décision attaquée serait bien fondée s'il fallait s'en tenir aux documents médicaux dont l'OAI disposait au 30 juin 2016, lorsqu'il avait rendu sa décision. Toutefois, au regard de la description de son quotidien qu'avait faite l'assuré le 10 juin 2016, du rapport du Dr B_____ du 22 juillet 2016 et des réponses de ce dernier du 17 novembre 2016 à la CJCAS (dont résultait que les constats médicaux consignés dans ledit rapport du 22 juillet 2016 valaient à la fin juin 2016), il s'imposait que l'instruction du cas soit complétée, en particulier que tant le psychiatre traitant (le Dr D_____) que le nouveau généraliste traitant (le Dr E_____) de l'assuré se déterminent sur les faits pertinents pour l'octroi éventuel de prestations de l'AI, voire – question laissée ouverte – qu'une expertise bi-disciplinaire (neurologique et psychiatrique) soit effectuée.

17. L'OAI a requis des rapports médicaux des médecins de l'assuré. Ainsi :

- le Dr E_____ a fait mention, le 23 octobre 2017, des diagnostics de cluster headache chronique et de dysthymie, avec effet sur la capacité de travail, et a estimé que l'assuré avait une totale incapacité de travail ;
- le Dr D_____ a indiqué, le 25 septembre 2017, que n'ayant plus revu l'assuré depuis le 26 octobre 2016 il ne pouvait se positionner sur sa situation médicale actuelle.

18. Par une communication du 7 mars 2018, conformément à un avis du 29 novembre 2017, l'OAI a soumis l'assuré à une expertise neurologique, confiée finalement au docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie.

19. Le Dr F_____ a rendu son rapport d'expertise neurologique le 7 août 2018.

Après une synthèse du dossier (1 page), ce rapport résume les indications fournies par l'assuré (1 page), puis relate les constatations faites par l'expert lors de l'examen de l'assuré (2½ pages), avant de poser les diagnostics de syndrome douloureux chronique diffus à prédominance gauche, de céphalées chronifiées à prédominance gauche, sans composante actuellement active de cluster headache, et un état dépressif. Suit une discussion du cas (1 page), dans le cadre de laquelle l'expert relève que l'assuré, en état de délabrement social avec perte de ressources financières, incrimine un cluster headache s'étant chronifié, mais que ses plaintes actuelles correspondent essentiellement à un syndrome douloureux chronique plus diffus, sans substrat organique sous-jacent, avec une composante de céphalées vasculaires plutôt au second plan ; l'assuré n'avait d'ailleurs aucun traitement spécifique pour des céphalées ou algies vasculaires, mais seulement un antidépresseur (pouvant avoir un effet positif dans les céphalées tensionnelles mais aucun effet reconnu dans les algies vasculaires de la face ; l'assuré n'avait jamais interrompu son tabagisme, facteur principal d'algie vasculaire de la face. Au titre de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité ainsi que des ressources, l'expert a noté que l'assuré, inactif sur le plan professionnel, était également très peu actif sur le plan privé, dans le cadre de son tableau dépressif, de sa fatigue et de son manque de motivation, sans que n'apparussent, lors de l'examen et des tests, de surcharge consciente ou d'effort submaximal ; les ressources disponibles étaient faibles, dans l'état psychologique dépressif de l'assuré et de sa conviction d'une invalidité à terme. Le psychiatre traitant D_____ n'avait pas donné suite à la demande de l'expert de le renseigner, en dépit de l'accord de l'assuré.

En réponse aux questions posées, l'expert a retenu que, sur le plan neurologique, l'assuré ne présentait aucune incapacité de travail, ni dans l'activité habituelle ni dans une autre activité, mais que des mesures médicales, essentiellement psychiatriques, étaient théoriquement à même d'améliorer sa capacité de travail, le manque de motivation de l'assuré (exemplifié par le fait qu'il n'avait jamais interrompu le facteur de risque principal de ses céphalées vasculaires, à savoir le tabagisme) représentant cependant un élément négatif à ce sujet. Des traitements existeraient pour les algies vasculaires, si celles-ci n'étaient pas au second plan.

20. Le 3 septembre 2018, le SMR a retenu, en résumé que l'assuré présentait des algies vasculaires de la face dans le cadre d'une somatisation d'un trouble dépressif, non incapacitantes. Il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise convaincante du Dr F_____.
21. Par un projet de décision du 13 septembre 2018, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations de l'AI. L'instruction complémentaire de son dossier avait fait ressortir que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité lucrative.
22. Le 2 octobre 2018, l'assuré a objecté que la complexité de son cas requérait une expertise plus large que les rapports des Drs E_____ et F_____.
23. Par décision du 23 octobre 2018, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'AI. Celui-ci disposait d'une pleine capacité de travail ; des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.
24. Par acte du 16 novembre 2018, l'assuré a recouru contre cette décision par-devant la CJCAS. Du fait de son cluster headache devenu chronique et en dépit des traitements médicaux qu'il avait scrupuleusement suivis, il n'avait pas vécu d'améliorations de son état de santé et avait dû fermer son atelier. L'affirmation qu'il avait une pleine capacité de travail ne correspondait pas à la réalité. Des pièces avaient été sorties de son dossier, et l'expertise du Dr F_____, ayant un lourd passé judiciaire, ne s'était pas déroulée dans des conditions normales. Il a produit à l'appui de son recours deux rapports médicaux :
 - L'un, du 2 mai 2018, des docteurs G_____ (psychiatre consultant), G_____ (cheffe de clinique au service de neurologie) et H_____ (médecin adjoint, responsable à la Consultation de la douleur) des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), relatifs à des consultations des 7 février et 23 avril 2018 pour le diagnostic d'algie vasculaire chronique de la face gauche. Lesdits médecins ont adressé l'assuré au docteur I_____, spécialiste des céphalées aux HUG, et ils lui ont proposé de discuter avec son psychiatre D_____ d'un suivi plus rapproché avec éventuellement une psychologue de son équipe ;
 - L'autre, du 1^{er} juin 2018, du Dr I_____, faisant mention, au titre du diagnostic, d'un syndrome protéiforme d'allure psychosomatique incluant des douleurs chroniques. Les plaintes chroniques actuelles de l'assuré ne pouvaient plus être considérées comme l'expression d'une algie vasculaire de la face ; une augmentation du dosage de Duloxétine était envisageable, et, dans une interprétation plus psycho-dynamique et psychosomatique, un suivi psychiatrique devait être mis au premier plan. Il devait y avoir eu, plusieurs années auparavant, dans le contexte d'une grappe de l'algie vasculaire ayant enfin permis d'obtenir une clarification diagnostique, une décompensation psychosomatique sur la base d'une disposition anxio-dépressive. Au stade actuel de la chronicité des symptômes, il était probablement illusoire de penser

que l'assuré puisse de nouveau assumer son activité professionnelle si l'on ne trouvait pas une prise en charge réellement efficace.

25. Par mémoire du 10 décembre 2018, l'OAI, s'appuyant sur un avis médical du même jour du SMR, a conclu à ce que le dossier lui soit renvoyé afin qu'une expertise psychiatrique soit effectuée.
26. Le 7 janvier 2019, l'assuré a indiqué ne pas s'opposer à une expertise psychiatrique, mais n'avoir pas confiance dans des « recherches médicales mandatées par les services » de l'OAI.

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 CJCAS 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.

Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA), dans le respect des exigences de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

Le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

2. Le recours porte sur la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain lui ouvrant le droit à des prestations de l'AI.
3. Comme la chambre de céans l'a indiqué dans son arrêt du 6 juin 2017 concernant le recourant et la même cause – soit l'ATAS/452/2017, auquel il peut ici être fait référence –, l'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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLY / Romolo MOLO, op. cit., vol. I, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins,

éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

4. Dans son arrêt précité renvoyant la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, la chambre de céans avait indiqué, au titre des investigations à effectuer, que tant le psychiatre traitant que le nouveau généraliste traitant du recourant devaient être amenés à se déterminer sur les faits pertinents pour l'octroi éventuel de prestations de l'AI, voire « qu'une expertise bi-disciplinaire (neurologique et psychiatrique) soit effectuée ».

L'intimé a certes requis un rapport médical du psychiatre traitant du recourant, mais il n'en a obtenu que l'information que ledit médecin ne pouvait se positionner sur la situation médicale du recourant dès lors qu'il n'avait plus revu ce dernier depuis le 26 octobre 2016 (donc depuis près d'une année). Quant à l'expert neurologue nommé par l'intimé, il n'a reçu aucune réponse dudit psychiatre à ses demandes de le renseigner, en dépit du fait qu'il l'avait sollicité à cette fin en pouvant lui faire part de l'accord du recourant à ce qu'il le renseigne.

L'expertise neurologique a mis en évidence une composante psychiatrique fort probable. Les médecins du centre de la douleur des HUG, suspectant un épisode dépressif, ont évoqué la nécessité d'un suivi psychiatrique plus rapproché avec éventuellement l'appui d'une psychologue de l'équipe du psychiatre traitant. Le Dr I_____ a retenu un syndrome protéiforme d'allure psychosomatique incluant des douleurs chroniques.

Il ne fait dès lors pas de doute que – comme le SMR l'a relevé et comme l'intimé l'a lui-même admis – l'instruction complémentaire effectuée à la suite du renvoi de la cause à l'intimé n'a pas porté sur la dimension psychiatrique des atteintes à la santé du recourant, alors que cela se confirme comme étant indispensable.

Le recourant ne le conteste pas. Il paraît en revanche s'opposer à ce qu'une expertise psychiatrique soit effectuée sur mandat de l'intimé.

5. a. Lorsque les faits d'ordre médical ne sont pas suffisamment élucidés, la chambre de céans a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). Le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22

p. 170 consid. 2). C'est fondamentalement et prioritairement à l'intimé d'établir les faits pertinents, sur des bases actualisées, et à rendre une décision administrative sur un éventuel droit à des prestations de l'AI.

b. En l'espèce, s'il est regrettable que l'intimé n'a pas estimé nécessaire, avant même de rendre la décision attaquée, d'ordonner une expertise psychiatrique, en plus de l'expertise neurologique qu'il a mise en œuvre, il n'y a aucune raison que l'instruction du dossier sur ce volet psychiatrique soit effectuée d'emblée par-devant la chambre de céans, donc en instance judiciaire.

Aussi s'impose-t-il d'annuler la décision attaquée et de renvoyer une nouvelle fois la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, puis prise d'une nouvelle décision sur la base d'un état de fait actualisé à tous égards.

Il appartient à l'intimé d'ordonner une expertise indépendante, dans le strict respect des exigences légales (art. 44 LPGA).

6. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 89H al. 4 LPA) depuis le 1^{er} juillet 2006, au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce au minimum de CHF 200.-.

Il n'y a pas matière à allouer une indemnité de procédure au recourant, qui n'est pas représenté par un avocat (ATAS/1075/2016 du 19 décembre 2016 ; ATAS/1039/2016 du 13 décembre 2016).

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet au sens des considérants.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 23 octobre 2018.
4. Renvoie la cause audit office pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge dudit office.
6. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
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

Le Président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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